



Cahier des Charges SESAM-Vitale

Ordonnance du 24/04/1996

Spécifications externes des modules SESAM-Vitale

1.40 - Addendum n°8

Ce document a été élaboré par le GIE SESAM-Vitale.

Conformément à l'article L.122-4 du Code de la Propriété Intellectuelle, toute représentation ou reproduction (intégrale ou partielle) du présent ouvrage, quel que soit le support utilisé, doit être soumise à l'accord préalable écrit de son auteur.

Il en est de même pour sa traduction, sa transformation, son adaptation ou son arrangement, quel que soit le procédé utilisé.

Tout manquement à ces obligations constituerait un délit de contrefaçon, au sens des articles L 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, susceptible d'entraîner des sanctions pour l'auteur du délit.

Avertissement au lecteur

Support du Cahier des Charges SESAM-Vitale

Le GIE SESAM-Vitale assure le support technique du présent document. Les lecteurs sont invités à adresser leurs commentaires ou leurs questions à :

Courrier : GIE SESAM-Vitale

(Cahier des Charges)

5, Boulevard Alexandre Oyon

72019 Le Mans Cedex 2

Téléphone : 02 43 57 42 88

Télécopie : 02 43 57 45 42

E-mail : centre-de-service@sesam-vitale.fr

Préambule

Ce Cahier des Charges s'inscrit dans la continuité du développement du programme SESAM-Vitale, en particulier défini par l'accord-cadre entre les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire et les organismes d'Assurance Maladie Complémentaire relatif à SESAM-Vitale 2.

La conception du Cahier des Charges permet de respecter le cadre technique actuel de la généralisation du système SESAM-Vitale tout en préservant les évolutions annoncées par l'ordonnance du 24 avril 1996 et par les décrets de 1998 et de 2003.

L'architecture retenue dans le présent Cahier des Charges a été arrêtée à la suite d'études approfondies résultant d'une large concertation tant auprès de sociétés expertes qu'auprès d'éditeurs de logiciels médicaux. Elle permet de maintenir les solutions actuelles développées sur les Cahiers des Charges précédents.

Ce Cahier des Charges constitue donc une réponse adaptée aux besoins du Professionnel de Santé qui conserve la responsabilité de ses choix au niveau de son Poste de Travail (matériels, logiciels et modules associés).

Les travaux ont été conduits sur les aspects techniques de la mise en œuvre de SESAM-Vitale sans préjuger des dispositions de nature plus conventionnelles propres à chaque profession de santé.

Les organismes d'Assurance Maladie ne souhaitent pas intervenir dans les relations entre les Professionnels de Santé et les sociétés éditrices.

Néanmoins pour respecter les contraintes des organismes d'Assurance Maladie, l'agrément des logiciels est indispensable. Cette procédure garantit qu'un produit utilisé par des Professionnels de Santé a bien la capacité de fournir des factures électroniques ou tout autre document justificatif en conformité avec le présent Cahier des Charges. L'agrément porte sur cette seule fonctionnalité, à l'exclusion de toute autre.

L'agrément ne préjuge en aucun cas de la capacité de la société éditrice à apporter aux Professionnels de Santé des produits et une qualité de services répondant aux exigences d'une informatique professionnelle.

Les organismes d'Assurance Maladie, le CNPS et ses organisations membres veilleront à assurer une information précise et objective des Professionnels de Santé sur l'ensemble de ces éléments.

La volonté des organismes d'Assurance Maladie, du CNPS et de ses organisations membres est de poursuivre la démarche partenariale initiée pour l'élaboration de ce Cahier des Charges en s'attachant, plus particulièrement à accompagner la mise en place de ce dernier et à en suivre régulièrement toutes les évolutions. Pour ce faire, la rédaction du présent Cahier des Charges prend en compte les explications nécessaires à une bonne compréhension du système SESAM-Vitale par l'ensemble des acteurs.

Sommaire

1	Introduction	9
1.1	Objet du document	9
1.2	Contenu du document	10
1.2.1	Généralités	10
1.2.2	Corps du document	10
1.2.3	Annexes	12
1.3	Évolutions du document	13
2	Présentation de SESAM-Vitale	14
2.1	Acteurs 14	
2.1.1	Les acteurs du projet SESAM-Vitale	14
2.1.2	Les acteurs du système SESAM-Vitale	15
2.1.2.1	Les assurés sociaux	15
2.1.2.2	Les Professionnels de Santé	16
2.1.2.3	Les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire	16
2.1.2.4	Les organismes d'Assurance Maladie Complémentaire	16
2.2	Architecture générale de SESAM-Vitale	17
2.2.1	Les supports de SESAM-Vitale	18
2.2.1.1	La Carte de Professionnel de Santé	18
2.2.1.2	Le support Vitale	19
2.2.1.3	Le support de droits « ADR »	24
2.2.1.4	Le support de droits AMC	25
2.2.2	Le Poste de Travail du Professionnel de Santé	25
2.2.3	Les réseaux d'échange	26
2.2.4	Les flux 27	
2.2.4.1	Les flux SESAM-Vitale entre le Poste de Travail des Professionnels de Santé et les systèmes d'accueil des factures des organismes d'Assurance Maladie	27
2.2.4.2	Les flux d'administration du système SESAM-Vitale	28
2.2.4.3	Les flux entre le Poste de Travail des Professionnels de Santé et l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI	29
2.3	Les apports de la version 1.40 de SESAM-Vitale	29
2.3.1	Les apports fonctionnels	29
2.3.2	Le dispositif Médecin Traitant et la gestion du parcours coordonné de soins	34
2.3.3	Les « Fournisseurs » dans SESAM-Vitale	38
2.3.3.1	Contexte réglementaire	38
2.3.3.2	L'identification du fournisseur	38
2.3.3.3	Les professionnels concernés	38
2.3.3.4	Les activités du Professionnel Fournisseurs et son code spécialité	38
2.3.3.5	Les cartes CPx des Professionnels Fournisseurs	39
2.3.4	Les Soins Médicaux Gratuits	39
2.3.4.1	Contexte réglementaire	39
2.3.4.2	Population concernée	40
2.3.4.3	Professionnel de Santé concernés	40
2.3.4.4	Remboursement des soins	40
2.3.4.5	La procédure de Demande de Prise en charge SMG	40
2.3.4.6	La procédure d'Entente Préalable	41
2.3.5	Les apports techniques	41
2.4	Les évolutions du système	42
3	Description fonctionnelle de SESAM-Vitale	43
3.1	Lecture de la carte Vitale	44
3.2	Facturation d'une prestation sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé	44
3.2.1	Acquisition des informations liées au Professionnel de Santé	44
3.2.1.1	Médecin pharmacien	44
3.2.1.2	Professionnel de Santé Remplaçant	45
3.2.1.3	Centre de Santé	45
3.2.1.4	Médecin traitant	45
3.2.1.5	Contrat Tarifaire PS	46
3.2.1.6	Professionnel de Santé Prescripteur	46
3.2.1.7	Fournisseurs	47
3.2.2	Acquisition des informations liées au bénéficiaire des soins	47
3.2.2.1	Situation du bénéficiaire au regard du remboursement de la part obligatoire	47

3.2.2.2	Situation du bénéficiaire au regard du remboursement de la part complémentaire	52
3.2.2.3	Parcours coordonné de soins.....	53
3.2.2.4	Règles d'application de la garantie de paiement.....	54
3.2.2.5	Élaboration d'une FSE dans le cadre de prestations liées à la contraception des mineures	55
3.2.2.6	Situations Particulières.....	58
3.2.3	Conditions de génération des flux de FSE et DRE	64
3.2.3.1	Les documents donnant lieu à dématérialisation	64
3.2.3.2	Principes d'élaboration des flux.....	65
3.2.3.3	Conditions d'élaboration des parts obligatoire et complémentaire	65
3.2.3.4	Les différents types des flux (FSE et DRE)	66
3.2.3.5	Constitution des flux (FSE et DRE)	67
3.2.4	Acquisition des informations liées à la prestation	70
3.2.4.1	Informations pour la part complémentaire	70
3.2.4.2	Affection exonérante	70
3.2.4.3	Accidents de droit commun	70
3.2.4.4	Format des codes CIP.....	70
3.2.4.5	Facturation des honoraires de dispensation.....	71
3.2.4.6	Facturation des médicaments déconditionnés	71
3.2.4.7	Soins ou traitements susceptibles d'un usage détourné	71
3.2.4.8	Substitution des médicaments	72
3.2.4.9	Origine de la prescription	73
3.2.4.10	Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).....	74
3.2.4.11	Prévention commune AMO/AMC	75
3.2.4.12	Cohabitation des actes sur une même facture	75
3.2.4.13	Actes en série	75
3.2.4.14	Soins Médicaux Gratuits	75
3.2.5	Tarifification de la part obligatoire	76
3.2.6	Tarifification de la part complémentaire	76
3.2.6.1	La « Réponse de prise en charge » de la part complémentaire	76
3.2.6.2	Activation de la tarification complémentaire	77
3.2.6.3	Tarifification de la part complémentaire pour les Soins Médicaux Gratuits	77
3.2.7	Constitution des flux pour envoi aux organismes d'Assurance Maladie	78
3.2.7.1	Identifiant des FSE et des DRE.....	78
3.2.7.2	Tableau récapitulatif des montants à renseigner.....	78
3.2.7.3	Sauvegarde des éléments constitutifs de la facture	78
3.2.7.4	Copie des factures	80
3.2.8	Finalisation de la facturation.....	80
3.2.8.1	Quittance remise à l'assuré.....	80
3.2.8.2	Bon d'examen	81
3.2.8.3	Inscription des références de la FSE sur les ordonnances papier	82
3.2.8.4	Bordereau accompagnant les ordonnances.....	84
3.2.8.5	Informations de vaccination.....	88
3.2.9	Sécurisation des flux SESAM-Vitale	89
3.2.9.1	Les différents modes de sécurisation des factures	89
3.2.9.2	Chiffrement des données sensibles de la facture.....	89
3.2.9.3	Signature des flux SESAM-Vitale.....	89
3.2.9.4	Chiffrement de pièce jointe.....	92
3.2.10	Transmission des flux SESAM-Vitale aux organismes d'Assurance Maladie	92
3.2.10.1	Création des lots de factures électroniques	92
3.2.10.2	La création des fichiers	93
3.2.10.3	La transmission des fichiers de factures électroniques	94
3.3	Réception des retours sur le poste du Professionnel de Santé	96
3.3.1	Les accusés de réception logique (ARL)	96
3.3.1.1	Un ARL positif	96
3.3.1.2	Un ARL négatif.....	96
3.3.2	Les flux de rejet / signalement / paiement (RSP).....	97
3.3.3	Messages de service.....	98
3.3.3.1	Message de service de l'Assurance Maladie	98
3.3.3.2	Message de service de l'opérateur de messagerie	99
3.4	Cas particuliers de fonctionnement.....	100
3.4.1	Cas de fonctionnement dégradé	100
3.4.1.1	Accident du travail.....	100
3.4.1.2	Dysfonctionnements.....	100
3.4.2	Feuille de soins papier pour la FSE dégradée	101
3.4.3	Contenu d'un duplicata papier pour la FSE	101
3.4.4	Mode test.....	102
3.4.5	Mode démonstration.....	102

3.5	Récapitulatif des émissions / réceptions du Professionnel de Santé par modes de sécurisation ..	102
3.6	L'administration du système SESAM-Vitale.....	104
3.6.1	<i>Suivi du Parc</i>	104
3.6.2	<i>Mise à jour du Poste de Travail du Professionnel de Santé</i>	104
3.6.2.1	Objectifs	104
3.6.2.2	Les composants susceptibles de faire l'objet d'une mise à jour	104
3.6.2.3	Exigences.....	105
3.6.2.4	Circuit de mise à jour.....	105
3.6.3	<i>Mise à jour des tables de conventions du Professionnel de Santé</i>	105
3.6.4	<i>Mise à jour des certificats de chiffrage et de la liste de révocation des certificats de chiffrage</i>	105
4	Le Poste de Travail du Professionnel de Santé.....	107
4.1	Présentation du Poste de Travail	107
4.1.1	<i>Architecture matérielle</i>	107
4.1.2	<i>Architecture logicielle</i>	107
4.1.2.1	Les systèmes d'exploitation	110
4.1.2.2	Les progiciels du Professionnel de Santé	110
4.1.2.3	Les modules SESAM-Vitale	111
4.2	Participation du Poste de Travail aux fonctions SESAM-Vitale	113
4.2.1	<i>Élaboration d'une FSE et/ou d'une DRE (fonctionnement nominal)</i>	113
4.2.1.1	Schéma d'élaboration de la FSE et/ou d'une DRE.....	113
4.2.1.2	Acquisition des données relatives au Professionnel de Santé	115
4.2.1.3	Acquisition des informations relatives au bénéficiaire des soins	116
4.2.1.4	Détermination du contexte de facturation au regard du remboursement de la part obligatoire.....	127
4.2.1.5	Détermination des informations administratives et de routage du contexte de facturation au regard de la complémentaire Détermination du contexte conventionnel au regard de la complémentaire.....	129
4.2.1.6	Acquisition des informations relatives à la prestation	149
4.2.1.7	Détermination du contexte du Parcours coordonné de soins	151
4.2.1.8	Tarifification de la part obligatoire	151
4.2.1.9	Tarifification de la part complémentaire	152
4.2.1.10	Forçage	156
4.2.1.11	Inscription des références du parcours coordonné de soins sur l'ordonnance	156
4.2.1.12	Préparation à la transmission des informations relatives à la complémentaire	157
4.2.1.13	Constitution et sécurisation des FSE et des DRE en mode SESAM-Vitale.....	160
4.2.1.14	DRE d'annulation	161
4.2.1.15	Constitution et sécurisation des FSE et des DRE en mode SESAM-Vitale avec désynchronisation des signatures	162
4.2.1.16	Transmission des flux aux organismes d'Assurance Maladie	164
4.2.2	<i>Réception des retours sur le poste Professionnel de Santé</i>	167
4.2.2.1	Traitement des Accusés de Réception Logiques	167
4.2.2.2	Traitement des flux de rejet / signalement / paiement.....	167
4.2.3	<i>Fonctionnements dégradés</i>	168
4.2.3.1	Mise en forme des factures électroniques en mode SESAM-Vitale dégradé	168
4.2.3.2	Mise en forme des lots de factures électroniques en mode SESAM-Vitale dégradé.....	169
4.2.4	<i>Transmission des fichiers et réception des fichiers retour</i>	170
4.2.5	<i>Session du remplaçant</i>	171
4.2.5.1	Préparation du Poste de Travail par le Professionnel de Santé remplacé	171
4.2.5.2	Utilisation en facturation du Poste de Travail par le Professionnel de Santé remplaçant... ..	172
4.2.5.3	Suppression des données de remplacement par le Professionnel de Santé titulaire	173
4.2.6	<i>L'administration du système SESAM-Vitale</i>	173
4.2.6.1	Chargement de logiciel dans le lecteur SESAM-Vitale.....	173
4.2.6.2	Mise à jour du Poste de Travail du Professionnel de Santé.....	174
4.2.6.3	Administration de la liste d'opposition pour les catégories de Professionnel de Santé concernées.....	175
4.2.6.4	Administration des certificats de chiffrage et de la CRL des certificats de chiffrage... ..	175
4.2.6.5	Recommandations	175
5	Procédure d'agrément SESAM-Vitale	176
5.1	Qu'est-ce que l'agrément ?	176
5.2	Pourquoi agréer ?.....	176
5.3	Progiciels soumis à agrément	176
5.4	Organisme d'agrément.....	176
5.5	Procédure d'agrément.....	176

5.6 Protocole d'agrément177
5.7 Prix 177

6 Glossaire.....178

7 Références.....190

7.1 Ordonnances, Lois, Décrets, Codes190
7.2 Conventions192
7.3 Normes et standards193

1 Introduction

A l'origine un des projets de la branche maladie du régime général initié par la CNAMTS, le programme SESAM-Vitale est devenu l'objectif commun de l'ensemble des organismes d'Assurance Maladie (obligatoire et complémentaire). Il concerne tous les acteurs du secteur santé social : assurés, organismes de protection sociale obligatoire et complémentaire, Professionnels de Santé libéraux, établissements de soins.

L'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins aborde, dans le titre 4, les systèmes d'information de l'Assurance Maladie et la carte de santé. Le déploiement du système SESAM-Vitale est donc indissociable de l'informatisation des professions de santé.

Le système SESAM-Vitale a pour objectif la dématérialisation des documents papier nécessaires au remboursement des soins (feuilles de soins, volets de facturation, factures subrogatoires, décompte papier, vignettes pharmaceutiques, étiquette LPP, etc.). Il s'appuie sur les principes suivants :

- l'acquisition à la source, c'est-à-dire par le Professionnel de Santé, des informations permettant la dématérialisation des documents nécessaires au remboursement des soins à partir de la carte Vitale et tout autre support éventuel d'un support Vitale, de supports de droits, puis de la carte Professionnel de Santé (CPS),
- la mise en place d'échanges électroniques sécurisés entre les Professionnels de Santé et les organismes d'Assurance Maladie.

Le système SESAM-Vitale participe à la mise en place d'un système d'information global permettant la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, la simplification des relations entre assurés, Professionnels de Santé et organismes d'Assurance Maladie ainsi que le remboursement rapide des assurés ou, dans le cadre du tiers payant, des Professionnels de Santé.

1.1 Objet du document

L'objet du présent document est de spécifier comment SESAM-Vitale s'intègre dans le Poste de Travail du Professionnel de Santé afin de créer et de transmettre les factures électroniques nécessaires au remboursement des soins par les organismes d'Assurances Maladie.

Un éditeur de progiciel destiné à des Professionnels de Santé trouvera dans ce document :

- la description des fonctions et des composants du système SESAM-Vitale,
- la spécification des règles de création et d'échange des factures électroniques nécessaires au remboursement des soins qui doivent être implémentées dans son progiciel.

Ce document définit les règles applicables aux progiciels destinés à l'ensemble des Professionnels de Santé, à l'exception des :

- établissements (hors Centres de Santé pour lesquels ce document est applicable),
- transporteurs.

1.2 Contenu du document

1.2.1 Généralités

Sauf mention contraire, les articles législatifs ou réglementaires indiqués dans ce document sont issus du Code de la Sécurité Sociale.

Ce document ne contient aucune spécification relative aux éléments suivants :

- les supports Vitale
 - la carte Vitale
 - l'ApCV
- la carte Professionnel de Santé,
- le service « Acquisition des DRoits » (ADR),
- les réseaux tiers d'accès au Réseau SESAM-Vitale,
- les protocoles d'accès au Réseau SESAM-Vitale ou à un réseau tiers d'accès au Réseau SESAM-Vitale,
- les protocoles de transmission utilisés entre les postes de travail des Professionnels de Santé et les Organismes Concentrateurs Techniques (des possibilités d'échanges entre le Poste de Travail du Professionnel de Santé et les Organismes Concentrateurs Techniques sont décrites à titre informatif dans l'annexe 5),
- les procédures de demande, d'attribution et de distribution des différentes cartes des Professionnels de Santé.

Les informations qui concernent ces éléments sont données ici à titre informatif.

Ce document est constitué de deux parties :

- le corps du document,
- les annexes de ce document.

Le corps du document a pour objectif de présenter les concepts généraux du système SESAM-Vitale (fonctions, composants, etc.) et plus spécifiquement en quoi et comment les fournitures SESAM-Vitale s'intègrent dans le Poste de Travail du Professionnel de Santé.

Le niveau de détail de cette présentation correspond à celui des spécifications fonctionnelles ou de conception générale d'un progiciel.

Les annexes contiennent les spécifications détaillées nécessaires aux sociétés développant des progiciels pour Professionnels de Santé intégrant les fournitures SESAM-Vitale.

1.2.2 Corps du document

Le chapitre 2 a pour objet de familiariser le lecteur avec le programme SESAM-Vitale, c'est-à-dire ses missions, ses acteurs, ses composants et ses flux. Il introduit les différents concepts utilisés dans la suite du document et présente les étapes fonctionnelles du système.

Le chapitre 3 présente les fonctions de SESAM-Vitale :

- élaboration et transmission des factures électroniques nécessaires au remboursement des soins (feuille de soins électronique, demande de remboursement électronique, etc.),

- administration du système.

Ces fonctions sont reprises en détail dans la suite du document, notamment dans le chapitre 4 dédié au Poste de Travail du Professionnel de Santé.

Le chapitre 4 est le cœur de ce document et traite des spécifications des règles à implémenter dans le Poste de Travail du Professionnel de Santé et décrit le rôle du Poste de Travail dans l'élaboration des factures électroniques nécessaires au remboursement des soins :

- participation du Poste de Travail à la mise en œuvre des fonctionnalités de SESAM-Vitale,
- fonctions des modules SESAM-Vitale fournis par l'Assurance Maladie,
- spécifications de la réglementation et des règles de tarification que doit contenir le logiciel du Professionnel de Santé.

Le chapitre 5 contient les grands principes de la procédure d'agrément des logiciels des Professionnels de Santé par l'Assurance Maladie.

Le chapitre 6 contient le glossaire des termes et abréviations utilisés.

Le chapitre 7 contient la liste des références bibliographiques susceptibles d'intéresser le lecteur.

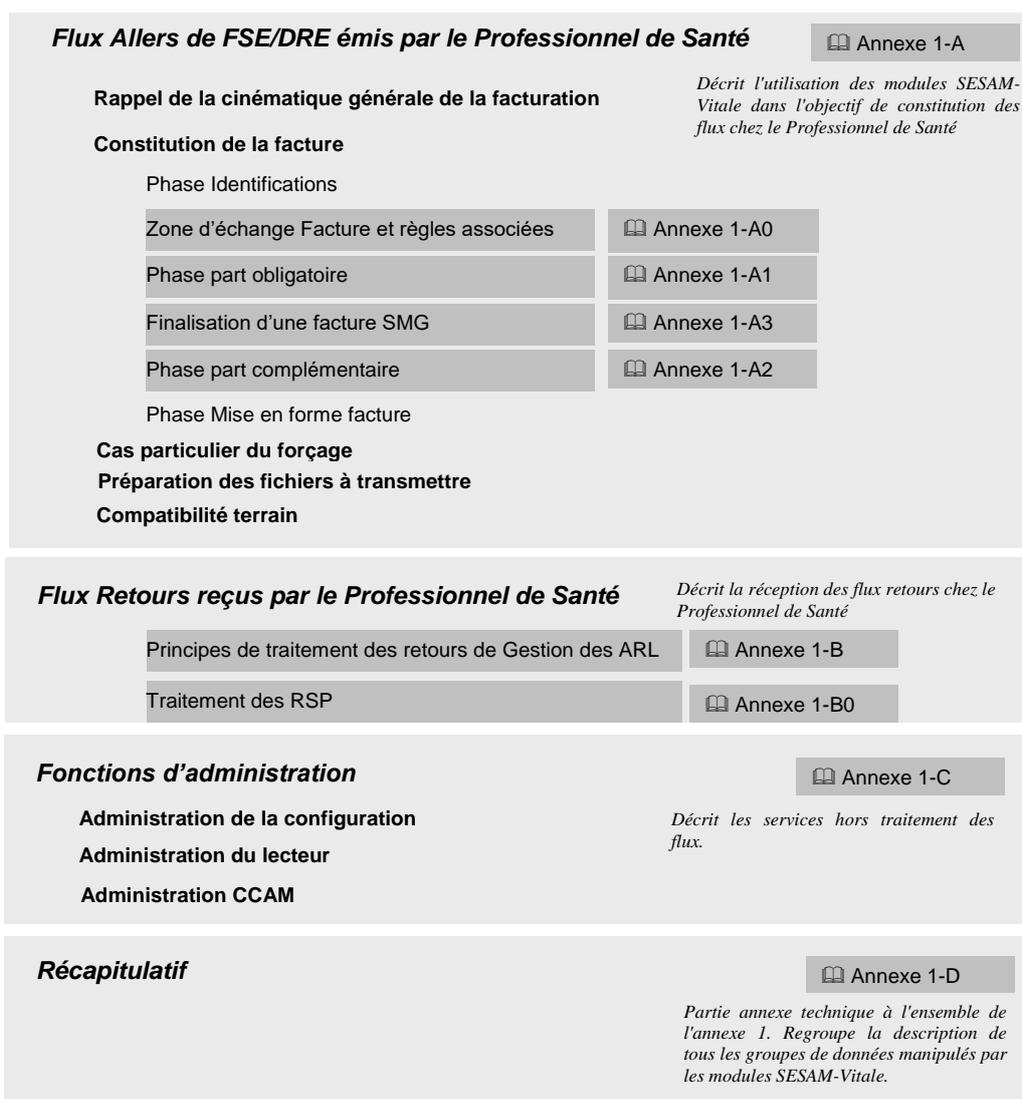
1.2.3

Annexes

Les annexes apportent les informations complémentaires nécessaires au développement d'un progiciel pour Professionnels de Santé intégrant les modules SESAM-Vitale.

Elles traitent les sujets suivants :

- **Annexe 1** : Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale fournies par l'Assurance Maladie dans l'ordre logique des traitements relatifs aux flux SESAM-Vitale. Cette annexe est structurée en sous-parties présentées dans le schéma suivant.



- **Annexe 1 bis** : Utilisation d'un Terminal Lecteur Applicatif (TLA)
- **Annexe 2** : Fonctions SESAM-Vitale à introduire dans les progiciels destinés aux Professionnels de Santé :
 - Réglementation,
 - Tarification de l'Assurance Maladie Obligatoire.
- **Annexe 2 bis** : Partie « Tables » de l'Annexe 2
- **Annexe 3** : Format et procédures d'échange des fichiers de conventions et de regroupements normés et format du fichier de correspondance normé
- **Annexe 4** : Télécommunications (sur Réseau IP) et Chiffrement de pièce jointe
- **Annexe 5** : Transmission des flux SESAM-Vitale via les Organismes Concentrateurs Techniques (annexe informative)
- **Annexe 6** : Liste d'Opposition Incrémentale
- **Annexe 7** : Annexe architecture et sécurité
- **Annexe 8** : Dépistage de la rétinopathie diabétique en coopération entre l'orthoptiste et l'ophtalmologiste.

1.3 Évolutions du document

Des modifications de la réglementation ou des spécifications fonctionnelles du système sont susceptibles de faire évoluer ce document.

Les éditeurs de logiciel peuvent avoir accès à des dossiers relatifs à la version 1.40 sur la plate-forme de diffusion du GIE SESAM-Vitale.

2 Présentation de SESAM-Vitale

Ce chapitre présente succinctement SESAM-Vitale en introduisant l'ensemble des concepts utilisés par la suite.

2.1 Acteurs

2.1.1 Les acteurs du projet SESAM-Vitale

La mise en place du système SESAM-Vitale passe par la collaboration des différents acteurs du monde Santé Social :

- les assurés sociaux,
- les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et Complémentaire (AMC),
- les Professionnels de Santé, détenteurs et fournisseurs des informations liées aux soins et à leur remboursement.

Sa mise en œuvre technique est assurée par les différents organismes contribuant à l'informatisation de ce secteur :

- les fournisseurs de matériels et de logiciels,
- les directions informatiques, les centres de traitement informatique et les organismes d'Assurance Maladie,
- le Centre National de Dépôt et d'Agrément, chargé de l'agrément des logiciels de saisie à la source des Professionnels de Santé :

CNDA

515, Avenue George FRECHE

34170 CASTELNAU-LE-LEZ

☎ 04 67 02 30 00

E-mail : gestion.contrats@cnda.cnamts.fr

- le Centre National des Professionnels de Santé, chargé de représenter les organisations professionnelles dans les instances de pilotage du programme SESAM-Vitale (maîtrise d'ouvrage et maîtrise d'œuvre) :

CNPS

22, Avenue de Villiers

75849 PARIS Cedex 17

☎ 01 56 79 20 65

<http://cnps.netmedicom.com>

- les Organismes Concentrateurs Techniques (OCT),
- les fournisseurs d'accès à Internet (FAI),

- L'ASIP Santé, chargé de la production de la carte de Professionnel de Santé :

ASIP Santé

9 rue Georges Pitard

75015 Paris

E-Mail : editeurs@asip-sante.fr

- le GIE SESAM-Vitale, chargé de l'étude, de la réalisation, de la normalisation, de la mise en œuvre et de la promotion du système SESAM-Vitale et de la carte Vitale :

GIE SESAM-Vitale

5, bd Alexandre Oyon

72019 LE MANS Cedex 2

☎ 02 43 57 42 00

E-Mail : gie@sesam-vitale.fr

2.1.2 Les acteurs du système SESAM-Vitale

2.1.2.1 Les assurés sociaux

Les assurés sociaux :

- ~~disposent d'une carte Vitale dont la mise à jour leur incombe,~~
- disposent de supports Vitale :
 - le support de type carte à puce dénommé carte Vitale dont la mise à jour leur incombe
 - et/ou le support dématérialisé sur système mobile dénommé application carte Vitale ou « ApCV »
- n'ont plus à envoyer leurs feuilles de soins à leur régime d'affiliation. La feuille de soins papier est remplacée par une Feuille de Soins Electronique (FSE) créée par les Professionnels de Santé (prescripteur et exécutant), sur leur Poste de Travail, à l'aide ~~des cartes Vitale~~ du support Vitale, de supports de ~~droits et de la carte~~ Professionnel de Santé (CPS).
- n'ont plus à envoyer de décompte papier AMO à leur AMC pour se faire rembourser des montants complémentaires. Ces documents sont remplacés :
 - soit par une Demande de Remboursement Electronique (DRE) créée sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé simultanément à la FSE. Cette DRE permet à l'AMC d'effectuer directement le paiement aux Professionnels de Santé ou à ses assurés / adhérents en fonction du service mis en œuvre.
 - soit par une Feuille de Soins Electronique contenant les informations nécessaires à la part complémentaire dans les deux cas de figure suivants :
 - l'AMO a conclu un accord conventionnel avec l'AMC concerné :
 - pour effectuer un seul paiement (part obligatoire et part complémentaire),
 - ou pour transmettre un décompte à l'AMC qui procédera au remboursement de la part complémentaire,

- le Professionnel de Santé utilise les services d'un OCT pour « éclater » la FSE et transmettre à l'AMC les informations lui permettant d'effectuer directement le paiement aux Professionnels de Santé ou à ses assurés / adhérents en fonction du service mis en œuvre.
- peuvent recevoir une quittance lors de l'élaboration d'une facture électronique,
- reçoivent sur leur système mobile (i.e. ApCV), si ce support Vitale est utilisé, un résumé de facture lors de l'élaboration d'une facture électronique,
- reçoivent toujours de leur organisme d'Assurance Maladie Obligatoire un décompte papier indiquant les montants remboursés.

2.1.2.2 Les Professionnels de Santé

Les Professionnels de Santé :

- disposent d'une CPS,
- élaborent la facturation des soins sur leur Poste de Travail,
- transmettent aux organismes d'Assurance Maladie les FSE et les DRE. Ces factures électroniques, regroupées en lots et en fichiers, sont transmises directement ou via un Organisme Concentrateur Technique aux Organismes d'Assurance Maladie. Les connexions sont toujours à l'initiative du Professionnel de Santé,
- collectent les ordonnances, les expédient ou les mettent à disposition de l'AMO (selon les conventions conclues entre les AMO et les Professionnels de Santé),
- reçoivent des retours électroniques.

2.1.2.3 Les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire

Les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) reçoivent des flux de données provenant des Professionnels de Santé :

- soit directement,
- soit des Organismes Concentrateurs Techniques.

Convention de gestion

Certains organismes d'Assurance Maladie Obligatoire traitent la part complémentaire dans le cadre d'une convention de gestion entre AMO et AMC.

2.1.2.4 Les organismes d'Assurance Maladie Complémentaire

Les organismes d'Assurance Maladie Complémentaires (AMC) reçoivent des flux de données provenant :

- soit directement du Professionnel de Santé,
- soit des Organismes Concentrateurs Techniques,
- soit des AMO avec lesquels ont été conclues des conventions de transmission des décomptes,
- soit des AMO avec lesquels ont été conclues des conventions de gestion (dans ce cas, l'AMO effectue l'avance de remboursement de la part complémentaire).

Délégation de gestion

Certains organismes d'Assurance Maladie Complémentaire traitent la part obligatoire dans le cadre d'une délégation de gestion légale ou d'une habilitation conventionnelle établie avec un AMO.

2.2 Architecture générale de SESAM-Vitale

Le système SESAM-Vitale utilise deux supports :

- ~~la carte Vitale du bénéficiaire, reflet de sa situation administrative, de sa situation d'assuré ou de bénéficiaire vis-à-vis des AMO et des AMC,~~
- le support Vitale, reflet de la situation administrative d'un assuré / bénéficiaire et moyen de sécurisation de la FSE et de la DRE,
- la carte du Professionnel de Santé, carte d'habilitation et outil de sécurisation des échanges de flux électroniques.

~~D'autres éventuels supports de droits peuvent être utilisés :~~

Des supports de droits doivent également être utilisés (en complément ou non du support Vitale) :

- la carte Vitale,
- le service « Acquisition des DRoits » (ADR),
- le support de droits AMC, reflet de la situation d'un assuré / bénéficiaire vis à vis d'un organisme d'Assurance Maladie Complémentaire,
- l'attestation papier justifiant des droits à la CMU complémentaire C2S délivrée par l'AMO,
- l'attestation papier justifiant des droits des sortants de CMU complémentaire C2S délivrée par l'AMO.
- l'attestation papier délivrée par l'AMO justifiant des droits dans le cadre des dispositifs d'aide à l'acquisition d'une complémentaire (ACS) :
 - attestation de droit « Aide pour une complémentaire santé (ACS) - Attestation de tiers payant pour la part obligatoire (hors part complémentaire) »¹
 - attestation de droit « Aide pour une complémentaire santé (ACS) - Attestation de tiers payant pour la part obligatoire et la part complémentaire »
- l'attestation papier justifiant d'une exonération du Ticket Modérateur (ALD,...),
- le protocole de soins ALD (remplace et étend le PIRES),
- l'attestation papier AME,
- le Guide Maternité,
- le feuillet « Accident de Travail »,
- l'ordonnance,
- le bon d'examen,
- la réponse à une demande d'entente préalable,

¹ Tiers payant social

- la réponse à la demande de prise en charge complémentaire (ex : notamment pour les fournisseurs en complément d'information du support de droits AMC),
- l'attestation de droits aux Soins Médicaux Gratuits,
- la fiche Descriptive des Infirmités donnant droit aux Soins Médicaux Gratuits.

SESAM-Vitale repose sur l'acquisition « à la source », par le Professionnel de Santé (soit à son cabinet, soit au domicile de l'assuré), des informations utiles à la constitution des factures électroniques nécessaires au remboursement des soins. Pour cela, chaque Professionnel de Santé informatisé utilise un Poste de Travail qui comprend :

- un équipement informatique (ordinateur, imprimante, modem, etc.),
- un progiciel d'élaboration des factures électroniques nécessaires au remboursement des soins,
- un dispositif de lecture des cartes à microprocesseur et de sécurisation des factures électroniques nécessaires au remboursement des soins,
- un dispositif d'échanges de données avec un système mobile (i.e. lecture d'une ApCV).

Les organismes d'Assurance Maladie mettent en œuvre des systèmes d'accueil qui reçoivent les flux de factures électroniques émis par les Professionnels de Santé et transmettent l'ensemble des flux retour SESAM-Vitale (flux d'Accusés de Réception Logique, messages de service et flux de Rejet / Signalement / Paiement).

SESAM-Vitale utilise des réseaux de transmission de données entre les Professionnels de Santé et les organismes d'Assurance Maladie pour le transport des factures nécessaires au remboursement des soins.

La mise à jour des informations contenues sur les supports Vitale dans la carte Vitale est une autre fonction du système SESAM-Vitale (exemple : changement de la situation administrative d'un des bénéficiaires), non décrite dans ce document.

Le système de facturation SESAM-Vitale intègre également une solution de télétransmission et de récupération de flux de pièces justificatives émis par les Professionnels de Santé prescrits ayant la faculté technique de numériser les pièces justificatives permettant le remboursement des prestations délivrées aux assurés du régime d'assurances maladies obligatoire. Cette solution est le système SCOR, non décrit dans ce document.

L'implémentation de la solution du système SCOR par les éditeurs est soumise aux accords conventionnels de leurs clients qui stipulent explicitement la solution SCOR de télétransmission et de récupération de flux de pièces justificatives.

2.2.1 Les supports de SESAM-Vitale

2.2.1.1 La Carte de Professionnel de Santé

Le présent document ne contient aucune spécification relative aux cartes de Professionnels de Santé. Les caractéristiques des cartes de Professionnels de Santé sont données à titre informatif.

Généralités

Conformément aux textes réglementaires, l'ensemble des professionnels, organismes ou établissements dispensant des actes ou prestations remboursables par l'Assurance Maladie seront dotés d'une carte à microprocesseur.

Il existe différents types de Cartes du Professionnel de Santé :

Carte	Professionnel de Santé	Identifiant
CPS	Professionnel de Santé, avec Ordre ou sans Ordre	N° ADELI ou N° ADELI et FINESS
CPF	Professionnel de Santé en Formation	N° DRASS ou N° SIRIUS ou N° CDOM
CPE	Personnel d'Etablissement (cette carte peut être nominative ou non nominative selon l'organisation mise en place dans l'établissement)	N° FINESS + N° Registre de l'employé dans l'établissement
CDE	Directeur d'Etablissement	N° FINESS + N° Registre de l'employé dans l'établissement

La Carte du Professionnel de Santé permet à un Professionnel de Santé d'attester de sa qualité vis-à-vis d'un système informatique et de sécuriser ses transactions électroniques (exemples : sécurisation de l'accès au Poste de Travail ou à des applications télématiques).

Cette carte est un outil utilisable par plusieurs applications : SESAM-Vitale en est la première application majeure.

Chaque porteur d'une Carte Professionnel de Santé possède un code secret (également appelé code porteur).

Les informations contenues dans la Carte du Professionnel de Santé

La Carte du Professionnel de Santé comporte 2 volets d'information utilisés dans le contexte SESAM-Vitale :

Informations de la Carte du Professionnel de Santé	Lecture	Écriture
Informations identifiant le Professionnel de Santé	Libre	Protégée (accès au domaine géré par le G.I.P. «CPS»)
DAM – Informations nécessaires à la facturation (situations d'exercices et de facturation)	Protégée par code porteur	Protégée

2.2.1.2

Le support Vitale

Le support Vitale, à savoir la carte Vitale ou l'ApCV, est :

- soit familial,
- soit personnel pour les ayants droit de 16 ans et plus.

Dans la facturation SESAM-Vitale, le support Vitale est un support nominal et assure plusieurs fonctions :

- support de référence des données d'identification des bénéficiaires de soins et de leur organisme gestionnaire,
- support de signature Vitale de la FSE et de la DRE.



En complément, la carte Vitale est aussi support de référence des données de droits (part obligatoire et éventuellement part complémentaire). Ce n'est pas le cas de l'ApCV, pour laquelle un appel au service ADR est nécessaire pour acquérir les données de droits du bénéficiaire des soins et signer les factures.

Aucune règle de priorité sur le choix du support Vitale n'est définie. Ce choix relève du Professionnel de Santé.

Pour autant, aucune mixité des données entre supports Vitale n'est autorisée. Un changement de support Vitale entraîne la perte des données précédemment acquises et la reprise de l'acquisition des données du bénéficiaire des soins pour l'élaboration de la facture.

2.2.1.2.1 La carte Vitale

Le présent document ne contient aucune spécification relative à la carte Vitale. Les caractéristiques de la carte Vitale sont données à titre informatif.

Généralités

La carte Vitale est personnalisée et diffusée par l'AMO qui couvre le risque maladie de l'assuré. La diffusion de la carte Vitale s'effectue au niveau national en plusieurs étapes depuis l'année 1997.

La carte Vitale est :

- soit familiale,
- soit personnelle pour les ayants droit de 16 ans et plus.

C'est une carte à microprocesseur conforme aux normes ISO 7816, dont l'utilisation n'est pas soumise à la présentation d'un code porteur.

Dans la facturation SESAM-Vitale, la carte Vitale assure plusieurs fonctions :

- Support de référence des données d'identification des bénéficiaires de soins et de leur organisme gestionnaire,
- Support de référence des données de droits (part obligatoire et part complémentaire),
- Moyen de sécurisation de la FSE et de la DRE.

Les informations contenues dans la carte Vitale V1Ter

La carte V1Ter est une carte Vitale actuelle (V1Bis) enrichie de nouvelles données de cinq types :

- des données supplémentaires AMO (nom de famille, adresse, ...),
- un volet AMC,
- des données relatives aux accidents du travail,
- une date de fin de validité du support carte Vitale,
- un volet intervenant pour répondre à la liberté de circulation des membres de la Communauté Economique Européenne.

Cette inscription de nouvelles données s'effectuera par télémise à jour.

La carte V1Ter permet d'utiliser l'ensemble des fonctionnalités du Package 1.40.

Données de la carte	V1 Bis	V1 Ter	Lecture	Écriture
Volet mapping				
Version mapping : cette zone contient des informations techniques concernant la version du mapping	oui	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO
Volet Administration carte				
Zone optionnelle contenant la date de fin de validité de la carte	non	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO
Volet Famille				
Unique pour tous les bénéficiaires, elle contient les éléments de droits Assurance Maladie Obligatoire pour l'ensemble de la famille, notamment le matricule de l'assuré	oui	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO
Nom de famille Zone adresse	non	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO
Zone services AMO : zone optionnelle de niveau famille (dont les données sont valables pour l'ensemble des bénéficiaires portés sur la carte)	non	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO
Volet ETM famille				
Zone optionnelle, elle contient les informations de couverture Assurance Maladie Obligatoire particulière (Exonération du Ticket Modérateur) dont bénéficie l'ensemble des membres de la famille	oui	oui	Réservée uniquement aux Professionnels de Santé, établissements de santé dispensant des soins au porteur de la carte et aux agents des organismes gérant un régime de base d'Assurance Maladie.	Protégée – Réservée pour les AMO
Volet Bénéficiaire				
Propre à chaque bénéficiaire, elle contient son identification, ainsi que des informations de couverture Assurance Maladie Obligatoire particulière dont il bénéficie.	Oui	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO

Données de la carte	V1 Bis	V1 Ter	Lecture	Écriture
Exonération du Ticket Modérateur	oui	oui	Réservée uniquement aux Professionnels de Santé, établissements de santé dispensant des soins au porteur de la carte et aux agents des organismes gérant un régime de base d'Assurance Maladie.	Protégée – Réservée pour les AMO
NIR certifié : zone optionnelle, propre à chaque bénéficiaire, contient le NIR certifié du bénéficiaire	non	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO
Complément ETM : zone optionnelle, contient des précisions sur les ETM bénéficiaires. Cette zone complète la zone d'information ETM contenues dans la zone bénéficiaire	non	oui	Réservée uniquement aux Professionnels de Santé, établissements de santé dispensant des soins au porteur de la carte et aux agents des organismes gérant un régime de base d'Assurance Maladie.	Protégée – Réservée pour les AMO
Zone services AMO : zone optionnelle de niveau bénéficiaire (propre à un ayant-droit donné porté sur la carte)	non	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO
Volet Mutuelle (part complémentaire gérée par AMO)				
Zone optionnelle, propre à chaque bénéficiaire, elle contient ses informations de couverture Assurance Maladie Complémentaire dans le cas d'une gestion unique.	Oui	oui	Libre pour tous	Protégée
Volet AMC (part complémentaire gérée par un organisme d'Assurance Maladie Complémentaire)				
Zone optionnelle propre à chaque bénéficiaire, contient les informations spécifiques au contrat d'Assurance Maladie Complémentaire du bénéficiaire.	Non	oui	Libre pour tous	Protégée

Données de la carte	V1 Bis	V1 Ter	Lecture	Écriture
Volet Complémentaire (en complément du Volet Mutuelle ou Volet AMC)				
Zone commune complémentaire	non	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO ou les AMC selon les cas
Volet Transcard (par famille)				
Zone optionnelle, zone spécifique pour expérimentation	oui	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO
Volet Netlink				
Zone optionnelle, zone spécifique propre à chaque bénéficiaire pour expérimentation	oui	Oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO
Volet AT				
Zone optionnelle portant les informations nécessaires pour gérer un accident du travail.	Non	oui	Libre pour tous	La zone AT peut être utilisée par un organisme gestionnaire des AT qui n'est pas forcément le gestionnaire maladie.
Volet E 111				
Zone optionnelle portant les informations nécessaires à l'édition d'un formulaire européen E 111.	Non	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO
Volet E 112				
Zone optionnelle portant les informations nécessaires à l'édition d'un formulaire européen E 112.	Non	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO
Volet E 128				
Zone optionnelle portant les informations nécessaires à l'édition d'un formulaire européen E 128	non	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO

2.2.1.2.2 L'appli carte Vitale (ApCV)

L'ApCV est un portefeuille de cartes Vitale individuelles dématérialisées, chacune portant les données d'identification d'un seul bénéficiaire.

De plus, c'est un dispositif sécurisé d'authentification sur système mobile permettant l'accès aux services de l'assurance maladie.

En facturation SESAM-Vitale, l'utilisateur de l'ApCV est la personne qui présente son ApCV au Professionnel de Santé. L'authentification de cet utilisateur permet d'obtenir un contexte ApCV qui contient :

- les données de la carte Vitale individuelle dématérialisée permettant d'identifier l'utilisateur de l'ApCV;
- éventuellement les données des cartes Vitale individuelles dématérialisées permettant d'identifier d'autres bénéficiaires;
- les informations relatives à l'ApCV.

La carte Vitale individuelle dématérialisée porte les données d'identification d'un seul bénéficiaire et de son organisme gestionnaire, elle ne contient pas de données de droits. L'appel au service en ligne ADR est obligatoire.

Le contexte ApCV a une durée de validité durant laquelle l'accès aux services qui nécessitent la présence de l'utilisateur (signature de la FSE et de la DRE notamment), est autorisé.

Le présent document ne contient aucune spécification relative à l'ApCV.

Les services de demande d'authentification de l'utilisateur d'une ApCV, de gestion du cycle de vie du contexte ApCV et de signature avec une ApCV sont décrits dans des documents spécifiques :

- les spécifications fonctionnelles générales : « ApCV-SFG-004 – Demander l'authentification et gérer le contexte ApCV » ;
- le guide d'intégration : « ApCV-MP-001 - Demander l'authentification et gérer le contexte ApCV » ;
- le guide d'intégration : « ApCV-MP-002 - Demander la signature Vitale de la facture ApCV ».

2.2.1.3 Le support de droits « ADR »

Le présent document ne contient aucune spécification relative au service en ligne ADR. Les caractéristiques de ce service, ainsi que le périmètre d'utilisation, sont décrits dans des documents spécifiques :

- les spécifications fonctionnelles générales : « FACT-SFG-038 Ouverture de la facturation à ADR », et
- le guide d'intégration : « SEL-MP-021 WS_ADR ».

Le service ADR d'acquisition des droits en ligne est une nouvelle source de référence des droits des AMO.

Il fournit l'ensemble des informations d'identification d'un bénéficiaire des soins, ainsi que :

- ses droits sur la part obligatoire,
- ses droits complémentaires réglementaires (CMU-C C2S, AME),
- ses droits complémentaires en gestion unique.

Les données issues d'ADR sont isofonctionnelles à celles d'une lecture de la carte Vitale (pour les informations que les AMO y inscrivent), à l'exception de :

- l'AME, qui est fourni par ADR,
- du top Alsace-Moselle, qui n'est pas fourni par ADR,
- des natures de pièce justificative (AMO et AMC) qui ont des nouvelles valeurs, fournies par ADR.

Concernant la structure des données, la correspondance entre les données issues d'ADR et les données en sortie de la fonction de lecture de carte Vitale est décrite dans le guide d'intégration du service ADR.

2.2.1.4 Le support de droits AMC

Ce support est facultatif.

Il permet :

- soit d'attendre que la carte Vitale contienne toutes les données nécessaires à la gestion de la part complémentaire,
- soit de remplacer les données de gestion de la part complémentaire contenues dans la carte Vitale.

Il est propre à chaque organisme dans son contenu et sa présentation, et comporte l'ensemble des informations d'identification, de tarification, et d'adressage. Il fait apparaître la nature des traitements possibles notamment le service Tiers Payant (TP) ou Hors Tiers Payant (HTP), et éventuellement la nature du flux attendu (flux SESAM-Vitale ou flux hors SESAM-Vitale).

2.2.2 Le Poste de Travail du Professionnel de Santé

Le présent document explique comment et en quoi le système SESAM-Vitale s'intègre dans le Poste de Travail du Professionnel de Santé.

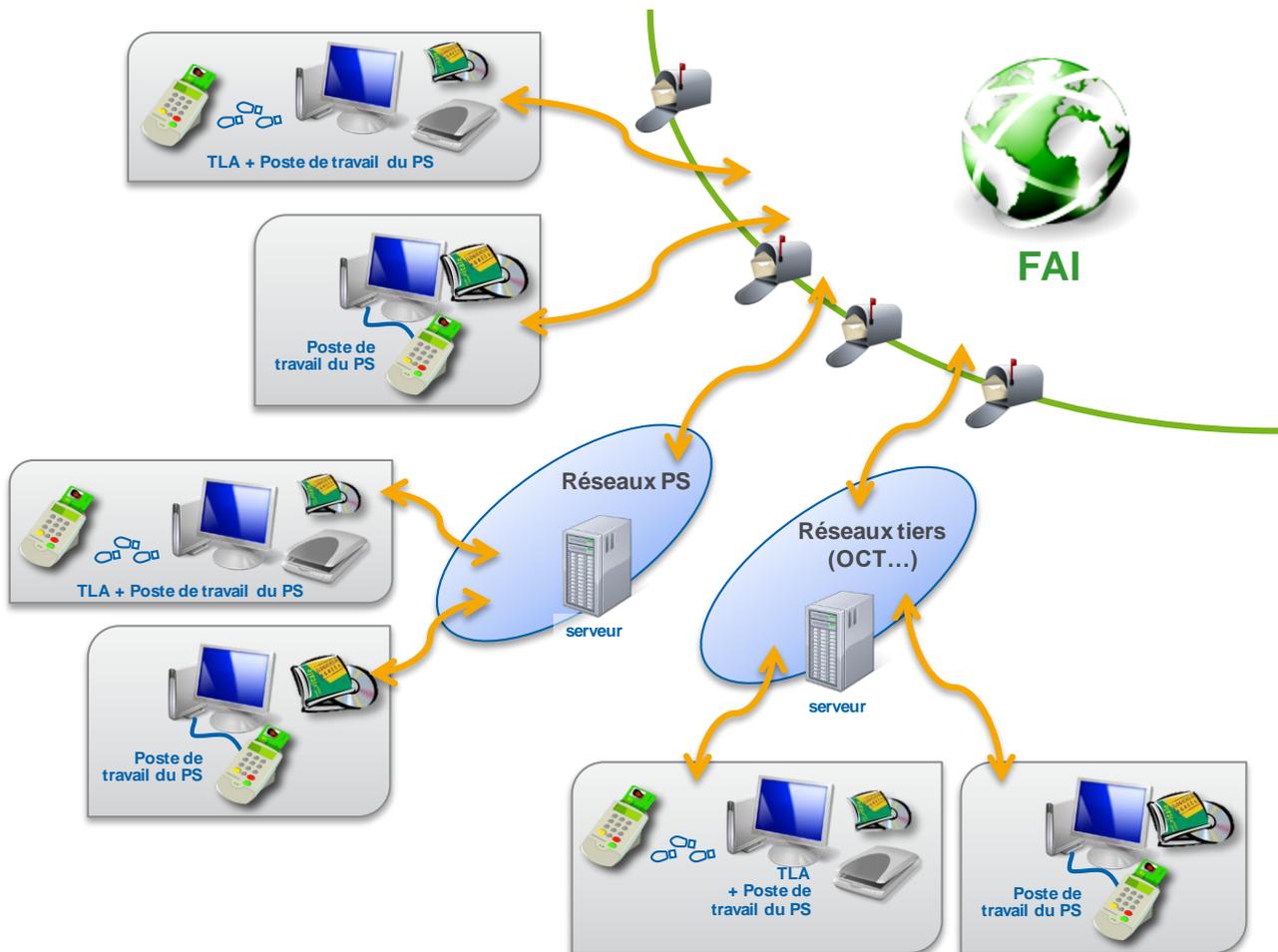
Cette version du présent document spécifie l'interface d'accès aux modules SESAM-Vitale pour un équipement informatique utilisant un dispositif externe de lecture de cartes à microprocesseur appelé lecteur SESAM-Vitale.

La saisie des informations nécessaires à la production des factures électroniques s'opère sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé. Celui-ci garde son entière liberté et son indépendance dans le choix, l'acquisition, la propriété et l'utilisation de son équipement informatique (matériel et logiciel).

Les spécifications relatives au Poste de Travail du Professionnel de Santé et les schémas des différentes configurations matérielles compatibles avec le présent document sont décrits au chapitre 4.

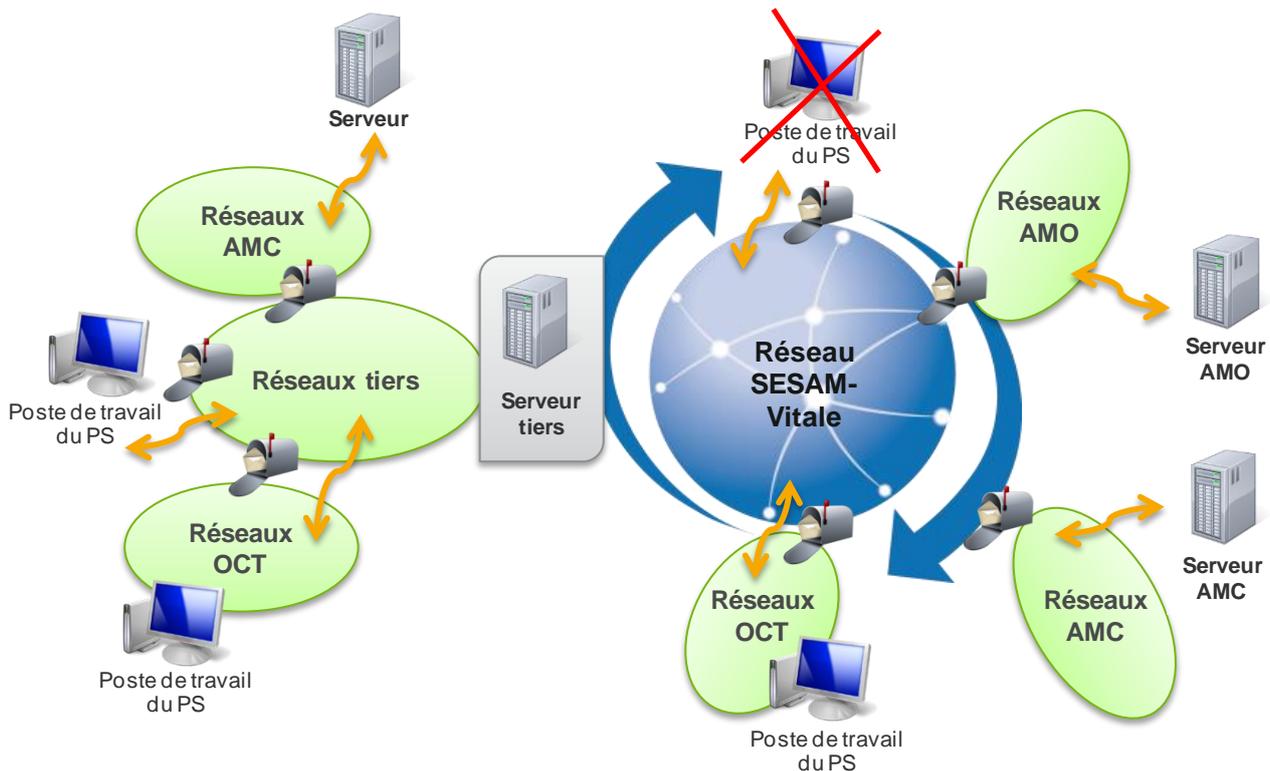
Les configurations matérielles et logicielles non couvertes par le présent document sont soumises à homologation par le GIE SESAM-Vitale conformément aux spécifications fonctionnelles du système SESAM-Vitale.

Le schéma ci-dessous présente les environnements de Poste de Travail connectés à un réseau et autorisés par le Cahier des Charges SESAM-Vitale :



2.2.3 Les réseaux d'échange

Le schéma ci-dessous représente l'architecture des réseaux impliqués dans le système SESAM-Vitale :



Le Réseau SESAM-Vitale est le réseau d'échange des flux de production SESAM-Vitale. Il est basé sur les protocoles TCP/IP (transport et réseau) et SMTP (messagerie électronique) utilisés dans le monde « Internet ».

Le Poste de Travail du Professionnel de Santé n'est pas connecté directement au Réseau SESAM-Vitale. Il peut être connecté à un réseau de messagerie.

Les AMO ont l'obligation d'être connectés directement au Réseau SESAM-Vitale pour la réception des flux SESAM-Vitale conformément aux dispositions réglementaires. Les AMC utilisent les réseaux de leur choix.

Les messages SMTP sont décrits en fonction des flux de données électroniques échangés avec un organisme d'Assurance Maladie. Les profils de ces messages sont décrits dans l'annexe 4.

En d'autres termes, un progiciel de Professionnel de Santé, pour obtenir l'agrément SESAM-Vitale, doit être capable d'émettre et de recevoir des flux de production SESAM-Vitale conformément aux spécifications contenues dans l'annexe 4 du présent document, via Internet ou via un réseau tiers utilisant les mêmes protocoles de télécommunication que le Réseau SESAM-Vitale (IP, TCP, SMTP, MIME, S/MIME).

2.2.4 Les flux

2.2.4.1 Les flux SESAM-Vitale entre le Poste de Travail des Professionnels de Santé et les systèmes d'accueil des factures des organismes d'Assurance Maladie

Le système SESAM-Vitale ne modifie pas les circuits financiers entre les différents acteurs.

Le réseau de messagerie véhicule plusieurs types de flux :

- **la Feuille de Soins Electronique (FSE)** : cette facture électronique dématérialise la feuille de soin papier. Elle permet à l'assuré de ne plus envoyer la feuille de soins papier pour obtenir le remboursement des prestations par son organisme d'Assurance Maladie Obligatoire. De plus, elle peut comporter les éléments nécessaires à un remboursement de la part complémentaire,
- **la Demande de Remboursement Electronique (DRE)** : cette facture électronique correspond à la demande de remboursement de la part complémentaire,

NB : Il est recommandé de conserver la génération des flux AMC existants entre les Professionnels de Santé et les AMC pour garantir la compatibilité ascendante et la continuité de service pour les Professionnels de Santé.

- **la Demande de Remboursement Electronique d'annulation** : lorsqu'un Professionnel de Santé souhaite annuler une DRE, il a la possibilité d'émettre une « DRE d'annulation »,
- **les Accusés de Réception Logique (ARL)** : flux émis par les systèmes d'accueil des AMO et des AMC. Ces flux indiquent au Professionnel de Santé si le lot de factures qu'il a émis a bien été reçu par l'organisme d'Assurance Maladie escompté et donc transmis avec succès. Le Professionnel de Santé est déchargé de sa responsabilité de retransmettre les lots de factures après réception d'un ARL positif,
- **les Rejet/Signalement/Paiement (RSP)** : flux émis par les AMO et les AMC. Ces flux indiquent le traitement de la facture (paiement, rejet, ou signalement),
- **les messages de service** : flux émis par les systèmes d'accueil des AMO, des AMC ou par l'opérateur de messagerie du réseau d'échange SESAM-Vitale :
 - Les flux venant des systèmes d'accueil AMO ou AMC indiquent au Professionnel de Santé que le message SMTP qu'il a transmis comporte des irrégularités au niveau des en-têtes SMTP ou de l'enveloppe des fichiers contenant les lots de factures.
 - Les flux venant de l'opérateur de messagerie du réseau SESAM-Vitale indiquent l'indisponibilité momentanée du système de réception des organismes d'assurance maladie.

Par ailleurs, le Professionnel de Santé peut recevoir des flux émis par les réseaux de messagerie (Avis de remise ou de non remise du message par le réseau). Ces flux lui indiquent que le message SMTP qu'il a transmis a été délivré ou non délivré au destinataire.

2.2.4.2

Les flux d'administration du système SESAM-Vitale

Les flux d'administration du système SESAM-Vitale sont :

- **les données de suivi du parc** : ces données, émises par les postes de travail des Professionnels de Santé à destination du GIE SESAM-Vitale, permettent d'avoir un état du parc des progiciels agréés, des lecteurs, des fournitures SESAM-Vitale et des API de l'ASIP santé; elles sont véhiculées dans les FSE,
- **les flux de mise à jour du Poste de travail du Professionnel de Santé** : les flux sont émis par le GIE SESAM-Vitale et portent sur des évolutions entre deux versions de package SESAM-Vitale. Ces évolutions peuvent concerner des mises à jour de tables, ...

- **Les flux de mise à jour des tables de conventions et de regroupements** : les flux sont émis par les signataires de conventions et contiennent les fichiers de conventions et de regroupement normés.
- **les flux de mise à jour de la liste d'opposition incrémentale LOI** : les flux sont émis par le distributeur d'opposition (GIE SESAM-Vitale ou OCT) et contiennent les incréments (dLOI) applicables sur la liste d'opposition incrémentale (LOI).

2.2.4.3 Les flux entre le Poste de Travail des Professionnels de Santé et l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI

Le réseau de messagerie véhicule plusieurs types de flux :

- **Les rapports de réclamation sont créés sur le Poste de Travail des Professionnels de Santé en cas de facturation à l'état « rejeté », « en anomalie » ou « en cours » depuis au moins 7 jours ouvrés (délai paramétrable dans le logiciel). Ces rapports de réclamation sont transmis dans un message SMTP au système « infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI ».**
- **Les accusés de réception des rapports de réclamation : flux émis par le système « infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI » au Poste de Travail des Professionnels de Santé. Ces flux indiquent au Professionnel de Santé que les rapports de réclamation qu'il a émis ont bien été reçus par l'infrastructure d'accueil et transmis au CESI,**
- **Les messages de service :**
 - **Les flux venant du système « infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI » indiquent au Professionnel de Santé que le message SMTP qu'il a transmis comporte des irrégularités au niveau des en-têtes SMTP ou de l'enveloppe des fichiers contenant les rapports de réclamation.**
 - **Les flux venant de l'opérateur de messagerie du réseau SESAM-Vitale indiquent l'indisponibilité momentanée du système « infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI ».**

Par ailleurs, le Professionnel de Santé peut recevoir des flux émis par les réseaux de messagerie (Avis de remise ou de non remise du message par le réseau). Ces flux lui indiquent que le message SMTP qu'il a transmis a été délivré ou non délivré au destinataire.

2.3 Les apports de la version 1.40 de SESAM-Vitale

2.3.1 Les apports fonctionnels

Version 1.40

La version 1.40 de SESAM-Vitale comprend les évolutions fonctionnelles suivantes :

Version 1.40

- les flux de Demandes de Remboursement Electronique (DRE) à destination des AMC avec l'introduction du concept d'opérateur de règlement AMC et l'extension de l'identification de l'adhérent AMC,
- la maîtrise par le Professionnel de Santé des modalités de prise en compte de la part complémentaire au regard des conventions (TP ou HTP, flux électronique ou pas, type de flux électronique),
- les services de tarification de la part complémentaire (modules STS),
- les flux retour transmis par les AMC aux Professionnels de Santé (message de service, ARL, RSP), avec la création d'une nouvelle référence de retour (RSP) commune aux AMO et aux AMC,
- la prise en compte de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et des services de tarification associés (module SRT)²,
- l'acquisition des informations issues de la carte V1 ter, et de tout autre support éventuel,
- la désynchronisation des signatures des FSE et des DRE sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé pour toutes les spécialités de Professionnel de Santé,
- la modification de la sécurisation du mode dégradé (confidentialité et intégrité des données),
- la limite d'utilisation du mode de sécurisation SESAM sans Vitale,
- le signalement de tout forçage des données en carte ou des paramètres sur l'environnement de travail du Professionnel de Santé pour permettre une application éclairée de la garantie de paiement,
- le suivi du Parc des fournitures SESAM-Vitale,

**Version 1.40-
Addendum 1**

- la gestion des bénéficiaires sortants du dispositif de CMU complémentaire,
- l'élaboration et la transmission d'une Feuille de Soins Electronique AT dans le cadre d'une gestion multi-organismes destinataires des risques Maladie et Accident du Travail à partir de la carte Vitale 1 ter,
- la création d'un nouveau message de service dit Accusé de Réception Provisoire,

**Version 1.40-
Addendum 2bis**

- la prise en compte de la Réforme d'Assurance maladie : loi du 13 Août 2004 et de la convention médicale de janvier 2005 :
 - le dispositif Médecin Traitant et la gestion du parcours coordonné de soins,
 - le protocole de soins ALD,
 - de nouvelles majorations,
 - la réglementation concernant les soins ou traitements susceptibles d'un usage détourné,

² La CCAM concerne au démarrage les éditeurs de logiciels à destination des médecins et des chirurgiens-dentistes.

- la mesure facturette du Pharmacien,
- les données associées aux contrats AMC responsables (dits aussi contrats « aidés »).
- la gestion de la nature d'assurance maternité pour le régime RSI (cette gestion est maintenant identique aux autres régimes, cf. Annexe 2),
- la prise en compte des invalides civils ou militaires et des allocataires du Fond de Solidarité Vieillesse du régime RSI dans le cadre de l'alignement des taux de ce régime sur ceux du régime général,
- l'aide à la mise à jour des tables des conventions et des regroupements par la mise à disposition de fichiers normés,

Version 1.40- Addendum 3

- Prise en compte des 4 nouvelles spécialités de médecin suivantes
 - 20 : Réanimation médicale
 - 34 : Gériatrie
 - 79 : Gynécologie obstétrique et gynécologie médicale
 - 80 : Santé publique et médecine sociale

Version 1.40- Addendum 4

- l'assouplissement de la date de référence pour la part complémentaire dans le cas d'une facture en gestion séparée élaborée par un Professionnel de Santé des familles « Pharmaciens », « Fournisseurs » et « Auxiliaires Médicaux »
- l'identification dans la facture des Professionnels de santé par leur n° d'identification nationale RPPS,
- la prise en compte de l'évolution du format des codes CIP (passage de 7 à 13 caractères) et du cadre réglementaire de la traçabilité en matière de médicaments,

Version 1.40- Addendum 6

- l'intégration d'une nouvelle famille de Professionnels appelée « Fournisseurs » délivrant des dispositifs médicaux de la Liste des Produits et Prestations remboursables (LPP), dans le système SESAM-Vitale, permettant à cette famille de professionnels de réaliser et d'émettre des Feuilles de Soins Electroniques (FSE) et des Demandes de Remboursement Electroniques (DRE),
- la gestion des Soins Médicaux Gratuits (SMG),
- la gestion des bénéficiaires disposant d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire (dispositifs « ACS TP Social AMO » et « TPi ACS »),

Version 1.40- Addendum 7 – juillet 2015

- la mise en œuvre de la diversification des tarifs des actes CCAM en fonction de la situation conventionnelle du PS,

- l'ouverture de la CCAM aux Sages-femmes,
- l'évolution de la gestion des remplaçants :
 - ouverture de cette fonctionnalité aux Auxiliaires-médicaux
 - amélioration de cette fonctionnalité pour les Prescripteurs
- l'ajout des nouvelles spécialités de PS suivantes :
 - 53 : Chirurgien dentiste spécialité C.O.
 - 54 : Chirurgien dentiste spécialité M.B.D
 - 69 : Chirurgie orale
- la gestion des APIAS : soins dispensés en milieu civil aux personnels victimes d'une Affection Présumée Imputable Au Service,



A noter que cet addendum intègre également les avenants suivants :

- EV41 : Honoraires de Dispensation
- EV65 : Tiers Payant intégral ACS
- EV68 : Chiffrement de pièces jointes
- EV69 : Rétinopathie Diabétique (dispositif de dépistage de la rétinopathie diabétique en coopération entre l'orthoptiste et l'ophtalmologiste. Ce dispositif est décrit exclusivement dans l'annexe 8)

**Version 1.40-
Addendum 7 –
JUIN 2017**

Intégration des avenants publiés depuis juillet 2015 :

- EV78 : TP-ALD-Mater
- EV79 : Suivi des RSP-580
- AVENANT 10 : TPG : Tiers Payant Généralisé
 - EV84 : Impacts de la PUMA
 - EV85 : Automatisation du tiers payant AMO
 - EV86 : Génération d'un rapport de réclamation
 - EV88 : Contrôle double facturation
 - EV89 : Obligation de la compatibilité LPS-OCT
- AVENANT 11 : Référentiel PS (SPHEV)
- EV91 : Convention médicale 2016
 - AVENANT 12 : Convention médicale 2016 - Tarification NGAP
 - AVENANT 13 : Convention médicale 2016 - Tarification CCAM
- AVENANT 14 : Victimes d'attentat

**Version 1.40 -
Addendum 7 -
Décembre 2018**

- AVENANT 15 : EV96-Convention Pharmaciens 2017 : Honoraires de Dispensation
- AVENANT 16 : EV100-Accidents de droit commun
- AVENANT 18 : EV101-Télémédecine
- AVENANT 19 : EV105-100% Santé
- AVENANT 20 : EV105-CFE
- AVENANT 21 : Maintenance
 - EV83 - Maintenance Réglementaire
 - EV104 - Maintenance Technico-fonctionnelle

**Version 1.40 -
Addendum 8**

La version **1.40 Addendum 8** comprend principalement les évolutions fonctionnelles suivantes :

- EV106 Nouvelles spécialités de Professionnels de Santé
- EV111 Réurbanisation des FSV - fonctions métier
- EV113 Réurbanisation des FSV - fonctions technique
- EV117 : Facturer avec une ApCV

et intègre les avenants suivants :

- AVENANT 22 : EV112-Mesure Génériques
- AVENANT 23
 - EV107 : Adresse DRE via l'Annuaire AMC
 - EV108 : Identifiant AMC sur les attestations AMC harmonisées en GU
- AVENANT 24 : EV115-Évolution de la gestion des indemnités kilométriques pour les infirmiers
- AVENANT 25 : EV116-Accompagnement Téléconsultation
- AVENANT 26 : EV119-C2S-100% Santé 2020
- AVENANT 27 : EV120-Consultations Obligatoires Enfants
- AVENANT 28 : EV124-Actes complexes pour Chirugiens-Dentistes

Mise en œuvre

La mise en œuvre de ces évolutions est facilitée notamment par la présence de données supplémentaires en carte Vitale 1 ter. Le même niveau fonctionnel peut être éventuellement obtenu à partir de l'utilisation d'une carte Vitale 1 bis et d'autres supports.

Le Professionnel de Santé doit disposer de l'ensemble des nouvelles fonctionnalités sur son Poste de Travail. Cependant, le Professionnel de Santé décide de l'activation ou non des services suivants :

- la saisie d'actes CCAM,
- les services de tarification complémentaire STS,
- la liste d'opposition.

2.3.2 Le dispositif Médecin Traitant et la gestion du parcours coordonné de soins

Le dispositif médecin traitant et la gestion du parcours coordonné de soins comprennent :

- la désignation par le patient de son médecin traitant,
- le respect par le patient du parcours de soins sous peine de pénalité de remboursement,
- la possibilité pour le médecin de facturer de nouvelles majorations,
- la possibilité pour le médecin de facturer de nouveaux dépassements.

Désignation du médecin traitant ①

A compter du 1er janvier 2005 les assurés et les ayants droit de 16 ans et plus sont tenus de choisir leur médecin traitant, généraliste ou spécialiste, pour respecter le parcours de soins.

Le bénéficiaire peut consulter un autre médecin, en cas d'indisponibilité de son médecin traitant. Ce dernier agit alors en qualité de médecin traitant. Il est appelé « médecin traitant de substitution ».

Sauf mention contraire, le terme Médecin Traitant regroupe les notions de :

- médecin traitant déclaré,
- nouveau médecin traitant,

ainsi que les situations de remplacement de ces médecins telles que définies au §3.2.1.3 Professionnel de Santé Remplaçant.

Les médecins des centres de santé s'inscrivent dans le dispositif du parcours coordonné de soins.

Respect du parcours de soins

Pour respecter le parcours coordonné de soins, le patient est tenu de consulter son médecin traitant avant de s'adresser à un autre médecin, dit médecin correspondant. ⑧

Le bénéficiaire est dispensé d'orientation par son médecin traitant dans les cas suivants :

- Médecin traitant de substitution, ②
- **Généraliste récemment installé** pour la première fois en libéral, ③
- Médecin nouvellement installé en zone sous médicalisée, ④

- **Accès direct spécifique**
Pour certaines spécialités l'accès direct spécifique est prévu soit pour certains actes uniquement soit en fonction de l'âge du patient. ⑥
En conséquence le Professionnel de Santé doit indiquer s'il s'agit de soins relevant de l'accès direct ou non. Pour cela il sélectionne soit le contexte « Accès Direct Spécifique », soit le contexte « Hors Accès Direct spécifique ». Dans ce dernier cas le bénéficiaire est hors parcours de soins. ⑫
- **Hors résidence** habituelle du patient ⑤
- Médecin du service des armées ⑪
Remarque : le médecin du service des armées agit en tant que salarié et ne facture pas la consultation (cas hors SESAM-Vitale).

Le bénéficiaire peut être orienté vers un autre médecin ⑨ par :

- le Médecin traitant de substitution, ②
- le Médecin du service des armées, ⑪
- le **Généraliste récemment installé** pour la première fois en libéral, ③
- le Médecin nouvellement installé en zone sous médicalisée, ④
- le spécialiste agissant en **Accès direct spécifique** ⑥
- le médecin correspondant ⑧

Dans les autres cas, (hormis s'il est non concerné par le parcours coordonné de soins), le patient est considéré **hors parcours de soins**. ⑩

Cas non concernés par le parcours de soins

Sont non concernés par le parcours coordonné de soins, les cas d'**Urgence** ⑦ et les cas d'exclusion décrits ci-dessous :

Cas d'exclusion :

A partir du 1er juillet 2005, plusieurs cas d'exclusion du parcours coordonné de soins sont prévus en lien avec :

- soit la spécialité du Professionnel de Santé,
Les Professionnels de Santé non médecin ne sont pas concernés par le parcours coordonné de soins. Dans le cadre de SESAM-Vitale, il s'agit des familles pharmaciens, laboratoires, auxiliaires médicaux, fournisseurs et des catégories chirurgiens dentistes, et sages-femmes.
Cependant, les pharmaciens, laboratoires, peuvent renseigner dans la facture des informations en lien avec le parcours coordonné de soins.
- soit les caractéristiques du bénéficiaire,
- soit le contexte de facturation (nature d'assurance et/ou régime gestionnaire),
- soit la nature des soins.

Ces différents cas sont décrits dans l'annexe 2- règle R37.

Pénalités de remboursement

Dans le cas général, la facturation et le remboursement des soins seront différents suivant que le parcours coordonné de soins est respecté ou non.

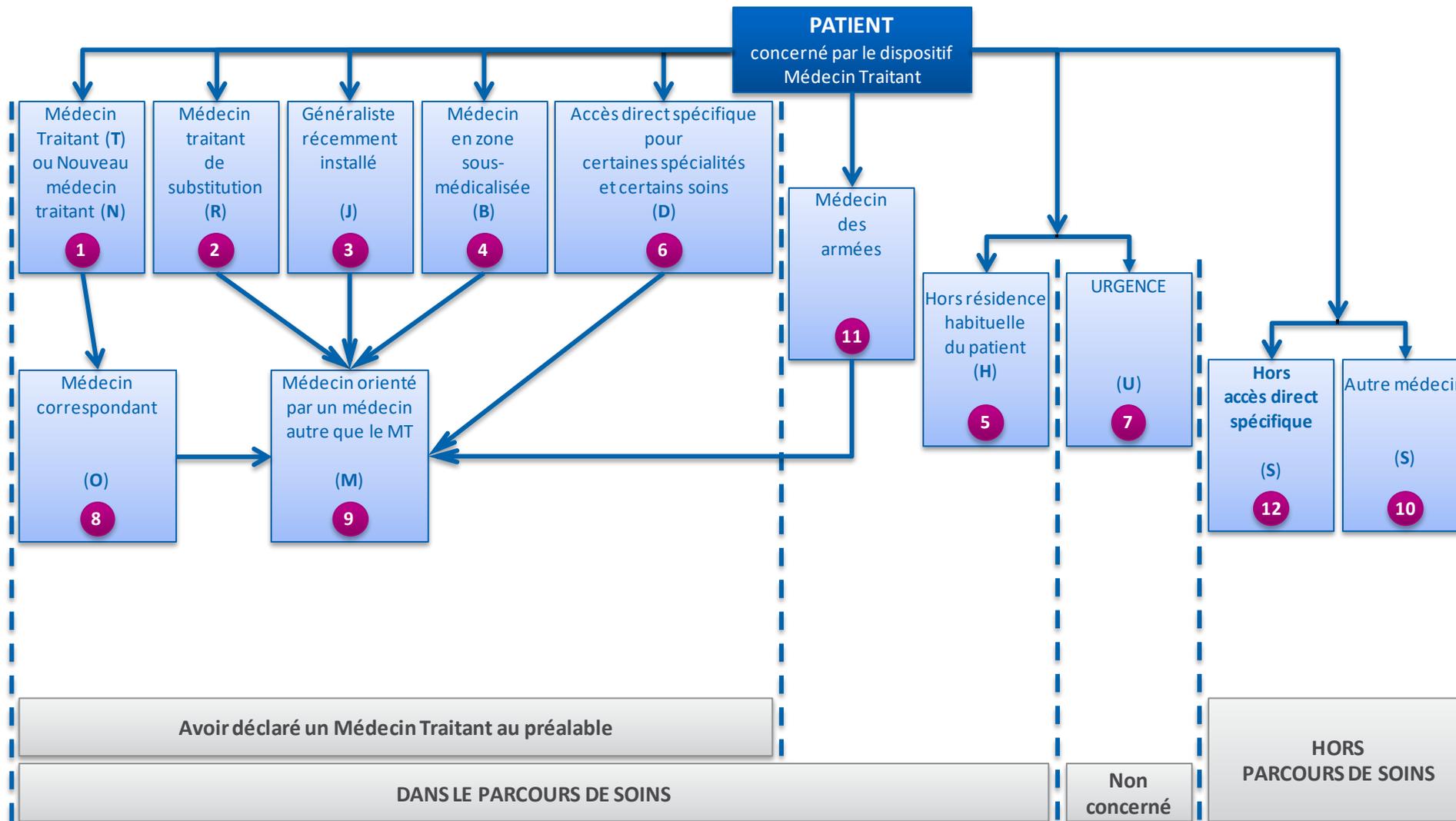
Contrat responsable

Le Contrat responsable est un contrat complémentaire (décret 2005-1226 du 29 septembre 2005) qui prévoit principalement :

- une interdiction de prise en charge
 - de la majoration de participation de l'assuré, et
 - des dépassements d'honoraires sur les actes techniques et cliniques, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.
- une obligation de prise en charge totale ou partielle de certaines prestations :
 - Consultations du médecin traitant, d'un pourcentage minimum du tarif opposable,
 - Médicaments prescrits par le médecin traitant et de ses médecins correspondants directs, d'un pourcentage minimum du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie
 - d'analyses ou de laboratoires prescrits par le médecin traitant, d'un pourcentage minimum du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie.
- une obligation de prise en charge totale de la participation de l'assuré pour un nb minimum de prestations de prévention.

A noter que le respect de ces dispositions conditionne le bénéfice d'exonérations sociales et fiscales mais n'a aucun aspect obligatoire. Cela ne concerne par la totalité des contrats complémentaires.

Le schéma suivant indique le contexte général du dispositif du médecin traitant et du parcours coordonné de soins pour les patients concernés par le dispositif Médecin Traitant.



2.3.3 Les « Fournisseurs » dans SESAM-Vitale

2.3.3.1 Contexte réglementaire

Les prestataires délivrant des dispositifs médicaux et assurant des prestations appelés communément « fournisseurs » représentent une catégorie extrêmement diverse tant au niveau des métiers exercés que des statuts. En revanche le domaine d'intervention est commun et régi par les articles L165-1 à L165-9, R165-1 à R165-30 du Code de la Sécurité Sociale.

Les produits et prestations susceptibles d'être pris en charge par l'Assurance Maladie doivent figurer sur la liste mentionnée à l'article L165-1 et sont pris en charge dans les conditions fixées aux articles R165-1 à R165-30 du Code de la Sécurité Sociale.

2.3.3.2 L'identification du fournisseur

Un numéro d'assurance maladie est attribué au fournisseur. Pour la famille Fournisseur ce numéro n'identifie pas l'individu mais la structure (Personne physique ou morale quel que soit le mode d'exercice : artisan, commerçant, société, association) qui facture à l'Assurance Maladie.

2.3.3.3 Les professionnels concernés

- **Les Professionnel de Santé** : opticiens – audioprothésistes - orthésistes – ocularistes – épithésistes – podo orthésistes – orthoprothésistes
- **Les non Professionnel de Santé** : personnels "compétents" (notamment commerces de matériel médical)
- A côté de ces professionnels il existe généralement dans chaque point de vente **du personnel administratif** lequel pourra être doté de cartes selon sa fonction et son niveau de responsabilité.

2.3.3.4 Les activités du Professionnel Fournisseurs et son code spécialité

2.3.3.4.1 Liste des activités concernées

Suivant l'activité principale de la structure, un code spécialité est attribué au Fournisseurs. Les Titres et chapitres sont des informations venant de la LPP.

Type d'activité du Professionnel	Code spécialité
Société (Titre I, titre II chapitre 4, titre IV)	60
Artisan (Titre I, titre II chapitre 4, titre IV)	61
Association (Titre I, titre II chapitre 4, titre IV)	62
Orthèses (Titre II, chapitre I)	63
Optique médicale (Titre II, chapitre 2)	64
Audioprothèses (Titre II, chapitre 3)	65
Prothèses oculaires et faciales (Titre II, chapitre 5)	66
Podo-orthèses (Titre II, chapitre 6)	67
Ortho prothèses (Titre II, chapitre 7)	68

2.3.3.4.2 Des dispositifs LPP exclus du périmètre SESAM-Vitale

Pour l'intégration des fournisseurs dans SESAM-Vitale sont exclus du périmètre les produits des dispositifs médicaux du titre III (Dispositifs médicaux implantables) : Code prestation : PII et PME.

Pour information :

- Le code prestation PME n'est pas dans le périmètre actuel de SESAM-Vitale.
- Le code prestation PII est déjà dans SESAM-Vitale pour les spécialités pharmaciens, mais reste exclu pour les fournisseurs.

2.3.3.5 Les cartes CPx des Professionnels Fournisseurs

Les Fournisseurs **PS** ont des **CPS**.

Les Fournisseurs **non PS** ont des **CPE nominatives ou anonymes ou des CDE** nominatives (Directeur)

Les CPS, CPE, CDE peuvent signer les factures et/ou les lots suivant les habilitations en carte.



Remarque : Les fournisseurs ne sont pas éligibles à la détention de carte de remplaçant. Ils sont donc hors cadre de la gestion des remplaçants dans le système SESAM-Vitale.

2.3.4 Les Soins Médicaux Gratuits

2.3.4.1 Contexte réglementaire

Depuis la fin de la première guerre mondiale, la France a mis en œuvre un dispositif d'intervention publique permettant d'exprimer la souveraineté nationale et de sauvegarder l'ensemble des intérêts matériels et moraux des anciens combattants et victimes de guerre.

Ce dispositif, fixé par le Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre (CPMIVG), reconnaît un droit à réparation, par l'Etat, aux victimes atteintes d'une infirmité ou d'une maladie résultant de tous faits de guerre et de service.

L'article L115 du CPMIVG dispose que l'Etat doit gratuitement, aux titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du code susvisé, les soins médicaux nécessités par les infirmités qui donnent lieu à pension, en ce qui concerne exclusivement les accidents et complications résultant de la blessure ou de la maladie qui ouvre droit à pension.

L'article L128 du CPMIVG dispose que les titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du code susvisé ont droit aux appareils nécessités par les infirmités qui ont motivé la pension. Les appareils et accessoires sont fournis, réparés et remplacés aux frais de l'Etat tant que l'infirmité en cause nécessite l'appareillage.

L'appareillage est effectué sous le contrôle et par l'intermédiaire de l'Etat. Il est assuré par les centres d'appareillage du ministère des anciens combattants et victimes de guerre.

Le mutilé est comptable de ses appareils qui restent propriété de l'Etat.

Les modalités de l'appareillage sont fixées par instruction ministérielle.

2.3.4.2 Population concernée

Les titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du CPMIVG, résidant en France métropolitaine ou dans les départements et collectivités d'outre mer, bénéficient des soins médicaux gratuits.

La population est composée :

- d'anciens combattants y compris anciens appelés,
- de militaires ou anciens militaires, les étrangers ayant servi dans l'armée française,
- de supplétifs de l'armée ayant effectué leur service durant les conflits mondiaux ou coloniaux (tirailleurs marocains, algériens, tunisiens..) dans des unités régulières,
- de victimes civiles de la guerre (exemple : déportés, internés), dont les victimes d'actes de terrorisme (VAT) commis depuis le 1er janvier 1982, auxquelles la loi N° 90-86 du 23 janvier 1990 confère la qualité de victime civile de guerre. Cela concerne les ressortissants français et étrangers victimes d'actes de terrorisme perpétrés sur le territoire français, ainsi que les ressortissants français victimes d'actes de terrorisme perpétrés à l'étranger. Pour les VAT, le bénéfice de la législation de l'article L115 résulte d'un choix.
- de militaires et réservistes en activité, dont le code constitue le dispositif du droit à réparation et de la prise en charge des soins nécessités par les blessures, infirmités, accidents et maladies imputables à l'activité de service.

2.3.4.3 Professionnel de Santé concernés

Tous les Professionnels de Santé identifiés comme intégrés au périmètre du Cahier des Charges SESAM-Vitale (cf. Annexe 1-A0 § 2.2) sont émetteurs potentiels de flux en rapport avec les SMG, qu'ils exercent en centres de santé ou non.

2.3.4.4 Remboursement des soins

Le remboursement des SMG se fait sur la base du tarif conventionnel de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), sans application du ticket modérateur (100% du TRSS).

Les actes soumis à entente préalable en assurance maladie sont soumis à la procédure d'accord préalable au titre des SMG dans les mêmes conditions.

Il existe cependant des situations particulières qui impliquent un remboursement des prestations selon un mode différent de celui appliqué en assurance maladie.

Dans ces cas, le Professionnel de Santé adresse à la CNMSS une demande de prise en charge. Celle-ci est toujours requise avant la facturation.

2.3.4.5 La procédure de Demande de Prise en charge SMG

Cette procédure est réservée en principe aux cas suivants :

- **Prestations non remboursables ou déremboursées** et dans le cadre des Soins Médicaux Gratuits, tout acte **hors nomenclature ou non remboursable** ou tout médicament non remboursable ou déremboursé doit faire l'objet d'une demande de prise en charge.

- **Prestations pouvant être prises en charge à un tarif supérieur au TRSS.**
L'accord préalable doit permettre une prise en charge AMO supérieure au TRSS assurance maladie. Le système de facturation devra donc permettre la prise en charge au titre des SMG de la différence entre le TRSS et le montant accordé par l'accord préalable SMG.

Ainsi, cette procédure est applicable :

- à tous les actes et prestations pour prise en charge d'un tarif supérieur au TRSS.
- aux prothèses dentaires réalisées par un chirurgien-dentiste ou un médecin réalisant des soins dentaires dans le cadre des Soins Médicaux Gratuits.
- aux médicaments non remboursables ou déremboursés
- aux prestations jamais couverts par le régime de base mais pris en charge dans le cadre des SMG. (Exemples : couches, ostéopathie ...). Ce type de prestation est identifié par le Professionnel de Santé dans la facture sous le code prestation SGS.

La facturation correspondante est réalisée par le Professionnel de Santé uniquement après réception de l'accord de prise en charge.

Cet accord de prise en charge mentionne un montant total de prise en charge que le Professionnel de Santé devra saisir lors de la facturation.

A un accord de prise en charge correspond une seule facture et inversement, une facture couvre une seule prise en charge. Il convient donc pour le Professionnel de Santé de facturer : d'une part les actes soumis à accord de prise en charge et d'autre part les actes non soumis à cet accord.



Cas particulier des Propharmaciens

Les Professionnels de Santé propharmaciens peuvent être amenés à dispenser à la fois des actes professionnels et à délivrer des prestations sanitaires ou médicaments.

Dans ce cas où un accord de prise en charge est nécessaire à la fois pour les actes professionnels et pour les médicaments, le propharmacien établit 2 demandes de prise en charge distinctes, l'une pour les actes professionnels, l'autre pour les médicaments.

2.3.4.6 La procédure d'Entente Préalable

Dans le cadre des SMG la procédure de demande d'accord préalable met en œuvre les mêmes règles de gestion que la procédure de l'entente préalable en assurance maladie

La demande d'Entente préalable et la demande de prise en charge relèvent du même processus: le Professionnel de Santé fait toujours une seule demande : la demande d'Entente préalable est inutile lorsqu'il y a une demande de prise en charge, celle-ci en tient lieu.

Ainsi, une prise en charge SMG peut comprendre des prestations soumises à Entente Préalable.

2.3.5 Les apports techniques

La version 1.40 comprend les apports techniques suivants :

- le chiffrage de pièce jointe,

- la compression et la décompression des messages,
- les consignes pour éviter les doublons de facture,
- la mise à jour des composants SESAM-Vitale,
- l'ouverture de la facturation SESAM-Vitale aux lecteurs PC/SC et les nouveaux mécanismes de sécurisation,
- l'authentification de la carte Vitale sur le poste du Professionnel de Santé si celle-ci est une carte Vitale 2.

Comme pour le socle fonctionnel 1.40 addendum n°6, SESAM-Vitale garantit le fonctionnement uniquement sur des lecteurs 3.00 et supérieur.

2.4 Les évolutions du système

Ce chapitre a pour objet de présenter aux éditeurs de logiciels d'une part les évolutions prévues à court terme et d'autre part d'informer les éditeurs sur les nouvelles orientations à venir modifiant la conception du système.

Évolutions à court terme

La présente version du Cahier des Charges sera complétée ultérieurement par :

- l'extension de la liste d'opposition à tous les Professionnels de Santé et l'opposabilité de cette liste d'opposition à tous les Professionnels de Santé,
- la fourniture d'une boîte à outils permettant aux éditeurs de développer une solution autonome de mise à jour des fournitures SESAM-Vitale,
- l'utilisation de la carte Navette comme média de transmission des éléments de facturation entre le préleveur et le laboratoire d'analyses de biologie médicale,
- Le Projet de réforme consistant à remplacer les dates à prendre en compte pour déterminer la base et le taux de remboursement des soins effectués par un Professionnel de Santé par une seule et unique date de référence.

Ce projet de réforme exclut la ~~Couverture Maladie Universelle Complémentaire~~ Complémentaire Santé Solidaire (CMU-C) (C2S).

Le Cahier des Charges précise dans l'annexe 2 que la date à prendre en compte est identifiée par l'une des règles T1, T3.1, T1 bis, T3.1bis, T1ter ou T3.1ter. Le projet de réforme permettra de simplifier ces règles.

A ce jour, la date « unique » n'est pas encore fixée. Cependant, il est nécessaire de prévoir cette évolution par un paramétrage de ces dates sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé afin de faciliter la mise en œuvre de cette réforme sur le terrain.

Évolutions à moyen terme

Dans le but notamment d'alléger le travail des éditeurs ainsi que d'accéder à des services en ligne, d'autres évolutions sont prévues à moyen terme.

Sont prévus :

- un module complet de tarification de la part obligatoire,
- des modules de tarification complémentaire évoluant vers l'accès à des services distants (accès à des droits, calcul de tarifs).

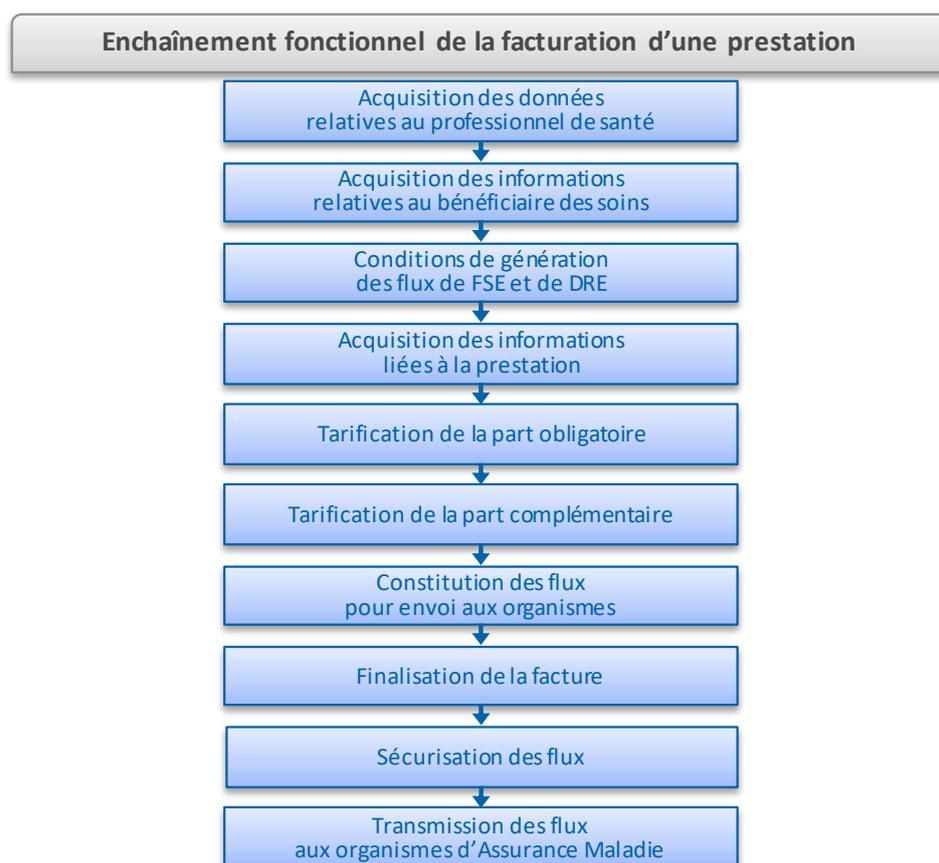
3 Description fonctionnelle de SESAM-Vitale

Ce chapitre décrit les fonctions de la version 1.40 du système de facturation du Poste de Travail du Professionnel de Santé.

Elles sont les suivantes :

- ~~la consultation des données de la carte Vitale,~~
- l'acquisition des données du bénéficiaire des soins à partir des différents supports disponibles (support Vitale, ADR, attestations,...),
- la dématérialisation de la facture en tiers payant ou hors tiers payant chez le Professionnel de Santé tant pour la part obligatoire que pour la part complémentaire,
- le traitement des retours,
- l'administration du système SESAM-Vitale : suivi de parc et mise à jour du Poste de Travail ; la liste d'opposition.

La participation du Poste de Travail du Professionnel de Santé à ces fonctions est décrite dans le chapitre 4.



La dématérialisation des factures consiste à collecter l'ensemble des informations de facturation (acquisition des données relatives au Professionnel de Santé, au bénéficiaire des soins, des données liées à la prestation...) et à procéder au calcul des montants des parts obligatoire et/ou complémentaire. Lorsque la phase de tarification est terminée, les FSE et/ou DRE sont élaborées sur cette base commune.

3.1 Lecture de la carte Vitale

La lecture de la carte Vitale doit être permise aux professionnels de Santé indépendamment de la réalisation d'une facture.

3.2 Facturation d'une prestation sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé

3.2.1 Acquisition des informations liées au Professionnel de Santé

Les informations liées au Professionnel de Santé concernent :

- les informations d'identification du Professionnel de Santé,
- les situations d'exercice et de facturation du Professionnel de Santé.

La Carte de Professionnel de Santé impose que le code porteur soit fourni pour la lecture des situations d'exercice et de facturation du Professionnel de Santé.

RPPS

Le projet de Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) vise à créer un répertoire des Professionnels de Santé libéraux et salariés afin de :

- simplifier les démarches administratives des Professionnels de Santé, avec un guichet unique,
- identifier les Professionnels de Santé d'une manière pérenne et nationale,
- identifier le rattachement du Professionnel de Santé à sa structure,
- améliorer la connaissance et le suivi de l'activité des prescripteurs.

L'identifiant pérenne et unique est le N°RPPS, sur 10 caractères (plus une clé de Luhn).

Actuellement les praticiens salariés ne sont pas identifiés dans les fichiers de l'Assurance Maladie, seuls les établissements sont répertoriés (n° FINESS).

Si les praticiens hospitaliers constituent la cible prioritaire en terme d'identification au RPPS, il n'en demeure pas moins qu'à terme, tous les Professionnels de Santé seront identifiés au RPPS.

Le système SESAM-Vitale évolue donc afin d'être prêt à recevoir et transporter dans la facture, non seulement le n°RPPS du prescripteur, mais aussi de l'exécutant dès lors que cette information figurera dans sa CPS.

Cependant, à ce jour, le Professionnel de Santé exécutant conserve son numéro d'identification de facturation fourni par l'Assurance Maladie, et ce numéro reste utilisé pour la facturation.

3.2.1.1 Médecin propharmacien

L'implémentation par les éditeurs de la fonctionnalité « propharmacien » est optionnelle.

Les Professionnels de Santé propharmaciens peuvent, à partir de leur environnement de travail, indiquer dans la facture les actes servis et les médicaments délivrés.

Le Professionnel de Santé peut réaliser au domicile de l'assuré une facture comportant des actes pharmaceutiques (PH1, PH4, PH7, ...) sans renseigner le code affiné associé (code CIP).

Le renseignement du code affiné est obligatoire pour les médicaments délivrés au cabinet du Professionnel de Santé.

3.2.1.2 Professionnel de Santé Remplaçant

La situation de remplacement fait l'objet d'un mode de fonctionnement spécifique.

La gestion des remplaçants est spécifiée dans ce Cahier des Charges uniquement pour les catégories de Professionnels de Santé Prescripteurs, Pharmaciens et Auxiliaires Médicaux.

Les données du Domaine de l'Assurance Maladie (DAM) de la CPS du Professionnel de Santé remplacé doivent être copiées sur son Poste de Travail.

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, le Professionnel de Santé remplaçant hérite de tous les paramètres du médecin remplacé.

Le Professionnel de Santé remplacé et le Professionnel de Santé remplaçant sont identifiés dans les flux électroniques créés par le remplaçant.

La facture est élaborée à partir des données de facturation du Professionnel de Santé remplacé et de la CPS du Professionnel de Santé remplaçant.

3.2.1.3 Centre de Santé

Pour les Centres de Santé, les informations conventionnelles contenues dans le Domaine de l'Assurance Maladie (DAM) de la CPS sont banalisées. En conséquence, les informations conventionnelles à prendre en compte sont celles qui sont contenues sur le Poste de Travail ou sur des serveurs ce qui nécessite leur paramétrage préalable.

3.2.1.4 Médecin traitant

Pour respecter le parcours coordonné de soins et ainsi conserver le même niveau de remboursement par leur régime obligatoire, les bénéficiaires de 16 ans et plus sont tenus de désigner un médecin traitant à leur caisse d'assurance maladie. Ils peuvent en changer à n'importe quel moment et désigner ainsi un « nouveau médecin traitant ».

Le médecin traitant est soit un généraliste, soit un spécialiste.

Le médecin traitant est choisi sans limitation de durée. Il assure le premier niveau de recours aux soins, et si nécessaire oriente son patient vers un autre médecin, dit « médecin correspondant ».

Par ailleurs la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 laisse la possibilité aux parents de désigner un médecin traitant pour leurs enfants, néanmoins cette déclaration pour les enfants de moins de 16 ans n'est pas obligatoire et ils restent non concernés par le Parcours de Soins.

Lorsque le bénéficiaire consulte son médecin traitant, et lorsqu'il est adressé par ce dernier vers un médecin correspondant (qui peut à son tour l'adresser à un autre médecin), il est dit « dans le parcours coordonné de soins ».

Dans le cas contraire, il est dit « hors parcours coordonné de soins ». Sauf exception (cf. Annexe 2), son remboursement par le régime obligatoire est alors réduit.

Si une prescription est faite par le médecin traitant ou son médecin correspondant, son exécution chez certains professionnels exécutants entraîne une prise en charge spécifique par les contrats complémentaires responsables (dits aussi « contrats aidés »).

3.2.1.5 Contrat Tarifaire PS



Convention médicale 2005

La convention médicale de janvier 2005 a introduit l'option conventionnelle de coordination. Elle était ouverte aux médecins généralistes et spécialistes :

- du secteur I avec droit permanent au dépassement,
- du secteur II.

Le médecin s'engageait alors, pour les patients qui lui étaient adressés par le médecin traitant ou un médecin orienteur, à appliquer pour les actes cliniques, le tarif conventionnel et à limiter les dépassements sur les actes techniques.



Convention médicale 2011

L'avenant 8 à la convention médicale du 26 juillet 2011 introduit la mise en place d'un Contrat d'Accès aux Soins pour les médecins de secteur 2 et les médecins de secteur 1 DP (droit à dépassement permanent) et supprime l'option de coordination.

Ce nouveau contrat a pris effet au 1er décembre 2013.

Certains médecins de secteur 1 peuvent également adhérer au CAS. Pour autant, ils bénéficient automatiquement, du fait de leur secteur conventionnel, des modalités auxquelles le CAS ouvre droits.

Le Contrat d'accès aux Soins couvre a minima ce que prévoyait l'option de coordination du Parcours de Soins.



Convention médicale 2016

Un des objectifs de la convention médicale 2016 est de poursuivre la maîtrise des dépassements d'honoraires et améliorer l'accès aux soins, en rénovant le contrat d'accès aux soins (CAS) mis en place dans le cadre de l'avenant 8 de la précédente convention.

A compter du 1^{er} janvier 2017, l'OPTAM (Option Pratique TARifaire Maitrisée) et l'OPTAM-CO (Option Pratique TARifaire Maitrisée pour les Chirurgiens – Obstétriciens) remplacent le Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

L'OPTAM & l'OPTAM-CO relèvent de principes communs au CAS.

Ces options concernent les médecins de secteur 2 ou secteur 1 DP. Par exception, elles concernent également par dérogation les médecins en secteur 1 installés avant le 1er janvier 2013 et qui disposent des titres pour accéder au secteur 2.

L'OPTAM peut être souscrite par tous les médecins quelle que soit leur spécialité.

L'OPTAM CO peut être souscrite par les médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou une spécialité de gynécologie obstétrique ayant réalisé au moins 50 actes sous l'appellation "acte de chirurgie" ou "acte d'obstétrique" dans l'année précédente. Pour les médecins nouveaux installés ce seuil ne s'applique pas.

3.2.1.6 Professionnel de Santé Prescripteur

Outre les Professionnel de Santé de la famille « Prescripteurs » (cf. Annexe1-A0), les autres familles de Professionnels de Santé peuvent également prescrire dans les limites de la réglementation en vigueur.

Un suivi des prescriptions exécutées en ville est mis en place, en particulier pour les prescriptions issues des prescripteurs salariés des hôpitaux publics, mais aussi pour celles de tout autre prescripteur dès lors que les informations nécessaires figurent sur l'ordonnance.

L'objectif est d'obtenir, à la source, lors de l'exécution de la prescription, les informations d'identification des professionnels prescripteurs et leur condition d'exercice.

Le terme « prescription » doit être pris au sens large c'est-à-dire tous types de prescriptions : pharmacie mais aussi actes par auxiliaires médicaux, laboratoire, radios, articles de la LPP ...

L'exécutant de la prescription (hospitalière ou non) doit pouvoir renseigner, dans sa facture, les informations d'identification du prescripteur et ces données devront être véhiculées dans les flux SESAM-Vitale.

Le prescripteur est identifié par son n° RPPS, et éventuellement le n° de structure dans laquelle il exerce, i.e. dans laquelle la prescription a été établie.

3.2.1.7

Fournisseurs

Pour les professionnels de la famille Fournisseurs lors de l'élaboration d'une facture, le système de facturation doit utiliser les informations conventionnelles (informations relatives à la situation conventionnelle, à la spécialité, à la zone tarifaire et aux indemnités kilométriques) contenues sur le Poste de Travail.

En effet, en dehors du numéro de facturation et des habilitations de signature, les informations, dans le Domaine de l'Assurance Maladie (DAM) de la CPS restituées par la lecture de la carte CPx ne sont pas significatives.

3.2.2

Acquisition des informations liées au bénéficiaire des soins

Les informations liées au bénéficiaire des soins concernent les informations :

- de sa situation au regard du remboursement de la part obligatoire,
- de sa situation au regard du remboursement de la part complémentaire.

Les informations d'identification sont acquises à partir d'un des supports Vitale : la carte Vitale ou l'ApCV.

Les informations de droits sont acquises à partir des données :

- de la carte Vitale (uniquement si le support Vitale est la carte Vitale),
- du service ADR,
- ou de tout autre support éventuel.

Si la date de fin de validité de la carte Vitale est dépassée ou si la carte n'est pas valide (non authentifiée par exemple), le Professionnel de Santé ne dispose d'aucune information issue de la carte.

3.2.2.1

Situation du bénéficiaire au regard du remboursement de la part obligatoire

Acquisition des informations avec la carte Vitale

L'acquisition des informations du bénéficiaire s'effectue à partir :

- de la carte Vitale, en fonction de la date de consultation (selon spécifications décrites dans les annexes 1 et 2),
- ou du service ADR.

Le Professionnel de Santé identifie le bénéficiaire des soins pour lequel la facture est élaborée.

Le progiciel détermine le support de droits AMO retenu pour élaborer la facture : service ADR ou carte Vitale.

Les données concernant la part obligatoire acquises avec le service ADR prévalent sur les informations issues de la carte Vitale et de tout autre support **de droits** (hors réglementation AT).

Les droits utilisés pour réaliser la facture, issus du service ADR, sont utilisés en annule et remplace des droits lus en carte Vitale, car les données issues d'ADR sur la part obligatoire se substituent complètement à celles de Vitale. Le progiciel ne doit pas panacher les droits AMO issus du service ADR avec les droits issus d'un autre support **de droits**, la carte Vitale comprise.

Acquisition des informations avec l'ApCV

En présence d'une ApCV, le progiciel utilise le service de demande d'authentification de l'utilisateur de l'ApCV pour acquérir un contexte ApCV.

Le Professionnel de Santé identifie le bénéficiaire des soins.

L'acquisition des informations de droits du bénéficiaire des soins s'effectue avec le service ADR.

Les droits AMO issus du service ADR ne doivent pas être panachés avec les droits issus d'un autre support de droits.

Accident de travail

Le Professionnel de Santé peut réaliser une feuille de soins électronique sécurisée (sous certaines conditions, Cf. Annexe 2) lorsque les soins sont consécutifs à un accident de travail et que la victime fournit au Professionnel de santé la feuille d'Accident du Travail ou de Maladie Professionnelle (dénommée feuillet AT) et éventuellement les éléments permettant d'identifier l'organisme gérant le risque AT.

Le Professionnel de Santé peut donc réaliser une FSE sécurisée pour des soins consécutifs à un accident de travail avec le risque AT, à partir des informations issues du support de droits AMO, du feuillet AT complété éventuellement d'une attestation d'affiliation/appartenance à une caisse gestionnaire de l'AT, d'un courrier de la caisse ou de la déclaration de la victime.

Si plusieurs AT sont présents dans le support de droits AMO, le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de sélectionner l'AT concerné en fonction des éléments fournis par la victime.

A défaut d'informations précises fournies par la victime et si la caisse gestionnaire du risque AT est indiquée dans le support de droits AMO, c'est cette dernière qui doit être prise en compte.

- Dans le cas où l'AT ou les informations d'identification de la caisse gestionnaire du risque AT, fournies par la victime diffèrent des informations contenues dans le support de droits AMO, le Professionnel de Santé peut réaliser une feuille de soins en mode SESAM Vitale dégradé (en cas de télémedecine, **hors prestations d'accompagnement à la téléconsultation**, le mode de sécurisation dégradé est interdit, dans ce cas, le mode Sesam sans Vitale doit être utilisé).

- Dans le cas où aucune information permettant d'identifier la caisse gestionnaire du risque AT ne serait fournie par la victime, le Professionnel de Santé réalise soit une FSE au risque AT, soit une feuille de soins papier selon que le régime accepte de recevoir des FSE AT adressées à l'organisme maladie issu du support de droits AMO.

Les données des tables 11.x de l'annexe 2 de ce Cahier des Charges sont susceptibles d'évoluer, l'éditeur doit rendre ces tables les plus évolutives possibles.

Cas des APIAS

La nature d'assurance AT permet notamment de gérer la facturation des soins dispensés en milieu civil aux militaires victimes d'une Affection Présumée Imputable Au Service (APIAS).

L'ensemble des règles concernant les accidents du travail sont valables pour les APIAS.

Cependant, la réglementation applicable aux APIAS diffère en partie de la réglementation « accidents du travail » de droit commun. En conséquence, certaines règles peuvent présenter un cas particulier à appliquer en contexte APIAS.

Le contexte APIAS est caractérisé par l'élaboration de la facture en nature d'assurance « Accident du Travail » et pour le régime CNMSS (code régime de l'organisme gestionnaire de l'AT = 08).

Dans ce contexte, le PS renseigne systématiquement le montant total de prise en charge de la facture au titre des APIAS.



Le montant total de prise en charge de la facture au titre des APIAS correspond au montant total remboursable au titre des APIAS. Il n'induit pas nécessairement un échange formel avec la CNMSS.

L'appréciation de ce montant est effectuée par le Professionnel de Santé, la plupart du temps sans échange avec la CNMSS.

Les cas nécessitant un échange avec la CNMSS correspondent à la réglementation du code des pensions militaires dont un résumé se trouve sur le site de la CNMSS.

Si ce montant est supérieur à la prise en charge au titre des AT de droit commun, il est nécessaire d'ajouter dans la facture la prestation de supplément APIAS (code prestation DAT) pour couvrir cette différence de prise en charge.

Cette prestation DAT est automatiquement générée par le LPS.

Maternité

En assurance maternité tous les frais médicaux remboursables (consultations, frais pharmaceutiques, examens de laboratoire, ...) sont pris en charge à 100 %, dans la limite des tarifs de base de l'Assurance Maladie à partir du premier jour du sixième mois de grossesse.

Cette prise en charge à 100 % se poursuit jusqu'au douzième jour après l'accouchement.

En conséquence, la facturation de ces soins est demandée sous la nature d'assurance « maternité ».

La nature d'assurance maternité est déterminée par le Professionnel de Santé.

Dans certaines situations le contexte de maternité peut être détecté par le progiciel (cf. Annexe1-A0 – Groupe 1512)

En assurance maternité, le Professionnel de Santé doit proposer le tiers payant sur la part obligatoire, le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance des frais.

Les droits des bénéficiaires à l'Assurance Maladie Obligatoire

La lecture de la carte Vitale apporte au Professionnel de Santé les informations sur les droits de l'assuré et de ses ayants droit.

L'acquisition des droits en ligne avec le service ADR apporte au Professionnel de Santé les informations sur les droits du bénéficiaire des soins uniquement.

Droits de base

Suivant les dispositions législatives liées à la Couverture Maladie Universelle (loi n°99-641 ; Art 5) : « Une personne ne peut perdre le bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité que si elle cesse de remplir la condition de résidence [...] ou si elle est présumée absente dans les conditions prévues par l'article 112 du code civil. ». Il n'y a plus lieu de tenir compte de l'information « date de fin de droits AMO » éventuellement inscrite en carte Vitale pour apprécier le droit aux prestations AMO.

Ce principe ne vaut que pour les droits de base de l'AMO.

Tiers payant AMO

Cas général :

Le Professionnel de Santé doit accorder à l'assuré l'avance de frais (également dénommé tiers payant) sur la part obligatoire dans la mesure où le Bénéficiaire des Soins est identifié avec un support Vitale la carte Vitale, ce dernier pouvant la refuser.

Cas particuliers : bénéficiaires « autre situation de migrant » et adhérents au Régime de la Caisse des Français à l'étranger

Ces bénéficiaires ne sont pas concernés par cette obligation de tiers payant AMO si leur date de fin de droits AMO est dépassée.

Cas particulier : tiers payant réglementaire

Dans certains cas prévus par la réglementation, le Professionnel de Santé est tenu de proposer l'avance de frais à l'assuré, celui-ci pouvant la refuser.

Ces cas de tiers payant réglementaire sont identifiés par la règle R29 de l'annexe 2.

Autre situation de tiers payant

Ces situations de tiers payant AMO ne préjugent en rien de l'existence d'autres situations de tiers payant issues d'accords conventionnels AMO/AMC/PS qui ne sont pas décrites dans le présent Cahier des Charges.

Accès du bénéficiaire au tiers payant AMO

Pour les Professionnels de Santé Pharmaciens :

Afin d'inciter les bénéficiaires à mettre à jour leur carte Vitale, l'accès au tiers payant AMO est limité en fonction de la date de fin de droits AMO ; la mise à jour de la carte Vitale a pour effet, notamment, la prolongation des droits AMO en carte.

Le Professionnel de Santé peut toutefois accorder le tiers payant au-delà de la date de fin de droits AMO, notamment en cas d'obligation réglementaire du tiers-payant (cf. Annexe2). Cet accord entraîne alors un forçage de la facture.

Pour les Professionnels de Santé hors Pharmaciens :

L'accès au tiers payant AMO n'est pas limité en fonction de la date de fin de droits AMO, hormis pour les bénéficiaires « autre situation de migrant » ainsi que pour les adhérents du régime de la Caisse des Français à l'Etranger.

Pour les bénéficiaires « autre situation de migrant » ainsi que pour les adhérents du régime de la Caisse des Français à l'Etranger, le Professionnel de Santé peut toutefois accorder le tiers payant au-delà de la date de fin de droits AMO entraînant alors un forçage de la facture.

Droits éventuels à exonération

Les informations relatives à une exonération de ticket modérateur issue du support de droits AMO ne sont accessibles qu'aux Professionnels de Santé, aux établissements de santé. Cet accès requiert l'emploi d'une Carte de Professionnel de Santé (CPS, CPE, CDE, CPF).

Les droits à exonération du ticket modérateur à prendre en compte sont nécessairement ceux issus du support de droits AMO et en vigueur à la date des soins ou à la date de prescription (cf. annexe 2).

Le Professionnel de Santé peut accepter de procéder au tiers payant et réaliser une FSE dans la limite :

- de validité des droits d'exonération issus du support de droits AMO du patient,
- de l'accès au tiers payant tel que défini plus haut.

L'AMO s'engage, sous des conditions définies par voie conventionnelle, à rembourser le Professionnel de Santé sur la base des droits inscrits dans la carte quelle que soit la situation réelle du bénéficiaire à cet égard.

Protocole de Soins ALD

Le protocole de soins ALD contient et prévoit les soins requis pour la pathologie concernée.

Le Professionnel de Santé le consulte en complément du support de droits AMO.

Les bénéficiaires de ce protocole sont concernés par les dispositions liées au parcours de soins mais dispensés d'orientation explicite dès lors que les soins sont conformes au protocole.

Pour les soins conformes à ce protocole, le Professionnel de Santé doit proposer le tiers payant sur la part obligatoire, le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance des frais.

Soins Médicaux Gratuits

Supports justificatifs du bénéfice des SMG

Le bénéficiaire des soins fournit :

- au Professionnel de Santé prescripteur l' « attestation de droits aux Soins Médicaux Gratuits », et la « Fiche Descriptive des Infirmités donnant droit aux Soins Médicaux Gratuits »
- au Professionnel de Santé exécutant, l'ordonnance mentionnant le rapport des soins avec les infirmités ayant donné lieu à pension.

Aucune autre pièce ne doit être demandée à l'assuré dans le cadre de l'exécution de cette ordonnance.

A partir des informations contenues sur ces supports, le Professionnel de Santé identifie les droits aux SMG et établit la relation des soins avec les infirmités ayant donné lieu à pension.

Droits aux SMG

Dans le cadre des SMG, les droits aux SMG sont justifiés par la production soit de l'attestation et de la fiche descriptive des infirmités donnant droit aux SMG, soit de l'ordonnance mentionnant le rapport des soins avec les infirmités ayant donné lieu à pension.

Ainsi l'appréciation des droits aux SMG n'est pas réalisée par un contrôle des droits de base AMO issus du support de droits AMO.

Accès au tiers payant AMO

L'accès au tiers payant est justifié par le choix du contexte SMG par le Professionnel de Santé.

Le bénéficiaire des soins peut refuser la dispense d'avance des frais proposée par le Professionnel de Santé.

Par ailleurs, la part remboursable AMO sera facturée par le Professionnel de Santé en tiers payant AMO à chaque fois que c'est possible.

3.2.2.2

Situation du bénéficiaire au regard du remboursement de la part complémentaire

Les informations nécessaires à la prise en compte de la part complémentaire (informations d'identification, de tarification et de routage) sont soit issues de la carte Vitale, soit issues du service ADR, soit issues ou saisies par le Professionnel de Santé à partir d'un support de droits AMC (attestation papier, carte AMC ou information permettant de se connecter à un serveur....).

Tout support de droits complémentaires, présenté ou choisi par le bénéficiaire des soins, prévaut sur le contenu complémentaire de la carte Vitale ou de la réponse du service ADR.

Si le progiciel a récupéré les données complémentaires d'un organisme en gestion unique du service ADR, ces informations acquises priment sur les données complémentaires en gestion unique de la carte Vitale ou d'un fichier patient.

Si le patient présente ou choisit un support **de droits** d'une complémentaire différente de la réponse du service ADR ou de la carte Vitale, le progiciel doit effacer les données complémentaires précédemment issues de la réponse du service ADR ou de la carte Vitale et reprendre le processus d'acquisition des données à partir du support **de droits** présenté. Dans cette hypothèse, aucune des données précédemment acquises ne doit être utilisée.

Date de référence part complémentaire pour le contrôle des droits

La date à prendre en compte pour déterminer l'ouverture des droits est identique à celle utilisée pour appliquer la tarification et la réglementation AMO (les règles de détermination de la date à prendre en compte pour la tarification de la part complémentaire sont identiques à celles définies dans l'annexe 2 du Cahier des Charges servant à déterminer le taux de remboursement pour la part AMO).



Cas particulier des Professionnels de la Santé de la famille « Pharmaciens », « Fournisseurs » ou « Auxiliaires Médicaux en cas de traitements en série » :

Dans le cas où la part complémentaire est transmise directement à l'organisme complémentaire (par une DRE ou par une FSE pour éclatement par un OCT) :

- La date utilisée pour le contrôle de l'ouverture des droits sur la part complémentaire est par défaut la date d'exécution de l'acte (date de délivrance pour les médicaments, date de délivrance ou de début de location pour les dispositifs médicaux, date d'exécution de chaque acte en cas de traitement en série).
- Le Professionnel de Santé de la famille « Pharmaciens » « Fournisseurs » ou « Auxiliaires Médicaux » en cas de traitements en série doit pouvoir sélectionner une autre date : la date de prescription ou la date de facturation. Cette sélection, peu fréquente, ne constitue pas un forçage (pas d'indicateur de forçage positionné dans la facture).

Ces règles s'appliquent pour les factures élaborées en Tiers Payant ou en hors Tiers Payant.

« Réponse de prise en charge » sur la part complémentaire

La « réponse de prise en charge » complémentaire ne constitue pas un support de droits, mais est une information supplémentaire. Lorsqu'elle est positive (accord de prise en charge), la « réponse de prise en charge » garantit le remboursement par un organisme d'Assurance Maladie Complémentaire, sauf élément contraire dans la convention signée entre le Professionnel de Santé et l'organisme complémentaire.

En présence d'une « réponse de prise en charge » positive, le Professionnel de Santé renseigne la référence de la « réponse de prise en charge » présente sur ce support.

3.2.2.3 Parcours coordonné de soins

Saisie des informations liées au dispositif médecin traitant et parcours coordonné de soins

Les tarifications du régime obligatoire et du régime complémentaire sont liées au parcours coordonné de soins et utilisent des informations saisies par le Professionnel de Santé. Celles-ci sont selon le cas :

- Existence d'un médecin traitant,
Cette information est disponible, à titre informatif, au niveau du support de droits AMO du bénéficiaire des soins.
- Facture élaborée,
 - par le médecin traitant,
 - par le nouveau médecin traitant,
 - en accès direct spécifique,
 - en urgence,
 - hors résidence habituelle du patient,
 - par un généraliste récemment installé,
 - par un médecin installé en zone sous médicalisée,

- par un médecin traitant de substitution (médecin traitant remplacé),
- par un médecin correspondant,
- par un médecin pour un bénéficiaire orienté (par un autre médecin que le médecin traitant),
- en hors accès direct spécifique,
- hors parcours de soins,
- Nom et prénom du médecin ayant orienté (cas d'orientation),
- Prescription établie,
 - par le médecin traitant,
 - par le médecin correspondant,
 - dans le respect du parcours (autre que par le médecin traitant et le médecin correspondant),
 - hors parcours de soins.

Majorations de coordination

Un médecin consulté dans le respect du parcours coordonné de soins est autorisé sous certaines conditions à facturer une majoration de coordination, prise en charge par le régime obligatoire. (cf. Annexe 2)

Dépassements

Le non respect du parcours coordonné de soins par le patient autorise les médecins spécialistes³ de secteur I à pratiquer le « Dépassement Autorisé » (DA), qui n'est pas couvert par le régime obligatoire.

Part obligatoire

Le non respect du parcours coordonné de soins par le patient conduit à un remboursement réduit de la part de son régime obligatoire.

Part complémentaire

D'une manière générale, un contrat d'assurance maladie complémentaire peut tenir compte du parcours de soins pour le calcul des remboursements.

Les contrats d'assurance maladie complémentaire qui relèvent du dispositif « contrats responsables » (dits aussi « contrats aidés ») tiennent compte du dispositif du parcours coordonné de soins pour le calcul de la part complémentaire.

3.2.2.4 Règles d'application de la garantie de paiement

AMO

Pour les AMO, cette notion est introduite dans la réglementation par le décret Vitale (Art. R 161.33.8) qui permet aux organismes servant des prestations au titre d'un régime de base d'assurance maladie, en cas de tiers payant, de calculer les sommes dues au Professionnel de Santé sur la base des informations figurant en carte et selon les modalités fixées par convention.

La garantie de paiement s'applique uniquement pour les factures sécurisées en mode SESAM-Vitale (cf. chapitre sur la sécurisation des flux SESAM-Vitale).

³ Les médecins spécialistes sont définis dans le paragraphe 6 Glossaire

La garantie de paiement s'applique lorsque le Professionnel de Santé utilise les données contenues dans la carte Vitale **sans les modifier**, et si la carte Vitale n'est pas en opposition dès lors que des conventions ont été conclues avec les Professionnels de Santé dans ce sens.

Ainsi, toute modification d'une des données de la carte Vitale par le Professionnel de Santé entraîne de fait la non application de la garantie de paiement. L'acte de modifier la valeur d'une des données de la carte Vitale est désigné par le terme de « forçage ».

Ce principe est susceptible de s'étendre selon les accords conventionnels aux référentiels de tarification.

AMC

Pour les AMC, de manière générale, l'application de la garantie de paiement est fonction des conventions signées entre le Professionnel de Santé et l'AMC.

3.2.2.5 **Élaboration d'une FSE dans le cadre de prestations liées à la contraception des mineures**

Délivrance de Contraceptif d'urgence

Lors de la délivrance du contraceptif d'urgence à une mineure, le Professionnel de Santé réalisera une Feuille de Soins Electronique comportant :

- le code CIP du produit de contraception d'urgence,
- un NIR fictif, afin d'assurer la confidentialité du bénéficiaire : 2 55 55 55 xxx 041, où xxx représente le numéro de la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM) de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie,
- la clé du NIR, calculée à partir du NIR fictif,
- la date de naissance, renseignée soit avec la date de naissance du bénéficiaire (si elle accepte de la communiquer), soit avec la date de naissance fictive (09012002);
cette date correspond au premier jour du premier mois de l'année en cours diminuée de 16 ans.),
- un numéro fictif de prescripteur (yy199999 où yy représente le numéro du département du lieu d'implantation de la pharmacie),
- la clé du numéro d'identification du prescripteur calculée à partir du numéro fictif,
- une date de prescription correspondant à la date de délivrance du contraceptif d'urgence.

Cette FSE est sécurisée en mode SESAM sans Vitale.

Cette FSE sera transmise directement à la CPAM (régime 01) de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie.

Elle est prise en charge à 100% par l'AMO : pour cela le Professionnel de Santé renseigne le code justificatif d'exonération à la valeur 7 : « Soins dispensés en risque maladie et exonérés dans le cadre d'un dispositif de prévention ».

Délivrance de Contraceptif hors urgence

Lors de la délivrance à une mineure d'un contraceptif autre que le contraceptif d'urgence, le Professionnel de Santé réalisera une Feuille de Soins Electronique comportant :

- code CIP : le code CIP du produit de contraception,
- NIR :
 - soit le NIR de la bénéficiaire, si celle-ci ne souhaite pas bénéficier de la confidentialité ; dans ce cas la FSE est réalisée suivant le fonctionnement nominal (cf. § 4.2.1.1) et donc transmise à l'organisme de rattachement de la bénéficiaire ;
 - soit un NIR fictif, afin d'assurer la confidentialité de la bénéficiaire.
Dans ce cas :
 - le NIR prend la valeur 2 55 55 55 xxx 042, où xxx représente le numéro de la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM) de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie ;
 - la clé du NIR est calculée à partir du NIR fictif,
 - la FSE sera transmise directement à la CPAM (régime 01) de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie
 - la FSE est sécurisée en mode SESAM sans Vitale,
- date de naissance : la date de naissance exacte du bénéficiaire (renseignée à partir de la prescription),
- informations prescripteur : renseignées à partir de la prescription (pas de spécificité).

Cette délivrance doit faire l'objet d'une facturation isolée des autres produits éventuellement mentionnés sur la prescription.

Elle est prise en charge à 100% par l'AMO : pour cela le Professionnel de Santé renseigne le code justificatif d'exonération à la valeur 3 : « Soins Particuliers Exonérés ».

Le Professionnel de Santé est tenu d'appliquer le tiers payant. Le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance de frais.

Examens médicaux

L'article 64 de la LFSS 2016 supprime la participation de l'assuré pour les frais relatifs aux consultations et examens de laboratoires établis en vue d'une prescription contraceptive pour les mineures **d'au moins 15 ans**.

Le détail des actes concernés est visé aux articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1 du code de la Sécurité Sociale.

*Examens médicaux relatifs à la contraception des mineures **d'au moins 15 ans***

Lors de la facturation d'examens médicaux relatifs à la contraception des mineures **d'au moins 15 ans**, le médecin, la sage-femme ou l'infirmier réalisera une Feuille de Soins Electronique comportant :

- NIR :

- soit le NIR de la bénéficiaire, si celle-ci ne souhaite pas bénéficier de la confidentialité ; dans ce cas la FSE est réalisée suivant le fonctionnement nominal (cf. §3.5 et § 4.2.1.1) et donc transmise à l'organisme de rattachement de la bénéficiaire ;
- soit un NIR fictif, afin d'assurer la confidentialité de la bénéficiaire.
Dans ce cas :
 - le NIR prend la valeur **2 55 55 55 xxx 042**, où xxx représente le numéro de la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM) de rattachement du PS ;
 - la clé du NIR est calculée à partir du NIR fictif,
 - la FSE sera transmise directement à la CPAM (régime 01) de rattachement du PS ;
 - la FSE est sécurisée en mode **dégradé**,
- date de naissance : la date de naissance exacte du bénéficiaire.

Ces examens doivent faire l'objet d'une facturation isolée d'autres examens non relatifs à la contraception des mineures **d'au moins 15 ans**.

Ces examens médicaux sont pris en charge à 100% par l'AMO : pour cela le PS renseigne le code justificatif d'exonération à la valeur **3** : « **Soins Particuliers Exonérés** », hormis pour les soins pris en charge de base à 100% (exemple : consultation CCP).

Le PS est tenu d'appliquer le tiers payant. Le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance de frais.

Examens de biologie médicale relatifs à la contraception des mineures **d'au moins 15 ans**

Lors de la facturation d'examens de biologie médicale relatifs à la contraception des mineures **d'au moins 15 ans**, le laboratoire réalisera une Feuille de Soins Electronique comportant :

- NIR :
 - soit le NIR de la bénéficiaire, si celle-ci ne souhaite pas bénéficier de la confidentialité ; dans ce cas la FSE est réalisée suivant le fonctionnement nominal (cf. §3.5 et § 4.2.1.1) et donc transmise à l'organisme de rattachement de la bénéficiaire ;
 - soit un NIR fictif, afin d'assurer la confidentialité de la bénéficiaire.
Dans ce cas :
 - le NIR prend la valeur **2 55 55 55 xxx 042**, où xxx représente le numéro de la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM) de rattachement du laboratoire ;
 - la clé du NIR est calculée à partir du NIR fictif,
 - la FSE sera transmise directement à la CPAM (régime 01) de rattachement du laboratoire ;
 - la FSE est sécurisée en mode **SESAM sans Vitale**,
- date de naissance : la date de naissance exacte du bénéficiaire (renseignée à partir de la prescription),
- informations prescripteur : renseignées à partir de la prescription (pas de spécificité).

Ces examens doivent faire l'objet d'une facturation isolée des autres examens de biologie éventuellement mentionnés sur la prescription.

Ces examens sont pris en charge à 100% par l'AMO : pour cela le PS renseigne le code justificatif d'exonération à la valeur **3** : « **Soins Particuliers Exonérés** ».

Le PS est tenu d'appliquer le tiers payant. Le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance de frais.

Eléments paramétrés

Les éléments suivants sont contenus sur les postes de travail ou serveurs, ce qui nécessite un paramétrage préalable :

- le NIR fictif et sa clé,
- le numéro de prescripteur fictif et sa clé,
- la date de naissance fictive (modifiable si la mineure accepte de la communiquer),
- l'identifiant de la caisse de rattachement du Professionnel de Santé (CPAM de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie).

3.2.2.6 Situations Particulières

La date de référence prise en compte par le Professionnel de Santé pour déterminer une situation particulière est celle utilisée pour appliquer la tarification et la réglementation AMO (les règles de détermination de la date de référence sont identiques à celles définies dans l'annexe 2 du Cahier des Charges servant à déterminer le taux de remboursement pour la part AMO).



Cas particulier des prestations pharmaceutiques et des dispositifs de la LPP pour les droits à la C2S CMU-C et à l'ACS :

Pour la C2S CMU-C et l'ACS, en ce qui concerne les prestations pharmaceutiques et les dispositifs de la LPP, il convient de retenir la date de délivrance comme date de référence (cf. § 4.2.1.3.3).



Remarque : Le contexte SMG est prioritaire sur toute situation particulière du bénéficiaire des soins.

3.2.2.6.1 Bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire Santé Solidaire (C2S)

Conformément aux dispositions législatives (article L. 160-1 du CSS et suivants) la protection universelle maladie (PUMA) permet à toute personne travaillant ou, lorsqu'elle n'exerce pas d'activité professionnelle, résidant en France de manière stable et régulière, de bénéficier, en cas de maladie ou de maternité, de la prise en charge de ses frais de santé dans les conditions prévues par les textes.

Par ailleurs, les dispositions législatives de protection complémentaire en matière de santé (article L. 861-1 du CSS et suivants) offrent aux personnes dont les revenus sont inférieurs à un seuil déterminé par décret, une protection complémentaire sans contrepartie contributive, pendant un an renouvelable : la complémentaire santé solidaire (C2S).

Cette C2S peut également être accordée aux personnes dont les ressources se situent entre le plafond de la CMU-C et ce plafond majoré de 35%, en contrepartie d'une participation financière qui varie en fonction de l'âge. Cette protection est également accordée pendant 1 an renouvelable.

Conformément aux dispositions législatives (loi n° 99-641) la Couverture Maladie Universelle (CMU) permet :

- d'affilier à un régime d'Assurance Maladie Obligatoire les personnes qui ne disposent d'aucune couverture de base (Cf. § - Les droits des bénéficiaires à l'Assurance Maladie Obligatoire) et,
- d'offrir aux personnes dont les revenus sont inférieurs à un seuil déterminé par décret, une protection complémentaire sans contrepartie contributive, pendant un an renouvelable. A ce titre, la personne bénéficie en particulier de la dispense d'avance des frais.

Cette prestation complémentaire La protection complémentaire en matière de santé peut être servie à l'assuré soit par sa caisse d'Assurance Maladie Obligatoire, soit par un organisme complémentaire de son choix référencé sur une liste gérée par le fonds de la complémentaire santé solidaire et disponible auprès de sa caisse de rattachement.

Le Professionnel de Santé ne peut appliquer de dépassement tarifaire pour les actes dispensés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire du droit à la CMU complémentaire, sauf en cas d'exigence particulière du patient auquel cas le bénéficiaire de la C2S peut perdre le bénéfice de sa couverture complémentaire (des dispositions spécifiques sont prévues pour les prothèses dentaires et les lunettes).

Le dépassement autorisé « DA » n'est pas autorisé pour les patients bénéficiaires du droit à la CMU complémentaire.

Pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ne respectant pas le parcours coordonné de soins, les médecins spécialistes peuvent pratiquer le dépassement autorisé « DA ». Ce dépassement reste en totalité à la charge du bénéficiaire (il n'est pas pris en charge par la complémentaire santé solidaire).

Le Professionnel de Santé doit :

- identifier que le bénéficiaire des soins est couvert par un contrat de complémentaire santé solidaire CMU Complémentaire (C2S CMU-C),
- proposer d'appliquer le tiers payant sur la part AMO et la part complémentaire. Le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance des frais.
- saisir le tarif applicable dont il a été informé par les caisses (tarif de responsabilité, c'est-à-dire sans dépassement) sauf :
- respecter les montants maximums de facturation (sans dépassement) sauf :
 - exigence particulière du patient,
 - pour les médecins spécialistes, quand le parcours coordonné de soins n'est pas respecté,
 - dans le cas de dispositions réglementaires particulières prévues pour les chirurgiens-dentistes et les et les audioprothésistes opticiens notamment.

L'éditeur doit s'assurer que la prise en compte du tarif applicable du montant maximum et que de la dispense d'avance de frais correspondante est possible (sans blocage par le progiciel).

Accord sur devis pour les régimes obligatoires

Dans le cadre de la **CMU-C-C2S**, des devis peuvent être établis (en optique **et dentaire** notamment). Ces devis peuvent donner lieu à accord ou refus de prise en charge. Dans le cas d'un accord de prise en charge, le devis envoyé au bénéficiaire des soins, l'informe du montant pris en charge au titre de la **CMU-C C2S**.

Les devis **CMU-C-C2S** ne comportent pas de référence de prise en charge.

Dans ce contexte le renseignement de la référence de la « réponse de prise en charge » est facultatif.

« Réponse de prise en charge » sur la part complémentaire

Le renseignement de la référence de la « réponse de prise en charge » est obligatoire.

3.2.2.6.2 **Sortants de Complémentaire Santé Solidaire (C2S) CMU Complémentaire**

L'article L. 861-12 du CSS prévoit : « À l'expiration de son droit à la protection complémentaire en matière de santé, toute personne en ayant bénéficié auprès d'un organisme mentionné au b de l'article L. 861-4 peut bénéficier auprès de cet organisme, pour une période d'un an, d'un contrat conforme aux règles définies à l'article L. 871-1, pour un tarif dont le montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en fonction de l'âge du bénéficiaire. (...)».

Ces personnes ont également droit au tiers payant sur la part obligatoire sur cette période.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 prévoit dans son article 38 l'insertion suivante à l'article L 861-3 du code de la sécurité sociale :

« Les personnes dont le droit aux prestations définies aux cinq premiers alinéas du présent article vient à expiration bénéficient, pour une durée d'un an à compter de la date d'expiration du droit, de la procédure de dispense d'avance de frais prévue à l'alinéa précédent pour la part de leurs dépenses prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité ».

La loi CMU (loi n°99-641 du 27/07/1999) prévoit au I de l'article 23 :

« Après l'article 6 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, il est inséré un article 6-1 ainsi rédigé :

A l'expiration de son droit aux prestations définies à l'article L 861-3 du code de la Sécurité Sociale, toute personne ayant bénéficié de la prise en charge prévue au b de l'article L 861-4 de ce code reçoit de l'organisme auprès duquel elle bénéficiait de cette prise en charge la proposition de prolonger son adhésion ou son contrat pour une période d'un an, avec les mêmes prestations et pour un tarif n'excédant pas un montant fixé par arrêté ».

Dans tous les cas, le Professionnel de Santé doit :

- identifier le bénéficiaire comme « sortant de **C2S CMU Complémentaire** » à partir des éléments suivants : carte Vitale, service ADR, attestation AMO.
- **proposer d'**appliquer le tiers payant sur la part obligatoire, le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance des frais.

Le Professionnel de Santé peut appliquer un tiers payant sur la part complémentaire si le bénéficiaire des soins justifie des droits au tiers payant complémentaire et si une convention de tiers payant existe entre le Professionnel de Santé et l'Assurance Maladie Complémentaire. Le Professionnel de Santé doit pouvoir identifier les droits au regard de l'Assurance Maladie Complémentaire, à partir de tout support de droits AMC, dans le cas où cet organisme n'est pas identifié dans le support de droits AMO.

3.2.2.6.3 Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire

L'article 56 de la Loi du 13 août 2004 prévoit pour les personnes dont les revenus dépassent le plafond de la CMU-C de moins de 15% un droit à une aide à l'acquisition d'une complémentaire (ACS).

L'article L.863-6 du code de la sécurité sociale modifié par l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit une mise en concurrence des organismes complémentaires proposant une couverture santé aux bénéficiaires de l'ACS.

Le décret n° 2014-1144 du 8 octobre 2014 relatif à la mise en concurrence des organismes complémentaires proposant une couverture santé aux bénéficiaires de l'ACS, fixe les conditions dans lesquelles l'Etat pourra sélectionner les contrats éligibles à l'aide (contrats complémentaires ACS encadrés A, B ou C suivant les niveaux de garanties).

En conséquence, les spécificités du système de facturation pour ces bénéficiaires sont les suivantes :

Paramétrage initial du dispositif

Dans le cas d'un bénéficiaire de l'ACS ayant souscrit un contrat complémentaire ACS encadré, le Professionnel de Santé hors opticien et audioprothésiste, doit faire le choix du Tiers-payant AMC selon la procédure standard SESAM-Vitale ou bien du Tiers-payant coordonné par l'AMO. Il garde cependant la possibilité de modifier son choix à tout moment lors de l'élaboration de la facture.

Le Professionnel de Santé doit :

- identifier la situation du bénéficiaire des soins au regard de l'ACS, à partir des éléments suivants : carte Vitale, service ADR, attestations AMO ..., c'est-à-dire:
 - soit le bénéficiaire de l'ACS n'a pas souscrit de contrat complémentaire ;
 - soit le bénéficiaire de l'ACS a souscrit un contrat complémentaire non encadré ;
 - soit le bénéficiaire de l'ACS a souscrit un contrat complémentaire encadré (ACS A, ACS B, ACS C).

- appliquer le Tiers-payant sur la part Obligatoire et/ou sur la part Complémentaire en fonction :
 - de sa spécialité ;
 - des prestations délivrées ;
 - et de la situation du bénéficiaire au regard de l'ACS ;
- Le bénéficiaire des soins peut refuser la dispense d'avance des frais.

Spécialité du Professionnel de Santé	Prestations	Situation du bénéficiaire au regard de l'ACS	Part Obligatoire	Part Complémentaire	
			TP AMO	TP AMC	Dispositif de TPi, selon paramétrage initial
Médecin	Toutes	Bénéficiaire de l'ACS n'ayant pas souscrit de contrat complémentaire	Le PS doit proposer le TP Social AMO ⁽¹⁾	Sans objet	Sans objet
Tous PS hors médecin			Le PS peut proposer le TP AMO		
Médecin		Bénéficiaire de l'ACS ayant souscrit un contrat complémentaire non encadré	Le PS doit proposer le TP Social AMO ⁽¹⁾	Le PS peut proposer le TP AMC, selon la convention 1.40	Sans objet
Tous PS hors médecin			Le PS peut proposer le TP AMO		
Tous PS hors opticien et audioprothésiste	Hors prestations d'optique et d'audioprothèse	Bénéficiaire de l'ACS, ayant souscrit un contrat complémentaire ACS encadré	Le PS doit proposer le TP AMO ⁽¹⁾	Le PS doit proposer le TP AMC ⁽¹⁾	TPi ACS - Procédure standard SESAM-Vitale Ou TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO
	Prestations d'optique et d'audioprothèse		Le PS doit proposer le TP AMO ⁽¹⁾	Le PS doit proposer le TP AMC, selon la convention 1.40 ⁽¹⁾	TPi ACS - Procédure standard SESAM-Vitale
Opticien et audioprothésiste	Toutes		Le PS doit proposer le TP AMO ⁽¹⁾	Le PS doit proposer le TP AMC, selon la convention 1.40 ⁽¹⁾	Sans objet

⁽¹⁾ si la facture est élaborée avec la nature d'assurance « Maladie » ou « Maternité ».

Le dispositif « TPI ACS : Paiement coordonné par l'AMO » :

- n'est pas autorisé pour les opticiens et audioprothésistes ;
- n'est pas autorisé pour les prestations d'optique et d'audioprothèse ;
 - dans ces situations, seule la procédure standard SESAM-Vitale est possible.
- est limité aux niveaux de garanties fixés dans le décret. Si le contrat complémentaire ACS encadré prévoit des garanties supérieures, alors le tiers-payant coordonné AMO ne pourra être réalisé que sur la base des niveaux prévus dans le décret,
 - dans ce cas, le Reste à Charge (RAC) à l'assuré est calculé à partir des garanties du contrat A, B ou C fixées dans le décret, et non à partir du niveau de garanties précisé sur le support de droits AMC.
- est à l'initiative du PS par rapport à la procédure standard SESAM-Vitale par paramétrage initial sur le LPS.

Dans le cadre de la procédure standard SESAM-Vitale, le tiers payant s'applique sur le niveau de garanties précisé sur le support de droits AMC.

3.2.2.6.4 Aide médicale d'Etat

Le Professionnel de Santé peut élaborer une FSE dans le cadre de l'aide médicale d'Etat.

Il doit appliquer le tiers payant sur la part AMO et la part complémentaire. Le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance des frais.

- **AME**

Les personnes bénéficiaires de l'**AME** ne sont pas concernées par le dispositif médecin traitant et le parcours coordonné de soins.

Ces personnes ne possèdent pas de carte Vitale **mais** uniquement une attestation de droits AME (Attestation d'admission à l'aide médicale de l'Etat). La procédure dégradée doit donc être utilisée (sauf en cas de facturation d'actes de télémédecine autres que des prestations d'accompagnement à la téléconsultation où le mode de sécurisation dégradé est interdit, la procédure Sesam sans Vitale doit donc être appliquée).

Le Professionnel de Santé médecin doit identifier que le bénéficiaire des soins est bénéficiaire de l'AME à partir des éléments suivants : service ADR et/ou attestation de droits AME (Attestation d'admission à l'aide médicale de l'Etat).

3.2.2.6.5 Migrants de passage

Il s'agit de ressortissants étrangers pris en charge par le régime général pendant un séjour temporaire et uniquement dans le cas où il existe une convention bilatérale entre la France et le pays d'origine.

Ces personnes sont identifiées par un NIR ayant une structure spécifique.

Elles ne sont pas détentrices d'une carte Vitale, la procédure dégradée doit donc être utilisée (sauf en cas de facturation d'actes de télémédecine autres que des prestations d'accompagnement à la téléconsultation où le mode de sécurisation dégradé est interdit, la procédure Sesam sans Vitale doit donc être appliquée). De plus, les migrants dits de passage ne sont pas concernés par le dispositif Médecin traitant et le parcours coordonné de soins.

3.2.2.6.6 Autre situation de migrant

Il s'agit d'assurés avec des droits de base AMO limités et possédant une carte Vitale.

3.2.2.6.7 Victime d'Attentat

Depuis la LFSS pour 2016, les personnes blessées ou impliquées dans un acte de terrorisme bénéficient de la dispense d'avance des frais pour les hospitalisations, actes, prestations et consultations liés à des actes de terrorisme, dans la limite des tarifs de responsabilité de l'assurance maladie.

En modifiant l'article L. 169-8, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a étendu le tiers-payant aux dépassements.

Si les soins sont en lien avec des actes de terrorisme, le Professionnel de Santé, au vu de l'attestation de prise en charge des victimes d'attentat, indique que la facture concerne la situation particulière « Victime d'Attentat ».

En cas de situation « Victime d'Attentat », celle-ci prime sur les autres.

En conséquence, les règles liées aux autres situations particulières « CMU-C C2S », « Sortant CMU-C C2S », « ACS », « AME » et « Migrants » seront ignorées pour l'ensemble du processus de facturation en cas de situation « Victime d'Attentat ».

3.2.3 Conditions de génération des flux de FSE et DRE

3.2.3.1 Les documents donnant lieu à dématérialisation

Le système SESAM-Vitale permet de dématérialiser les documents papier suivants :

- la feuille de soins médecin,
- la feuille de soins chirurgien-dentiste,
- la feuille de soins sage-femme,
- la feuille de soins pharmacien,
- la feuille d'honoraires d'actes de biologie médicale,
- la feuille de soins des auxiliaires médicaux,
- la feuille de soins fournisseurs,
- la facture subrogatoire,
- le feuillet Accident du Travail (sous certaines conditions ; cf. annexe 2),
- le guide de maternité (sous certaines conditions ; cf. annexe 2),
- le carnet de soins gratuits SMG.

Les principes de dématérialisation de ces documents sont conformes à la réglementation⁴ et aux accords conventionnels.

⁴ Il s'agit du décret relatif aux documents ouvrant droit aux prestations de l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale et le code de la santé publique. Les articles mentionnés dans le présent document font référence à ce décret.

3.2.3.2 Principes d'élaboration des flux

Lorsque le Professionnel de Santé réalise une FSE et une DRE, les deux factures sont établies sur la base des mêmes informations ce qui en garantit la cohérence.

Les informations nécessaires au remboursement de la part obligatoire sont transmises dans la FSE.

Les informations nécessaires au remboursement d'une éventuelle part complémentaire sont transmises, en fonction des conditions de génération des flux, soit dans la DRE, soit dans la FSE.

La somme des montants des parts obligatoire et complémentaire doit être inférieure ou égale à la dépense réelle.

Date de fin de validité du contexte ApCV

Si la date de fin de validité du contexte ApCV est dépassée, le Professionnel de Santé ne peut pas réaliser de flux signé avec l'ApCV.

ApCV en opposition

La validité d'un contexte ApCV vaut pour contrôle d'opposition de l'ApCV liée à ce contexte ApCV. L'utilisation de la liste d'opposition n'est donc pas nécessaire à l'usage d'une ApCV.

Date de fin de validité de la carte Vitale

Si la date de fin de validité de la carte Vitale est dépassée, le Professionnel de Santé ne peut pas réaliser de flux signé avec la carte Vitale (cf. chapitre 3.4.1.2 – Dysfonctionnements).

Carte Vitale en opposition

Si la carte Vitale est en opposition, le Professionnel de Santé ne peut produire ni FSE ni DRE.

Ce chapitre concerne actuellement la catégorie des Professionnels de Santé dont la convention précise l'utilisation de cette liste (Pharmacien PH).

La mise en œuvre, éventuellement avec des procédures adaptées, de la liste d'opposition, pourra être étendue à terme à l'ensemble des Professionnels de Santé en fonction de conventions signées avec l'Assurance Maladie.

Activation de la liste d'opposition :

Le Professionnel de Santé décide de l'activation ou de la désactivation du service d'opposition sur son Poste de Travail.

Dès l'activation du service de la liste d'opposition par le Professionnel de Santé sur son Poste de Travail, celui-ci doit être alerté dans le cas de non réception. cf. *Annexe 6*.

3.2.3.3 Conditions d'élaboration des parts obligatoire et complémentaire

3.2.3.3.1 Conditions d'élaboration de la part obligatoire

L'élaboration de la part obligatoire doit être conforme à la réglementation.

3.2.3.3.2 Conditions d'élaboration de la part complémentaire

Les conditions d'élaboration de la part complémentaire sont les suivantes :

- l'assuré a fourni les éléments nécessaires et suffisants à la prise en compte de la part complémentaire,
- le Professionnel de Santé a signé une convention avec un organisme gérant la part complémentaire,
- le Professionnel de Santé accepte de générer une part complémentaire en tiers payant ou en hors tiers payant à destination de l'organisme concerné,
- le Professionnel de Santé a réalisé un acte non remboursable AMO ou un acte non remboursé dans sa totalité par l'AMO.

3.2.3.4 Les différents types des flux (FSE et DRE)

Le Professionnel de Santé peut procéder à la constitution :

- **D'un flux « FSE sans DRE »** dans deux cas de figure :
 - Cas d'une FSE comportant uniquement les données nécessaires au remboursement de la part obligatoire, cas où :
 - les prestations n'ont pas de part complémentaire remboursable,
 - l'assuré ne cotise pas à un AMC ou ne fait pas état de son contrat avec la complémentaire,
 - les AMC ne peuvent pas recevoir de DRE ou ne souhaitent en recevoir que dans certaines configurations de traitement (indicateur de traitement AMC),
 - le Professionnel de Santé n'a pas de convention avec l'AMC,
 - le Professionnel de Santé ne souhaite pas envoyer de DRE.
 - Cas d'une FSE comportant les données nécessaires au remboursement de la part obligatoire et de la part complémentaire, cas où :
 - les AMO gèrent les parts obligatoire et complémentaire (en direct, par convention de gestion) et le Professionnel de Santé a signé une convention avec les organismes concernés,
 - les AMC gèrent les parts obligatoire et complémentaire (en direct, par délégation de gestion) et le Professionnel de Santé a signé une convention avec l'organisme concerné,
 - le Professionnel de Santé est lié contractuellement à un OCT qui se charge de l'éclatement des FSE et le Professionnel de Santé a signé une convention avec l'organisme couvrant la part complémentaire.

NB : la FSE peut éventuellement ne comporter que des données nécessaires au remboursement de la part complémentaire pour des actes qui ne sont remboursables que sur la part complémentaire.

- **De flux « FSE et DRE »** : c'est le cas d'une prestation dont la part obligatoire fait l'objet d'une FSE, et pour laquelle il reste une part complémentaire à rembourser par un AMC, et où les conditions sont remplies pour l'envoi d'une DRE. La DRE est adressée directement à l'AMC. Les deux flux peuvent également être adressés à un OCT qui les transmettra aux organismes concernés.

Les AMO et les AMC sont respectivement informés de l'éclatement des flux.

- **D'un flux « DRE sans FSE »** : lorsque le Professionnel de Santé réalise une prestation dont la part complémentaire est facturée seule ou lorsqu'une prestation est non remboursable par un AMO, mais prise en charge par un AMC.
- **De flux « DRE d'annulation »** : lorsqu'un Professionnel de Santé annule sa facture porteuse d'une part complémentaire transmise dans une DRE initiale ou dans une FSE contenant les informations relatives à la part complémentaire pour éclatement par un OCT. L'envoi de la DRE d'annulation est à l'initiative du Professionnel de Santé.

3.2.3.5 Constitution des flux (FSE et DRE)

3.2.3.5.1 Constitution des FSE

3.2.3.5.1.1 Conditions de la création de la FSE

Les FSE sont élaborées conformément aux dispositions réglementaires.

Pour générer une FSE contenant une part complémentaire, les éléments suivants doivent être réunis :

- le Professionnel de Santé respecte les conditions d'élaboration de la part complémentaire décrites précédemment,
- le Professionnel de Santé accepte de générer une FSE (tiers payant ou hors tiers payant) contenant les informations relatives à la part complémentaire.

Le Professionnel de Santé peut réaliser une FSE contenant une part complémentaire dans deux situations :

- dans le cas où les données relatives aux parts obligatoire et complémentaire sont transmises au même organisme destinataire (convention de gestion ou délégation de gestion) et le Professionnel de Santé a signé une convention de transmission de FSE avec l'organisme concerné,
- dans le cas où le Professionnel de Santé délègue l'éclatement des FSE à un OCT et a signé une convention avec l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire concerné.

3.2.3.5.1.2 Principes de la création de la FSE

Les éléments constitutifs de la FSE sont créés sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé à partir :

- d'informations définies réglementairement. Il s'agit :
 - des informations d'identification, de situations d'exercice et de facturation du Professionnel de Santé contenues dans la Carte du Professionnel de Santé et/ou sur son Poste de Travail,
 - des informations **identifiant le** d'identification du bénéficiaire, issues du support **Vitale de droits AMO**,
 - des informations **identifiant la** d'identification de la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire dont dépend le bénéficiaire, issues du support **Vitale de droits AMO**,
 - des droits à l'Assurance Maladie Obligatoire du bénéficiaire, issus du support de droits AMO,
 - des informations saisies par le Professionnel de Santé,

- des données relatives à l'Aide Médicale d'Etat présentes sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé et/ou acquises avec le service ADR,
- de l'application de la réglementation,
- de l'application des règles de tarification de l'Assurance Maladie.
- d'informations définies conventionnellement. Il s'agit des données relatives à la (aux) convention(s) qui lie(nt) le Professionnel de Santé aux organismes d'Assurance Maladie Obligatoire.
- éventuellement d'informations liées à la part complémentaire. Il s'agit :
 - d'informations contenues dans la carte Vitale, issues du service ADR (uniquement la gestion unique), ou tout autre support de droits AMC identifiant l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire,
 - des données relatives à la (aux) conventions qui li(ent) le Professionnel de Santé aux organismes gérant à la fois les parts obligatoire et complémentaire,
 - lorsque le Professionnel de Santé utilise les services d'un OCT pour l'éclatement des FSE, des données relatives d'une part aux conventions qui li(ent) le Professionnel de Santé aux AMC et d'autre part aux accords contractuels avec l'OCT,
 - des droits à l'Assurance Maladie Complémentaire du bénéficiaire,
 - des conditions de constitution de la part complémentaire dans la FSE,
 - de l'application des règles de la tarification des organismes d'Assurance Maladie Complémentaire en cas de tiers payant sur la part complémentaire.

3.2.3.5.2 Constitution des DRE

3.2.3.5.2.1 Conditions de création de la DRE

Pour générer une DRE sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé, tous les éléments suivants doivent être réunis :

- le Professionnel de santé respecte les conditions d'élaboration de la part complémentaire décrites précédemment,
- l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire concerné a opté pour l'éclatement des flux à la source pour le type de service retenu par le Professionnel de Santé (TP ou HTP, CMU-C2S),
- le Professionnel de Santé a signé une convention de transmission de DRE avec l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire concerné,
- le Professionnel de Santé accepte de générer une DRE en tiers payant ou en hors tiers payant à destination de l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire concerné,
- le Professionnel de Santé n'utilise pas les services d'un OCT pour l'éclatement des FSE.

3.2.3.5.2.2 Principes de la création de la DRE

Les éléments constitutifs de la DRE sont récupérés sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé à partir :

- des informations d'identification, de situations d'exercice et de facturation du Professionnel de Santé contenues dans la Carte du Professionnel de Santé et/ou sur son Poste de Travail,
- des informations identifiant le bénéficiaire contenues dans la carte Vitale le support Vitale et dans tout autre support de droits AMC éventuel,
- d'informations contenues dans la carte Vitale ou tout autre support de droits AMC identifiant l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire,
- des données relatives à la (aux) convention(s) qui lie(nt) le Professionnel de Santé aux organismes d'Assurance Maladie Complémentaire du bénéficiaire,
- des droits à l'Assurance Maladie Complémentaire du bénéficiaire,
- des conditions de réalisation de la DRE,
- d'informations saisies par le Professionnel de Santé,
- des informations de tarification de la part obligatoire,
- de l'application de la tarification des organismes d'Assurance Maladie Complémentaire en cas de tiers payant sur la part complémentaire.

3.2.3.5.3 Constitution de DRE d'annulation

L'annulation d'une DRE est une opération réalisée au choix du Professionnel de Santé, indépendamment de la présence ou non d'un OCT.

Le processus d'annulation correspond à une génération de DRE seule ; il est indépendant de la génération de FSE.

Les règles de création d'une « DRE d'annulation » sont les suivantes :



Dans le cas de la transmission d'une DRE initiale :

- si la DRE initiale n'a pas été transmise au bon destinataire,
- si la DRE initiale a été transmise avec une erreur sur les données d'identification de l'assuré AMC (numéro d'adhérent),
- si en présence du bénéficiaire et après transmission de la DRE initiale, le Professionnel de Santé doit refaire une DRE en lieu et place de la DRE initiale (changement dans la prestation à l'initiative de l'assuré),
- si un rejet a été émis par l'AMO concernant une FSE pour laquelle la DRE a été créée.



Dans le cas de la transmission d'une FSE contenant les informations relatives à la part complémentaire transmise à un OCT, pour éclatement :

- un rejet a été émis par l'AMO concernant une FSE pour laquelle une part complémentaire a été créée.

3.2.4 Acquisition des informations liées à la prestation

3.2.4.1 Informations pour la part complémentaire

3.2.4.1.1 « Réponse de prise en charge » sur la part complémentaire

En présence d'une « réponse de prise en charge » positive sur la part complémentaire (c'est à-dire, accord de prise en charge) seuls les actes, produits ou prestations ayant donné lieu à accord de prise en charge doivent figurer sur la facture. Le cas échéant, les actes, produits ou prestations facturés en sus doivent faire l'objet d'une autre facturation.

Le Professionnel de Santé renseigne, en plus de la référence de la « réponse de prise en charge » :

- soit le montant total pris en charge par l'organisme complémentaire, au niveau facture,
- soit le montant de chaque acte, prestation ou produit de la « réponse de prise en charge » de la facture.

Il est à noter que le circuit de la demande de prise en charge n'est pas dans le périmètre du système de facturation SESAM-Vitale.

3.2.4.2 Affection exonérante

En présence d'une ordonnance comportant des prescriptions en rapport et d'autres sans rapport avec l'affection exonérante (ordonnance bi-zone), le Professionnel de Santé exécutant établit une seule FSE et éventuellement la DRE associée qui peuvent contenir des exonérations différentes.

En présence d'un protocole de soins ALD, le Professionnel de Santé précise si la prestation est prévue dans le protocole de soins ALD.

Un bénéficiaire en ALD est tenu, comme tout bénéficiaire de l'Assurance Maladie, de déclarer un médecin traitant.

Pour un bénéficiaire en ALD, les règles communes du parcours coordonné de soins s'appliquent que les soins soient prévus au protocole de soins ALD ou pas.

Si les soins sont prévus au protocole de soins, alors, le taux de remboursement AMO de la prestation n'est pas modulé, même si le patient se trouve hors parcours de soins. (cf. Annexe 2).

3.2.4.3 Accidents de droit commun

Le Professionnel de Santé doit indiquer dans la FSE si la prestation est en rapport avec un accident de droit commun en fonction des informations fournies par le bénéficiaire, seul responsable de la véracité des éléments fournis au Professionnel de Santé.

3.2.4.4 Format des codes CIP

Les médicaments sont identifiés :

→ soit sous un code CIP 13 caractères

→ soit sous un code CIP 7 caractères.

~~Les médicaments identifiés sous un code CIP 7 caractères disposent tous d'une correspondance CIP 13 caractères.~~

~~Pour ces derniers médicaments, Les Professionnels de Santé pharmaciens ou propharmaciens télétransmettront télétransmettent à l'Assurance Maladie soit le code CIP 7 caractères du produit délivré soit le code CIP 13 caractères correspondant.~~

Le choix de la codification (7 ou 13 caractères) est laissé à l'appréciation des Professionnels de Santé.

3.2.4.5 Facturation des honoraires de dispensation

L'article 26 à la Convention Nationale des Pharmaciens parue au JO le 06/05/2012 prévoit de payer aux pharmaciens un honoraire de dispensation par conditionnement remboursable et prescrit (facturable à l'AMO). Cet honoraire est communément appelé « honoraire simple » dans les références documentaires du cahier des charges.

Par ailleurs, un honoraire de dispensation complexe est dû aux pharmaciens qui délivrent une ordonnance contenant un nombre important de médicaments différents.

L'avenant 11 à la Convention Pharmaciens (signé le 20 juillet 2017) s'inscrit dans la continuité de la réforme du mode de rémunération engagée concrètement en 2015.

Il prévoit dans son article 4, la mise en place de trois nouvelles catégories d'honoraires de dispensation en plus de ceux en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2015 :

- Un honoraire de dispensation perçu pour l'exécution de toute ordonnance contenant au moins un médicament remboursable.
- Un honoraire de dispensation pour toute exécution pour les personnes âgées de moins de 3 ans et de 70 ans et plus.
- Un honoraire de dispensation particulière pour toute exécution d'ordonnance comportant un ou plusieurs médicaments dits spécifiques.

Par opposition à l'honoraire simple, l'honoraire complexe et les trois nouveaux honoraires sont dénommés « honoraires globaux ».

3.2.4.6 Facturation des médicaments déconditionnés

Les pharmaciens titulaires d'officine sont amenés à déconditionner certains médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants dans la mesure où la réglementation impose leur délivrance fractionnée (cf. articles R.5132-30 et R. 5132-33 du code de la santé publique).

Dans ce contexte, le pharmacien délivre au patient le nombre d'unités (Comprimés, gélules ...) nécessaires au traitement.

3.2.4.7 Soins ou traitements susceptibles d'un usage détourné

Obligation est faite au bénéficiaire des soins d'indiquer au médecin traitant, à chaque prescription de ce type de produit, le nom du pharmacien qui sera chargé de la délivrance. Le médecin doit mentionner ce nom sur la prescription. Seule l'exécution par le pharmacien concerné donnera droit à la prise en charge.

Si le pharmacien précisé sur l'ordonnance n'est pas celui qui délivre le produit, ce dernier ne sera pas remboursable par l'Assurance Maladie.

3.2.4.8 Substitution des médicaments

La délivrance par le pharmacien de médicaments génériques et le respect des engagements conventionnels y afférents, impliquent l'exercice du droit de substitution dont dispose ce professionnel de santé (article L.5125-23 du Code de Santé Publique).

L'exercice de ce droit peut, dans certains cas, être tributaire de certaines situations :

- Mention par le prescripteur sur l'ordonnance du caractère non substituable des produits prescrits. A compter du 1er janvier 2020 (arrêté du 12 novembre 2019), la loi fait évoluer pour le médecin les modalités d'inscription sur l'ordonnance du caractère « Non substituable » d'un médicament : une justification médicale est attendue.
- Mention par le pharmacien du caractère non substituable des produits prescrits. L'arrêté du 30 janvier 2020 permet au pharmacien de justifier un refus de substitution et autorise le recours à la mention « non substituable ». Dans ce cas le pharmacien reporte cette mention sur l'ordonnance (sous forme manuscrite).
- Refus de la substitution par l'assuré. L'article 66 de la loi de financement 2019 prévoit que les assurés qui refusent la substitution d'un médicament princeps par un médicament générique ou hybride, sans justificatif du médecin ni du pharmacien, soient facturés sans Tiers Payant et soient remboursés sur la base du prix du générique le plus cher du même groupe du princeps.
- Délivrance en urgence du médicament générique

Le tableau ci-après précise les différentes situations et les informations à renseigner dans la facture :

Situation terrain		Tiers-Payant AMO (*)	Facture SESAM-Vitale	
Sur l'ordonnance	Délivrance pharmacien		Mode de prescription	Indicateur de substitution
Le médecin a indiqué « Non substituable » un critère de non substitution sur l'ordonnance	Le pharmacien délivre le princeps	Autorisé	M Valeur correspondant au critère de non substitution présent sur l'ordonnance et dans la table 65 de l'Annexe 2	blanc
	Le pharmacien ne dispose pas du princeps. Il délivre un générique	Autorisé	M Valeur correspondant au critère de non substitution présent sur l'ordonnance et dans la table 65 de l'Annexe 2	U
Pas de mention sur l'ordonnance ou critère de non substitution non valide	Le pharmacien délivre le générique	Autorisé	blanc	blanc
	Le Pharmacien délivre le princeps par application de l'arrêté du 30 janvier en reportant la mention « Non substituable (MTE-PH) » sur l'ordonnance	Autorisé	P	blanc
	Le patient refuse le générique, le pharmacien délivre et facture le princeps, la base de remboursement appliquée est calculée à partir du tarif ajusté.	Non autorisé	blanc	N
	Le pharmacien délivre le princeps car il ne dispose pas du générique	Autorisé	blanc	U

(*) cette information est fournie à titre réglementaire, un contrôle n'est pas demandé sur le poste de travail du PS, pour en vérifier la bonne application

3.2.4.9 Origine de la prescription

Dans le cas d'une prescription, le Professionnel de Santé pharmacien ou biologiste indique dans sa facture dans quel contexte de parcours de soins cette prescription a été établie (hormis les cas non concernés par le parcours de soins).

3.2.4.10 Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)

Réglementation

Les dispositions législatives issues de la loi du 4 janvier 1993, précisées dans le décret du 6 mai 1995, confient aux Caisses Nationales d'Assurance Maladie la mise en place du codage des actes et prestations médicales ainsi que les moyens et les outils nécessaires à la maîtrise de l'évolution des dépenses.

C'est dans ce contexte législatif et réglementaire que s'inscrit, à la suite du codage des actes de biologie, de la pharmacie et de la LPP, le codage des actes médicaux.

Objet de la CCAM

L'objet de la CCAM est d'identifier chaque acte médical technique par un libellé spécifique et un code associé permettant de le repérer sans ambiguïté.

Elle se substitue progressivement à la NGAP. Par conséquent, le Professionnel de Santé utilise la CCAM pour facturer les actes techniques en remplacement des lettres clés correspondantes.

Les lettres clés concernées par la CCAM et entrant dans le système SESAM-Vitale sont les suivantes :

- pour les actes techniques : KA, KC, KE, KMO, Z ainsi que la plupart des K à l'exception des actes du chapitre 14 et 16 de la NGAP,
- pour les actes dentaires : D, DC, SC, SCM, SPR, PRO.

PS concernés

Les catégories de Professionnels de Santé concernées sont les médecins (catégorie 1), les chirurgiens dentistes (catégorie 4) et les Sages Femmes (catégorie 5), qu'ils exercent à titre libéral, salarié ou remplaçant.

Ces catégories relèvent chacune d'une convention avec l'Assurance Maladie Obligatoire. Chacune de ces catégories démarre donc en CCAM à des dates différentes en fonction des conventions signées.

Base CCAM

L'ensemble des codes actes CCAM et les informations associées constituent une base de données nationale. Les données CCAM sur l'environnement de travail du Professionnel de Santé sont fournies par le GIE SESAM-Vitale qui assure le renseignement et l'actualisation de ces données à partir de la base nationale CCAM.

Activation de la CCAM

Le Professionnel de Santé décide de l'activation ou de la désactivation de la saisie d'actes CCAM sur son Poste de Travail.

3.2.4.11 Prévention commune AMO/AMC

Cette notion de prévention est issue de la loi de Réforme du 13 Août 2004 principalement pour les contrats AMC responsables. Cette notion est distincte du « risque prévention » déjà géré par les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire.

Dans le cas d'un acte réalisé dans un tel contexte, le Professionnel de Santé est tenu d'indiquer ce contexte de prévention et éventuellement de le qualifier.

3.2.4.12 Cohabitation des actes sur une même facture

Une même facture peut comporter des actes faisant référence à des nomenclatures différentes (NGAP, CCAM, LPP...).

3.2.4.13 Actes en série

Le Professionnel de Santé peut réaliser une ou plusieurs FSE et éventuellement autant de DRE associées pour une même série d'actes.

La FSE et la DRE associée récapitulant plusieurs actes sont créées en une seule opération. Dans ce cas :

- la lecture de la carte Vitale **et ou** de tout autre support **de droits** éventuel est conseillée lors de la réalisation de chaque acte.
- il peut y avoir plusieurs motifs de rupture de séquence de facturation lors d'actes en série (changement d'organisme complémentaire, périodes de validité des données qui ne couvrent pas toute la période de facturation, évolution du ticket modérateur...). La rupture d'une FSE ou d'une DRE entraîne la rupture de l'autre type de facture.

3.2.4.14 Soins Médicaux Gratuits

Rapport des soins avec les SMG

Le Professionnel de Santé apprécie le rapport des soins qu'il prodigue avec les SMG à partir des informations contenues sur la fiche descriptive des infirmités ou bien à partir de la prescription médicale préalablement établie.

Choix du contexte SMG

Le Professionnel de Santé peut établir la facturation dans le contexte des SMG lorsqu'il dispose des supports justificatifs du bénéfice des SMG et qu'il établit que les soins sont bien en relation avec les SMG.

Il choisit alors la nature d'assurance « SMG ».

Élaboration d'une facture SMG

Après avoir :

- signalé que les actes ou prestations qu'il allait dispenser ou délivrer étaient en rapport avec les SMG
- renseigné le montant total pris en charge au titre des SMG s'il y a lieu

le Professionnel de Santé procède à la saisie du ou des actes dispensés (ou prestations délivrées) dans les conditions habituelles.

Dans le cas où un accord de prise en charge SMG a été délivré, le montant total pris en charge au titre des SMG est saisi par le Professionnel de Santé à partir de l'accord de prise en charge SMG.

3.2.5 Tarification de la part obligatoire

Les règles de tarification de l'AMO doivent être appliquées quel que soit le mode de tarification AMO (hors tiers payant ou tiers payant).

3.2.6 Tarification de la part complémentaire

3.2.6.1 La « Réponse de prise en charge » de la part complémentaire

3.2.6.1.1 Vérification préalable des droits complémentaire

En présence d'une réponse de prise en charge, le Professionnel de Santé doit en premier lieu s'assurer que les droits pour cet assuré sont ouverts pour cette complémentaire, puis il doit vérifier la validité des dates de la réponse de prise en charge.

3.2.6.1.2 Contrôle de validité de la « réponse de prise en charge »

Il appartient au Professionnel de Santé de vérifier la période de validité de la réponse de la prise en charge.

Aucun renseignement supplémentaire autre que le n° de référence de la « réponse de prise en charge » et le (ou les) montant(s) n'est demandé au Professionnel de Santé.

En cas d'une « réponse de prise en charge » valide à une date donnée, et de droits complémentaires non ouverts, il n'est pas possible pour le Professionnel de Santé de réaliser une facture électronique. Cependant, le Professionnel de Santé a toujours la possibilité de forcer la date de fin de droit à partir d'un autre support de droits valide présenté par le bénéficiaire des soins.

3.2.6.1.3 Cohérence entre les n° d'organisme complémentaire de la « réponse de prise en charge » et celui du support de droits

Que ce soit en gestion unique ou en gestion séparée, lorsqu'il y a une « réponse de prise en charge » complémentaire, le Professionnel de Santé doit vérifier que la « réponse de prise en charge » complémentaire porte le numéro d'organisme complémentaire présenté sur le support de droits.

Il appartient au Professionnel de Santé de vérifier la cohérence au niveau de l'identification de l'organisme complémentaire.

- Si les n° de l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire sont identiques, le Professionnel de Santé conserve les données de l'organisme complémentaire déjà acquises.
- Si les n° de l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire sont différents, le Professionnel de Santé efface les données acquises précédemment.
 - Le Professionnel de Santé demande au bénéficiaire des soins le support de droits correspondant à l'organisme complémentaire présent sur la « réponse de prise en charge »,
 - Si le bénéficiaire des soins présente le support de droits correspondant, le Professionnel de Santé reprend le processus d'acquisition des données complémentaires à partir de ce support de droits.
 - Si le bénéficiaire des soins ne présente pas le support de droits correspondant, le Professionnel de Santé élabore une facture papier à partir des données administratives reprises sur la « réponse de prise en charge ».

3.2.6.1.4 Déterminer le tiers payant ou HTP sur la part complémentaire

Lorsque le Professionnel de Santé est en présence d'une « réponse de prise en charge », en plus du processus habituel (c.-à-d. sans réponse de prise en charge), il doit s'assurer que le choix de tiers payant la convention qu'il a sélectionnée est cohérente avec la nature (Tiers Payant ou Hors Tiers Payant) de la « réponse de prise en charge » dans le cas où cette information est présente sur la réponse de prise en charge.

Si le Professionnel de Santé choisit le sélectionne une convention en Tiers Payant et qu'il est inscrit Tiers Payant sur la « réponse de prise en charge », le Professionnel de Santé peut facturer une part complémentaire uniquement en Tiers Payant (DRE ou FSE enrichie ou FSE en gestion unique).

Si le Professionnel de Santé choisit le sélectionne une convention en Hors Tiers Payant et qu'il est inscrit Hors Tiers Payant sur la réponse de PEC, le Professionnel de Santé ne peut pas facturer une DRE en Tiers Payant, il peut facturer une DRE uniquement en Hors Tiers Payant.

Dans le cas où la réponse de prise en charge est différente de son choix de tiers payant, (Dans les autres cas,) le Professionnel de Santé ne peut pas transmettre de part complémentaire dans un flux SESAM-Vitale (FSE ou DRE).



Remarque : A défaut de mention sur la réponse de prise en charge, la « réponse de prise en charge » doit être considérée en tiers payant.

3.2.6.1.5 Valorisation de la part complémentaire

En présence d'une « réponse de prise en charge » complémentaire, le Professionnel de Santé renseigne

- soit le montant total venant de la « réponse prise en charge »
- soit les montants de chaque acte, produit ou prestation contenus sur la « réponse de prise en charge ».

Dans ce dernier cas, le Professionnel de Santé contrôle que le montant total de la part complémentaire correspond bien au montant total inscrit dans la « réponse de prise en charge », si cette dernière information y figure.

3.2.6.1.5.1 Valorisation de la part complémentaire en cas de CMU C2S

Pour la facturation CMU-C C2S, en cas d'accord de prise en charge (Accord donné sur demande de prise en charge ou devis), le Professionnel de Santé renseigne si nécessaire, les paramètres de la formule proposée par le STS.

3.2.6.2 Activation de la tarification complémentaire

Le Professionnel de Santé décide de l'activation ou de la désactivation de la tarification complémentaire par les modules STS pour chaque convention.

3.2.6.3 Tarification de la part complémentaire pour les Soins Médicaux Gratuits

Les Soins Médicaux Gratuits relèvent d'un droit à réparation de l'Etat et doivent à ce titre être gratuits.

Les facturations SMG incluant des dépassements non couverts au titre des SMG devraient ainsi être inexistantes ou, à tout le moins, exceptionnelles.

Dans ce contexte, la transmission de flux aux organismes complémentaires n'est pas prévue dans le système SESAM-Vitale.

En nature d'assurance SMG, la part complémentaire est donc nécessairement non renseignée et le type de facturation est nécessairement « FSE AMO seule ».

3.2.7 Constitution des flux pour envoi aux organismes d'Assurance Maladie

3.2.7.1 Identifiant des FSE et des DRE

Les identifiants de la FSE et de la DRE élaborées dans le cadre de l'éclatement à la source sont différents.

Ils sont constitués d'une valeur numérique unique commune à la FSE et à la DRE (n° de facture) et différenciés par le type de facture (lettre distinguant FSE et DRE).

3.2.7.2 Tableau récapitulatif des montants à renseigner

La présence dans le flux des montants des parts obligatoire et complémentaire varie en fonction des situations de facturation, résumées dans le tableau suivant :

	TP AMO	HTP AMO	TP AMO	HTP AMO
	HTP AMC		TP AMC	
Montants AMO				
• présents dans la FSE	OUI	OUI	OUI	OUI
• présents dans la DRE	OUI	OUI	OUI	OUI
Montants de la part complémentaire				
• présents dans la FSE	NON	NON	OUI si convention de gestion ou délégation de gestion ou éclatement OCT	OUI si convention de gestion ou délégation de gestion ou éclatement OCT
• présents dans la DRE	NON	NON	OUI	OUI

3.2.7.3 Sauvegarde des éléments constitutifs de la facture

Conformément aux dispositions réglementaires (article R.161-47), le Professionnel de Santé conserve le double électronique des FSE transmises pendant une durée de quatre-vingt-dix jours au moins.

Ce double électronique comprend les données constitutives de la facture qui sont fournies en entrée de l'interface d'accès aux Services SESAM-Vitale par le progiciel du Professionnel de Santé, le nom et le prénom du bénéficiaire des soins.

Les données constitutives de la facture comprennent aussi les éléments ayant permis de générer une DRE et notamment les informations utilisées pour la tarification complémentaire (ex : formules appliquées pour un acte,...).



Cas particulier des factures issues de codes prestation « réservés PS »



Les prestations de type « réservées PS », et par conséquent les modalités de ce cas particulier, concernent les Professionnel de Santé Médecins et Chirugiens-dentistes.

Sauvegarde des factures

Toute facture élaborée à partir d'un ou plusieurs codes prestation « réservés PS » doit être sauvegardée pendant une durée spécifique.

Le code prestation saisi par le PS pour l'élaboration de la facture* et le code transmis dans la facture* font partie des éléments constitutifs de la facture.

Cependant le code prestation saisi par le PS ne doit en aucun cas être restitué en dehors de la fonctionnalité de restitution décrite ci-après.

* Cf. A1-A0 §2.4.21.1.12 Spécificités Codes prestation « réservés PS »

Durée de sauvegarde

Le système de facturation doit permettre au Professionnel de Santé de modifier la durée de sauvegarde des factures à prestations réservées PS.

Par défaut cette durée est de 36 mois.

Recherche

Le système de facturation doit permettre de réaliser une recherche multi critères, a minima selon les critères suivants :

- N° de facture (1110-1)
- Date de la facture ou période de date de facture (1110-3)
- NIR de l'assuré (1130-2 + 1130-3)
- NIR du bénéficiaire (1160-1+1160-2)
- Date de naissance du bénéficiaire (1130-4)
- Rang de naissance du bénéficiaire (1130-5)
- Code régime de la facture (1310-1)
- Caisse gestionnaire de la facture (1310-2)
- Centre gestionnaire de la facture (1310-3)
- Période de dates de soins (1610-2)
- Pour chaque prestation de la facture :
 - Code prestation saisi par le PS (1610-4)*
 - Code de remplacement transmis (1610-4)*
 - Date des soins (1610-2)

* cf. Annexe1-A0 §2.4.21.1.12 «Spécificités Codes prestation « réservés PS »

Restitution

Pour chaque facture trouvée par la recherche précédente, le système de facturation doit restituer les éléments suivants :

- N° de facture (1110-1)
- Date de la facture (1110-3)
- NIR de l'assuré (1130-2 + 1130-3)
- NIR du bénéficiaire (1160-1+1160-2)
- Date de naissance du bénéficiaire (1130-4)
- Rang de naissance du bénéficiaire (1130-5)
- Code régime de la facture (1310-1)
- Caisse gestionnaire de la facture (1310-2)
- Centre gestionnaire de la facture (1310-3)
- Pour chaque prestation de la facture :
 - Code prestation saisi par le PS (1610-4)*
 - Code de remplacement transmis (1610-4)*
 - Date des soins (1610-2)

Le système de facturation doit permettre un export sous format csv de ces éléments, dans l'ordre énuméré ci-dessus.

* cf. Annexe1-A0 §2.4.21.1.12 « Spécificités Codes prestation « réservés PS »

Cas particulier des « FSE-TLA »

Pour les FSE réalisées sur un TLA, le code prestation saisi par le PS n'est pas retourné par la fonction SSV_Traduire FSE.

En conséquence, les fonctionnalités ci-avant de sauvegarde, recherche et restitution ne peuvent s'appuyer sur cette donnée : elles utilisent le code de remplacement transmis.

3.2.7.4 Copie des factures

Le Professionnel de Santé remet à la demande de l'assuré copie de la feuille de soins transmise, sauf modalités contraires prévues par convention⁵.

Cette copie n'est pas une pièce justificative de remboursement vis-à-vis de l'AMO.

Le Professionnel de Santé remet à la demande de l'assuré copie de la DRE transmise.

Cette copie n'est pas une pièce justificative de remboursement vis-à-vis de l'AMC.

3.2.8 Finalisation de la facturation

3.2.8.1 Quittance remise à l'assuré

Conformément aux dispositions législatives (article R.161-49) ou à la demande de l'assuré, le Professionnel de Santé réalise une quittance (imprimée ou manuscrite) en cas de paiement direct en espèces par l'assuré. Cette quittance n'est pas une pièce justificative de remboursement vis-à-vis de l'Assurance Maladie.

⁵ Les conventions ne prévoient aucune de ces modalités pour l'instant.

Le Professionnel de Santé peut inscrire sur la quittance toute information qu'il jugera utile de porter à la connaissance de son patient.

A titre indicatif, la quittance pourra contenir les informations suivantes :

- l'identification de l'émetteur,
- le nom de l'émetteur,
- la date de la facture,
- l'identifiant de la facture,
- le montant total de la prestation,
- le montant payé par l'assuré,
- le (ou les) organisme(s) d'Assurance Maladie destinataires de la (ou des) facture(s),
- l'identification du bénéficiaire.

Les Professionnels de Santé ont la possibilité d'inscrire les informations composant la quittance sur l'ordonnance papier.

3.2.8.2

Bon d'examen

Des dispositions particulières suivantes s'appliquent aux actes et prestations effectués ou servis par les laboratoires d'analyses biologiques et les anatomo-cyto-pathologistes.

Les prélèvements qui leur sont adressés sont accompagnés d'un bon d'examen, comportant les informations, non mentionnées sur l'ordonnance, nécessaires pour compléter les rubriques de la feuille de soins, envoyée à l'assuré ou à l'AMO.

Le bon d'examen doit obligatoirement comporter les informations suivantes, définies réglementairement (Article R.161-46) :

- l'identifiant de l'assuré et, lorsque ce dernier n'est pas le bénéficiaire des actes ou prestations, de son ayant droit,
- s'il y a lieu, la mention du fait que les actes ou prestations sont effectués ou servis consécutivement à un accident, et des éléments permettant d'identifier cet accident,
- s'il y a lieu, la mention de la disposition législative en vertu de laquelle la participation financière de l'assuré est limitée ou supprimée.

Et en complément,

- l'identifiant des organismes d'Assurance Maladie,
- les informations liées à l'AMC,
- l'adresse physique de l'assuré.

Il est recommandé que les logiciels des Professionnels de Santé **prescripteurs** inscrivent sur l'ordonnance ou sur la demande d'examen les éléments du bon d'examen suivi du code couverture issu de la lecture de la carte Vitale et valide à la date de prescription.

Les informations liées à l'AMC :

- le numéro d'AMC,
- le code aiguillage STS,
- le code routage,

- l'identification de l'hôte,
- le nom de domaine,
- l'indicateur de traitement,
- le niveau de garantie (pour application du Tiers payant sur la part complémentaire),
- le type de convention,
- le critère secondaire
- le NIR individuel,
- l'identifiant de l'assuré AMC.

3.2.8.3 Inscription des références de la FSE sur les ordonnances papier

L'inscription des références (désignées sous le terme « Ticket Vitale » pour les pharmaciens) sur les ordonnances papier est définie réglementairement (article R.161-45).

Il est recommandé que le progiciel rende possible l'impression de ces références (seule la signature doit obligatoirement être manuscrite).

Les mentions manuscrites peuvent également être utilisées lorsque la FSE est élaborée au domicile du patient.

Les ordonnances médicales sur support papier doivent comporter les informations suivantes :

- Les données prévues dans le Code de la Santé Publique et le Code de la Sécurité Sociale.
- Pour le prescripteur :
 - l'identification du prescripteur⁶ réalisant les prestations et, s'il exerce en tant que salarié, l'identification de la structure⁷,
 - la date de la prescription,
 - l'identification du bénéficiaire des soins : le nom, le prénom et le NIR,
 - la condition d'exercice du prescripteur, à savoir : libéral, salarié ou bénévole,
 - le cas échéant, le signalement d'une spécialité pharmaceutique en dehors des indications thérapeutiques ouvrant droit au remboursement ou à la prise en charge par l'Assurance Maladie,
 - le cas échéant, la mention de la disposition législative en vertu de laquelle la participation financière de l'assuré est limitée ou supprimée.
 - le cas échéant le contexte de parcours de soins dans lequel cette prescription a été établie (suite au décret des contrats responsables du 29 septembre 2005),

⁶ L'identification du prescripteur correspond à l'identifiant de facturation du Professionnel de Santé complété le cas échéant de son n° RPPS si celui-ci est connu. **Le LPS du prescripteur doit renseigner systématiquement sur l'ordonnance l'identifiant de facturation de celui-ci.**

⁷ Dans le cadre d'une session de remplacement, l'ordonnance devra comporter l'identifiant de facturation de Professionnel de Santé Remplacé ainsi que les identifiants de facturation du Professionnel de Santé remplaçant avec le libellé « remplaçant ».

- le cas échéant, le rapport des soins prescrits avec les Soins Médicaux Gratuits (SMG) : mention « en rapport avec les soins médicaux gratuits ». (l'ordonnance SMG devra permettre une identification claire et rapide du rapport des soins prescrits avec les SMG).

Si le progiciel n'effectue pas l'impression de l'ordonnance, il doit informer le Professionnel de Santé prescripteur du contexte SMG de sa facture, afin qu'il puisse reporter cette mention sur son ordonnance manuscrite.

- Pour l'exécutant :
 - l'identification de l'exécutant,
 - les références permettant le rapprochement de l'ordonnance avec la FSE de l'exécutant :
 - la date de l'exécution,
 - le nom et le prénom du bénéficiaire des soins,
 - l'identification de la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire de l'assuré,
 - le numéro d'immatriculation au répertoire national d'identification des personnes physiques de l'assuré ou, si celui-ci n'est pas le bénéficiaire des soins, le numéro d'immatriculation au répertoire national d'identification des personnes physiques ou, à défaut, la date de naissance de ce dernier.
- Pour les Professionnels de Santé Pharmaciens et Fournisseurs
 - et suivant l'article L162-36 du code de la sécurité sociale, le montant de la somme effectivement payée par l'assuré pour l'achat de chacun des produits ou articles délivrés en mentionnant le montant ou le taux de la réduction accordée
- Pour les Professionnels de Santé Pharmaciens
 - et suivant le décret 2004-1281, le montant total des produits délivrés ainsi que la part prise en charge par le régime d'Assurance Maladie Obligatoire du patient. (S'il n'y a pas de prise en charge le montant est indiqué à zéro).
 - le nom du pharmacien chargé de la délivrance du produit en cas de prescription de soins ou traitement susceptibles d'un usage détourné.
 - les informations spécifiées par l'article D161-13-1 du code de la Sécurité Sociale et présentées conformément à la présentation normalisée prévue par les arrêtés du 27 juin 2014 et du 24 Décembre 2014.
 - A compter du 1er janvier 2015, selon le décret du 24 Décembre 2014, l'information comprendra également le montant des honoraires de dispensation i.e. honoraire par boîte de médicaments délivrée ainsi que, le cas échéant, d'autres catégories d'honoraires dont le tarif est fixé par la convention nationale prévue à l'article L.162-16-1 du code de la sécurité sociale.

Les nouveaux honoraires de dispensation mis en place à partir du 01/01/2019 (Avenant n° 11 à la convention nationale signé le 20 juillet 2017) devront apparaître sur le ticket en fin de liste.

L'ordre de présentation des médicaments et des honoraires de dispensation sur le ticket Vitale sera donc le suivant :

- Médicaments et leurs honoraires de dispensation simples, puis s'il y a lieu :

- L'honoraire de dispensation complexe
- L'honoraire de dispensation pour médicament(s) remboursable(s)
- L'honoraire de dispensation lié à l'âge
- L'honoraire de dispensation pour médicament spécifique

- A compter du 1er janvier 2020, l'article 66 de la loi de financement 2019 prévoit que les assurés qui refuseront la substitution d'un médicament princeps par un médicament générique ou hybride, seront dorénavant remboursés sur la base du prix du générique le plus cher du même groupe du princeps.

Dans cette situation, sur le ticket Vitale :

- Le prix unitaire affiché sera égal au prix unitaire du princeps délivré
- La base de remboursement affichée sera égale au prix unitaire ajusté



Remarque : Ces dispositions réglementaires n'interdisent pas pour autant au progiciel d'imprimer d'autres éléments de facturation mentionnés pour information soit à l'assuré soit aux organismes d'Assurance Maladie.

Afin de respecter l'arrêté du 29 août 1983 (JO du 31/08/1983), il est recommandé au progiciel de permettre l'impression de deux documents l'un mentionnant « original », l'autre « duplicata ».

Les ordonnances ainsi que les informations du Ticket Vitale peuvent être télétransmises à l'AMO via le système SCOR.

3.2.8.4 Bordereau accompagnant les ordonnances

Les ordonnances sont accompagnées d'un bordereau pour toutes les professions prescrites tenues d'adresser les ordonnances aux organismes AMO.

Ce bordereau d'accompagnement récapitule l'ensemble des FSE correspondantes.

Le logiciel doit donc permettre l'édition de ce bordereau.

Lorsque les ordonnances sont télétransmises à l'AMO via le système SCOR, le bordereau n'est pas nécessaire.

3.2.8.4.1 Mise en œuvre pour les Pharmaciens

L'arrêté du 11 juillet 2006 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance Maladie fixe les modalités de transmission des FSE entre les régimes d'assurance maladie et les pharmaciens et précise en son article 49.1 "Tri des ordonnances" les modalités de tri des ordonnances devant être adressées aux caisses.

Le format d'édition du « **bordereau d'accompagnement** » des paquets d'ordonnances ainsi établis, est décrit ci-après.

3.2.8.4.1.1 Constitution des paquets d'ordonnances relatifs aux FSE

Les duplicata des ordonnances (hors cas de renouvellement) sont mis à disposition, selon le cas, de la caisse primaire du ressort géographique de la pharmacie, des autres caisses ou des différents organismes conventionnés, accompagnés d'un bordereau récapitulatif des FSE. Ils sont classés, autant que faire se peut, dans le même ordre que celui des FSE répertoriées sur le bordereau.

Le pharmacien met à disposition les ordonnances dans les conditions fixées par la convention.

A savoir, exemple de tri :

Régime Général : 01 – Distinction des assurés de la circonscription de ceux hors circonscription.

Régimes Agricoles : 02 – Distinction des assurés de la circonscription de ceux hors circonscription.

Régime RSI: 03 –

Pour les assurés qui dépendent de la caisse régionale compétente pour le lieu d'exercice du pharmacien, constituer un paquet par organisme conventionné.

Pour les autres assurés, trier les ordonnances par caisse régionale et par organisme conventionné.

Sections Locales Mutualistes : 91 à 99 : - Distinction par mutuelle de rattachement (MGEN, MG, CMCAS...) sans séparation, sauf demande expresse, entre les assurés de la circonscription et ceux hors circonscription.

3.2.8.4.1.2 Constitution des paquets d'ordonnances relatifs au mode « SESAM-Vitale dégradé »

Le Professionnel de Santé pharmacien transmet la feuille de soins SESAM « dégradé » correspondant à sa facturation à la caisse d'affiliation de l'assuré bénéficiant de la dispense d'avance de frais. Parallèlement à l'envoi de la feuille de soins « dégradé », le pharmacien adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré les pièces justificatives papier (feuille de soins sous forme papier, duplicata de l'ordonnance hors cas de renouvellement).

En cas de transmission de feuilles de soins SESAM « dégradé » (mode SESAM-Vitale dégradé selon chapitre sur les Cas particuliers de fonctionnement), le pharmacien bénéficie du dispositif de ramassage visé à l'article 49 de l'arrête du 11 juillet 2006 pour la seule transmission des pièces justificatives papier concernant les assurés affiliés à la caisse du même ressort géographique que lui.

3.2.8.4.1.3 Présentation des bordereaux d'accompagnement pour le Pharmacien

Le pharmacien s'engage à éditer un bordereau récapitulatif accompagnant chacun des paquets d'ordonnances, selon leur destination, en fonction des critères de tri décrits plus haut.

Le logiciel du pharmacien doit donc éditer :

- un bordereau par régime pour les ordonnances correspondant aux FSE transmises à la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire de la circonscription du pharmacien,
- un bordereau par régime pour l'ensemble des ordonnances correspondant aux FSE destinées aux caisses d'Assurance Maladie Obligatoire hors circonscription,

- un bordereau par caisse d'Assurance Maladie Obligatoire d'affiliation et par procédure de règlement pour les ordonnances correspondant au mode dégradé.

Le modèle du bordereau est unique, seules les ruptures changent en fonction des critères de tri des paquets.

Les informations à éditer sont les suivantes :

Un en-tête :

- un titre : « Bordereau récapitulatif des ordonnances pour le régime XXX »,
- identification du partenaire de santé (Numéro de facturation),
- date de création de chaque lot constituant le bordereau,
- numéro de chaque lot constituant le bordereau.

Une ligne par facture par ordre croissant des numéros de facture

- renouvellement d'ordonnances (en cas de renouvellement, la mention « R » sera indiquée),
- n° de lot,
- n° de facture,
- n° d'immatriculation de l'assuré (NIR),
- nom de l'assuré,
- date de naissance du bénéficiaire,
- montant total de la facture,
- type de destinataire de règlement (partenaire de santé ou assuré),
- n° de l'organisme d'Assurance Maladie destinataire.

Une ligne « total général »

- nombre total des FSE correspondant au bordereau,
- nombre total des ordonnances correspondant au bordereau.

Un récapitulatif des N° de FSE triées par caisse d'Assurance Maladie Obligatoire hors circonscription

Le bordereau concernant les ordonnances destinées aux caisses d'Assurance Maladie Obligatoire hors circonscription récapitulera, à la suite et triées par numéro de caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (mentionné) et par ordre croissant, les numéros de FSE concernées.

3.2.8.4.2 Mise en œuvre pour les Auxiliaires Médicaux et les Fournisseurs

3.2.8.4.2.1 Présentation des bordereaux d'accompagnement

3.2.8.4.2.1.1 Masseurs kinésithérapeutes

Les masseurs kinésithérapeutes s'engagent à éditer un bordereau **mensuel** récapitulatif accompagnant chacun des paquets d'ordonnances, selon leur destination, en fonction des critères de tri cités ci après.

Le progiciel des masseurs kinésithérapeutes doit donc éditer un bordereau récapitulant les FSE transmises, quelle que soit la caisse d'affiliation de l'assuré, selon le tri suivant :

- Régime général,
- Régime agricole : distinction des régimes MSA, GAMEX,
- RSI
- Sections Locales Mutualistes (91 à 99)
- Autres

L'ensemble des ordonnances correspondant aux FSE est transmis à la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire de rattachement du masseur kinésithérapeute.

Le modèle du bordereau est unique. Les informations à éditer sont les suivantes :

Un en-tête :

- un titre : « Bordereau récapitulatif des ordonnances pour le régime XX »,
- identification du partenaire de santé (Numéro de facturation),

Les régimes « Autres » sont réunis sur un bordereau unique. Il convient alors de reproduire cet en-tête autant de fois que de régimes concernés.

Sur l'ensemble des bordereaux, le classement se décline par organisme sur la base d'un classement numérique croissant, puis par lots à l'intérieur de l'organisme. Les lots sont classés par ordre chronologique.

Les numéros de lot et date de création du lot précèdent le détail de niveau ligne décrit infra.

Une ligne par facture par ordre croissant des numéros de facture.

Pour chaque facture du lot écrire une ligne indiquant les éléments suivants :

- n° de facture,
- n° d'immatriculation de l'assuré (NIR),
- nom et prénom du bénéficiaire,
- date de naissance du bénéficiaire,
- montant total de la facture,
- type de destinataire de règlement (Information codée sur 3 caractères au plus),

Valeurs possibles du type de destinataire de règlement : « A » pour paiement à l'assuré, « TP » pour tiers payant sur les parts obligatoire et complémentaire, « TPO » pour tiers payant sur la part AMO seule, « TPC » pour tiers payant sur la part complémentaire seule. Ces valeurs s'appuient sur le cadre de remboursement donné dans l'annexe 1-A0 (groupe 1410) comme indiqué dans le tableau de correspondance ci-après.

Valeur à imprimer sur le bordereau	Signification	A partir du Cadre de remboursement des FSE
« A »	paiement à l'assuré	1
« TP »	tiers payant sur les parts obligatoire et complémentaire	3
« TPO »	tiers payant sur la part obligatoire seule	2 ou 5

Valeur à imprimer sur le bordereau	Signification	A partir du Cadre de remboursement des FSE
« TPC »	<i>tiers payant sur la part complémentaire seule</i>	4



Remarque : Pour la profession des masseurs kinésithérapeutes seules les ordonnances correspondant aux FSE élaborées en tiers payant sur la part obligatoire ou en tiers payant sur les parts obligatoire et complémentaire doivent être adressées par le Professionnel de Santé à l'AMO.

- Motif de l'absence de l'ordonnance (Information codée sur 3 caractères au plus),

Valeurs possible du motif de l'absence de l'ordonnance : "PFR" pour paiement fractionné; « **AP** », en cas d'ordonnance transmise avec une demande d'accord préalable. Cette liste est évolutive, elle doit être adaptée aux besoins de la profession.

Une ligne « total général »

- nombre total des FSE correspondant au bordereau,
- nombre total des ordonnances correspondant au bordereau.

3.2.8.4.2.1.2 Auxiliaires Médicaux - Fournisseurs

Ces dispositions sont applicables à toutes les spécialités des Auxiliaires Médicaux ainsi qu'à la famille des Fournisseurs. Toutefois et s'agissant de la famille Fournisseurs, la fréquence d'édition des bordereaux est définie conventionnellement.

3.2.8.5 Informations de vaccination

Dans le cadre de la vaccination antigrippale, l'Article R5125-33-9 prévoit que :

« Le pharmacien inscrit dans le carnet de santé, le carnet de vaccination ou le dossier médical partagé de la personne vaccinée ses nom et prénom d'exercice, la dénomination du vaccin administré, la date de son administration et son numéro de lot. A défaut de cette inscription, il délivre à la personne vaccinée une attestation de vaccination qui comporte ces informations »

Le progiciel des Pharmaciens doit donc éditer d'une attestation de vaccination au dos du bon de prise en charge de la vaccination antigrippale mentionnant les informations prévues à l'article R5125-33-9 de l'avenant 16 à la convention nationale Pharmaciens.

3.2.9 Sécurisation des flux SESAM-Vitale

3.2.9.1 Les différents modes de sécurisation des factures

Il existe trois modes de sécurisation :

1. Le mode de sécurisation **SESAM-Vitale** qui nécessite :
 - a. soit la présence simultanée du support Vitale et de la CPS des cartes CPS et Vitale dans le(s) lecteur(s),
 - b. soit une sécurisation en 2 temps : (la sécurisation **désynchronisée**) la première sécurisation est réalisée en présence de la carte Vitale du support Vitale seule et la deuxième en présence de la CPS seule.

Par exemple, lorsque la facture est élaborée avec une CPE non habilitée à signer des FSE, la facture est sécurisée dans un premier temps par la carte Vitale le support Vitale (la CPE est non utilisée), et dans un 2ème temps par la CPS correspondant à cette CPE.

Les données sensibles sont chiffrées et les factures signées.

2. Le mode de sécurisation **SESAM sans Vitale** qui nécessite uniquement la présence de la CPS dans le lecteur. Les données sensibles sont chiffrées et les factures signées.
3. Le mode de sécurisation **SESAM-Vitale dégradé**, dans lequel, la carte Vitale le support Vitale étant absente, la sécurisation est réalisée par la CPS seule. Les données sensibles contenues dans le flux sont chiffrées et les factures sont signées par la CPS.

Pour les AMO, la pièce justificative est la FSE pour les deux premiers modes et la feuille de soins papier pour le dernier mode.

3.2.9.2 Chiffrement des données sensibles de la facture

SESAM-Vitale permet de chiffrer les données sensibles des factures lorsqu'elles sont véhiculées dans un flux électronique.

Conformément aux actuelles dispositions réglementaires et législatives, il est rappelé que les Organismes Complémentaires ne doivent pas avoir connaissance des informations relatives au codage (codes affinés, modificateurs signifiants pour la CCAM,...).

3.2.9.3 Signature des flux SESAM-Vitale

3.2.9.3.1 Signature des factures

3.2.9.3.1.1 Signature des FSE

Les mécanismes de sécurité obligatoires pour la dématérialisation des documents nécessaires au remboursement des soins sont définis réglementairement (article R.161-43).

Signature pour toutes les catégories de Professionnel de Santé (Mode SESAM-Vitale)

Une FSE ne peut être créée sans la carte Vitale le support Vitale du patient ou sans la Carte du Professionnel de Santé qui sont des composants essentiels de la sécurité du système SESAM-Vitale. La sécurisation des FSE peut être réalisée lorsque ces deux cartes supports sont présentes simultanément ou pas.

Signature pour les laboratoires d'analyse, médecins en anatomo-cyto-pathologie, directeurs de laboratoire médecin, pharmaciens, fournisseurs, la télémédecine (Mode SESAM sans Vitale)

La présence de la carte Vitale du support Vitale n'est pas obligatoire pour sécuriser la FSE pour

- la catégorie famille des laboratoires d'analyse de biologie médicale,
- les médecins spécialisés en anatomo-cyto-pathologie,
- les directeurs de laboratoire médecin (hors Centre de Santé),
- et la famille pharmaciens, (lors de la délivrance d'un contraceptif à une mineure)
- et les familles « pharmaciens », « fournisseurs » (pour certains produits de la LPP destinés à la location ainsi que les prestations délivrées au long cours inscrites au TITRE I et au TITRE II de la LPP)
- et les Professionnels de Santé lors de la réalisation d'actes de télémédecine (à l'exclusion des prestations d'accompagnement à la téléconsultation).

Règles de saisie du code porteur

SESAM-Vitale impose que le code porteur de la Carte Professionnel de Santé soit saisi pour la signature des FSE.

La Carte Professionnel de Santé impose que le code porteur soit fourni pour la lecture des situations d'exercice et de facturation du Professionnel de Santé. Ce principe s'applique selon les règles suivantes :

- Dans le cas d'un lecteur SESAM-Vitale, la saisie du code porteur peut se faire soit au niveau du progiciel depuis le clavier du poste Professionnel de Santé, soit sur le lecteur.
- Dans le cas de lecteurs PC/SC, la saisie du code porteur se fait obligatoirement au niveau du progiciel depuis le clavier du poste Professionnel de Santé.
- Lorsqu'une Carte Professionnel de Santé est insérée dans le lecteur et que le code porteur n'a pas encore été saisi par le Professionnel de Santé, alors la première lecture nécessite de fournir ce code porteur.
- Tant que cette même Carte Professionnel de Santé n'est ni retirée du lecteur ni mise hors tension, toute lecture supplémentaire ne nécessite pas une nouvelle saisie du code porteur.
- Le code porteur de la CPS ne doit pas être mémorisé par le progiciel (disque dur, mémoire...).

Habilitations des Professionnels de Santé

La signature des FSE est soumise aux règles suivantes :

- Les CPS, CPF et CDE habilités peuvent signer des FSE.
- En ce qui concerne les CPE :
 - Pour la catégorie des Pharmaciens, et des Fournisseurs les cartes CPE sont habilitées à signer des FSE, en fonction de la demande d'attribution de la carte formulée par le Pharmacien ou le Fournisseur et des règles déontologiques de cette profession.

- Pour les autres catégories de Professionnels de Santé, les cartes CPE ne sont pas actuellement habilitées à signer des FSE.

3.2.9.3.1.2 Signature des DRE

La signature des DRE est définie conventionnellement.

Le mode de sécurisation d'une DRE (DRE réalisée avec une FSE ou DRE réalisée seule) est identique au mode de sécurisation de la FSE.

Pour une DRE d'annulation, le mode de sécurisation SESAM-Vitale dégradé peut avoir, dans le respect des accords conventionnels, la même valeur que le mode SESAM-Vitale.

3.2.9.3.2 Signatures des lots

3.2.9.3.2.1 Signature des lots de FSE et de DRE

Un lot de FSE ou un lot de DRE ne peut être créé sans la Carte du Professionnel de Santé qui est un des composants essentiels de la sécurité du système SESAM-Vitale.

Règles de saisie du code porteur

SESAM-Vitale impose que le code porteur de la Carte Professionnel de Santé soit saisi pour la signature des lots de FSE. Ce principe s'applique selon les règles suivantes :

- les lots peuvent être signés en série,
- la signature du premier lot de FSE ou DRE de la série nécessite la saisie du code porteur,
- la saisie du code porteur n'est pas obligatoire pour la signature des autres lots de la série (sauf retrait ou mise hors tension de la carte).

Habilitations des Professionnels de Santé

La signature des lots de FSE et de DRE sont soumises aux règles suivantes :

- Les CPS, CPF et CDE habilités peuvent signer des lots de FSE ou DRE.
- En ce qui concerne les CPE :
 - Pour la catégorie des Pharmaciens, les cartes CPE ne sont pas habilitées à signer des lots de FSE ou DRE.
 - Pour les autres catégories de Professionnels de Santé, les cartes CPE peuvent être habilitées à signer des lots de FSE ou DRE, en fonction de la demande d'attribution de la carte formulée par le Professionnel de Santé et des règles déontologiques de sa profession. La CPE d'un employé de cabinet de groupe peut signer les lots de FSE ou DRE élaborées par l'ensemble des Professionnels de Santé du cabinet. Pour les centres de santé polyvalents, le logiciel devra contrôler que le numéro de facturation porté en carte CPE ou CDE est bien l'un des numéros attribués à ce centre (les postes de travail ou serveurs ayant été paramétrés préalablement).

Le présent document ne spécifie pas les procédures de demande, d'attribution et de distribution des différentes cartes de Professionnels de Santé.

3.2.9.4 Chiffrement de pièce jointe

La version 1.40 assure intrinsèquement la confidentialité des données sensibles (cf. §3.2.9.2) via des certificats de chiffrement de données (premier niveau de chiffrement).

La version 1.40 assure également la confidentialité de l'ensemble des données transmises vers l'assurance maladie via le chiffrement de pièce jointe des messages SMTP et de certificats de chiffrement de pièce jointe (second niveau de chiffrement) (cf. description à l'annexe 4).

Les flux retours des organismes d'Assurance Maladie ne sont pas chiffrés.

3.2.10 Transmission des flux SESAM-Vitale aux organismes d'Assurance Maladie

3.2.10.1 Création des lots de factures électroniques

3.2.10.1.1 Mise en forme des lots de factures

Les factures électroniques sont regroupées en lots en vue de leur transmission aux organismes d'Assurance Maladie.

Le critère de regroupement des FSE utilisé pour la mise en lot est constitué des éléments suivants fournis ci-après à titre indicatif⁸ :

- numéro d'identification de facturation du Professionnel de Santé,
- type de norme d'échange,
- régime d'Assurance Maladie (code régime contenu dans la carte Vitale),
- organisme destinataire,
- destinataire de règlement (tiers payant, hors tiers payant),
- mode de sécurisation (dégradé, SESAM-Vitale ou SESAM sans Vitale),
- critère spécifique AMO (par exemple distinction de la nature d'assurance AT/MP pour certains régimes),
- type de flux (test, démonstration, réel),
- version de norme,
- numéro de Certificat de Conformité du TLA,
- type de facture (« F » pour Feuille de Soins Electronique),

Le critère de regroupement des DRE utilisé pour la mise en lot est constitué des éléments suivants fournis ci-après à titre indicatif⁹ :

- numéro d'identification de facturation du Professionnel de Santé,
- numéro d'AMC ou numéro d'opérateur de règlement,
- mode de sécurisation (dégradé, SESAM-Vitale ou SESAM sans Vitale),
- unité monétaire (EUR),
- version de norme,

⁸ Ces critères de regroupement sont susceptibles d'évoluer dans le temps. Ces évolutions sont rendues transparentes par les Services SESAM-Vitale. Il est fortement déconseillé d'utiliser ces critères de regroupement à des fins autres que celles prévues au Cahier des Charges.

- numéro de Certificat de Conformité du TLA,
- type de facture (« D » pour Demande de Remboursement Electronique),
- code Norme,
- type de flux (test, démonstration, réel),
- code application,
- type de service AMC,
- code routage,
- identifiant de l'hôte,
- domaine.

Le Professionnel de Santé doit disposer d'une fonction de visualisation de l'ensemble des factures contenues dans un lot, avant sa signature.

3.2.10.1.2 Sauvegarde des lots de factures

Les lots de factures, mis en forme et sécurisés grâce aux modules SESAM-Vitale et à la Carte Professionnel de Santé, sont archivés sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé.

Ces lots de factures doivent être conservés au moins tant que les ARL positifs correspondants n'ont pas été reçus afin de permettre une éventuelle réémission (cf. chapitre concernant les cas particuliers de fonctionnement).

Par ailleurs, il est recommandé au Professionnel de Santé de conserver sur son Poste de Travail les références des lots de factures. Celles-ci peuvent s'avérer utiles en cas de dysfonctionnement du système SESAM-Vitale.

3.2.10.2 La création des fichiers

Les lots de factures électroniques sont regroupés en fichiers en vue de leur transmission à l'Assurance Maladie.

Le critère de regroupement des lots de FSE en fichier est constitué des éléments suivants fournis à titre indicatif⁹ :

- type d'émetteur,
- numéro d'émetteur,
- régime d'Assurance Maladie (code régime contenu dans la carte Vitale),
- code norme,
- organisme destinataire (pour les flux véhiculés par le Réseau SESAM-Vitale),
- type de flux (test, démonstration, réel).

Le critère de regroupement des lots de DRE en fichier est constitué des éléments suivants fournis à titre indicatif¹⁰ :

- type émetteur,
- n° émetteur,
- n° destinataire fichier,

⁹ Ces critères de regroupement sont susceptibles d'évoluer dans le temps. Ces évolutions sont rendues transparentes par les Services SESAM-Vitale. Il est fortement déconseillé d'utiliser ces critères de regroupement à des fins autres que celles prévues au Cahier des Charges.

- type destinataire fichier,
- nom du domaine de l'adresse du destinataire,
- type de facture,
- code application,
- code norme,
- type de flux,
- version de norme DRE.

Les fichiers sont conservés sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé en prévision des cas de réémission possibles.

La création d'un fichier ne nécessite pas la présence de la Carte Professionnel de Santé.

Il est recommandé que la mise en forme des fichiers de lots de DRE soit effectuée consécutivement à la mise en forme des fichiers de lots de FSE.

Cette opération peut être réalisée sur le poste du Professionnel de Santé mais aussi par un Organisme Concentrateur Technique en cas de délégation de transmission.

3.2.10.3 La transmission des fichiers de factures électroniques

La procédure de transmission des FSE doit être conforme aux dispositions législatives (article R.161-47). Le Professionnel de Santé ayant dispensé les actes ou prestations remboursables par l'Assurance Maladie transmet les FSE dans un délai de trois jours ouvrés en cas de paiement direct par l'assuré, ou, en cas de dispense d'avance de frais, dans un délai de huit jours ouvrés à compter de la date d'élaboration de la feuille de soins.

Bien qu'il n'existe pas de dispositions législatives pour le Professionnel de Santé et pour l'AMC, la procédure de transmission des DRE est définie conventionnellement et est identique à la procédure appliquée pour les FSE.

La transmission des factures électroniques nécessite l'envoi de fichiers à l'organisme d'Assurance Maladie via un réseau de télécommunication de données (cf. Annexe 4).

La transmission de ces fichiers peut se réaliser :

- soit directement entre le Poste de Travail des Professionnels de Santé et les organismes d'Assurance Maladie via un réseau de messageries,
- soit entre le Poste de Travail des Professionnels de Santé et les organismes d'Assurance Maladie via un Organisme Concentrateur Technique ou un réseau tiers.

La transmission des messages peut être décorrélée de la mise en forme des lots et des fichiers.

Le Poste de Travail du Professionnel de Santé doit demander à recevoir de la part du réseau les avis de non-remise pour les messages SMTP envoyés.

La confidentialité des données est assurée selon les règles décrites dans le chapitre relatif à la sécurité des flux SESAM-Vitale.

Pour optimiser la volumétrie des données transportées, la compression des messages à partir d'un outil spécifique peut être utilisée sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé (cf. Annexe 4 – chapitre 5).

Adressage des flux de factures

La constitution de l'adresse électronique est fonction du type de BAL destinataire (BAL dédiée à un AMC ou à un AMO ; BAL commune à des AMC, connue ou non du poste Professionnel de Santé). Cette adresse est définie par les données **en carte du support Vitale ou du support de droits**, et sur un autre support **de droits AMC éventuel**, ainsi que par les **informations administratives et de routage issues de l'Annuaire AMC ou des** tables conventionnelles pour les flux de DRE tiers payant.

Routage des flux SMG

A partir du moment où le Professionnel de Santé choisit le contexte de facturation SMG, la facture est transmise à la CNMSS chargée de la gestion des flux SMG (cf. § 4.2.1.12.2).

3.3 Réception des retours sur le poste du Professionnel de Santé

Pour la description des retours concernant les rapports de réclamation, cf. annexe 1-B0.

3.3.1 Les accusés de réception logique (ARL)

L'organisme d'Assurance Maladie crée un accusé de réception logique (ARL) par :

- lot de FSE reçu, uniquement **sécurisé** en mode SESAM-Vitale ou en mode SESAM sans Vitale,
- lot de DRE reçu, quel que soit le mode de sécurisation.

3.3.1.1 Un ARL positif

Un ARL positif signifie que la transmission de ce lot s'est bien déroulée, c'est-à-dire :

- le lot de factures électroniques est intègre et l'organisme d'Assurance Maladie reconnaît son origine. Cela ne signifie pas que le contenu du lot est accepté par cet organisme d'Assurance Maladie (les factures n'ont pas encore été « liquidées »),
- l'assurance au Professionnel de Santé que le lot de factures électroniques a bien été reçu par le destinataire escompté¹⁰,
- le Professionnel de Santé est déchargé de sa responsabilité de transmettre ce lot.

Sauvegarde

Pour la FSE, conformément aux dispositions réglementaires (R161-47), le progiciel doit sauvegarder l'ARL positif associé, pendant 90 jours au moins.

Les principes de sauvegarde énoncés pour les ARL positifs émis par les AMO s'appliquent aux ARL positifs émis par les AMC.

3.3.1.2 Un ARL négatif

Signification d'un ARL négatif

Un ARL négatif signifie que le lot de factures électroniques n'a pas été transmis avec succès, c'est-à-dire que le Professionnel de Santé n'est pas déchargé de sa responsabilité de transmettre ce lot. Un ARL négatif peut éventuellement indiquer la première facture électronique incorrecte contenue dans le lot traité.

Son traitement sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé est décrit au chapitre relatif aux cas particuliers de fonctionnement.

Origine d'un ARL négatif

L'origine de l'ARL négatif peut être :

- le Professionnel de Santé émetteur n'est pas reconnu (la Carte Professionnel de Santé utilisée pour signer le lot de factures électroniques est invalide),
- la syntaxe des lots de factures électroniques reçus est incorrecte (exemple de cause possible : dysfonctionnement matériel ou logiciel),

¹⁰ L'Assurance Maladie Obligatoire assure l'archivage des flux dématérialisés (lots de feuilles de soin électroniques et accusés de réception logiques) conformément à la réglementation.

- les lots de factures électroniques reçus ne sont pas intègres (exemples de causes possibles : erreur de transmission, dysfonctionnement du matériel informatique du Professionnel de Santé),
- le numéro d'agrément du progiciel du Professionnel de Santé n'est plus ou pas valide.
- la première facture détectée erronée ou non intègre contenue dans le lot.

Traitement de l'ARL négatif par le Professionnel de Santé

Après transmission des lots de factures électroniques, le Professionnel de Santé reçoit, lors d'une connexion ultérieure, un ARL négatif émis par l'organisme d'Assurance Maladie destinataire du lot. Le traitement de l'ARL négatif est fait par le Professionnel de Santé à l'aide des informations transmises dans l'ARL négatif.

Le progiciel du Professionnel de Santé doit être capable de retransmettre un lot de factures électroniques tel que précédemment émis, débarrassé éventuellement des factures électroniques incriminées dans le rejet du lot. Dans ce dernier cas, les numéros des deux lots doivent être différents et le nouveau lot doit être sécurisé.

Le progiciel du Professionnel de Santé doit être capable, à des fins d'analyse, de sauvegarder dans un fichier (tel que défini par le système d'exploitation de l'équipement informatique) un lot de factures électroniques qui posent un problème.

Pour la FSE, les éléments qui suivent sont définis réglementairement (article R.161-47). Lorsque le Professionnel de Santé reçoit un ARL négatif, il dispose de deux jours ouvrés pour réémettre les lots de factures électroniques et prévenir l'organisme destinataire, ou, au plus tard, jusqu'à la transmission d'une nouvelle facture. Ce délai ne court pas durant les périodes d'absence du Professionnel de Santé d'une durée supérieure à deux jours ouvrés.

Sauf dispositions conventionnelles spécifiques, cette disposition est applicable à la DRE.

En cas de réception d'un ARL négatif pour des lots créés depuis plus de 90 jours ou post datés de plus de 2 jours, il est inutile de réémettre le lot dans les 48 heures. Il convient d'adopter la procédure de remise du duplicata sur support papier.

3.3.2 Les flux de rejet / signalement / paiement (RSP)

Normes utilisées

La référence NOEMIE-PS 580 a été choisie comme référence unique de retour par tous les Organismes d'Assurance Maladie.

Elle doit à terme remplacer les retours existants :

- les références 576 et 900 de la norme NOEMIE pour les AMO,
- les flux de paiement et de rejet en provenance des AMC actuellement transmis

Le progiciel du Professionnel de Santé doit être capable de traiter les données constituant la référence 580 de la Norme NOEMIE, ainsi que les références 576 et 900 (sauf pour les pharmaciens).

Par ailleurs, il est recommandé que la gestion des flux de paiement et de rejet en provenance des AMC actuellement transmis soit maintenue pour les progiciels qui offriraient cette fonctionnalité.

Rapprochement

Quelle que soit la référence traitée par le progiciel, le Professionnel de Santé doit pouvoir effectuer :

- le rapprochement entre les flux aller (émis par le Professionnel de Santé) et les flux retours (émis par les organismes d'assurance maladie),
- les rapprochements comptable et bancaire.

Réception d'un flux de rejet / signalement sur une facture

Après transmission des lots de factures électroniques, le Professionnel de Santé reçoit, lors d'une connexion ultérieure, un flux de RSP (rejet / signalement / paiement) émis par l'organisme d'Assurance Maladie destinataire.

Les flux de rejet / signalement / paiement sont créés dans les cas suivants :

- systématiquement en tiers payant,
- occasionnellement en hors tiers payant. Certains organismes d'Assurance Maladie génèrent des retours en cas de rejet ou signalement,
- pour retour d'informations relatives à des paiements ponctuels (aide pérenne, ROSP, RMT, ..) au Professionnel de Santé.

Le flux de rejet / signalement / paiement indique pour chaque facture électronique traitée :

- soit le motif du non traitement (indication de rejet),
- soit les caractéristiques du traitement (paiement ou signalement), accompagnées du montant remboursé après liquidation

En cas de rejet d'une FSE, il est alors nécessaire :

- soit de revenir au circuit papier traditionnel ; le Professionnel de Santé remet un duplicata (sur support papier) à l'assuré ou à l'organisme servant à ce dernier les prestations de base de l'Assurance Maladie. Ce duplicata comprend les données constitutives de la facture électronique, ainsi que les nom et prénom du bénéficiaire des soins.
- soit de réaliser une nouvelle facture électronique si l'assuré peut se représenter chez le Professionnel de Santé. Dans ce cas, un nouveau numéro doit être attribué à cette facture.

Pour la DRE, le traitement des rejets relève des accords conventionnels.

3.3.3 Messages de service

Suite à la télétransmission par le Professionnel de Santé de messages contenant des factures, le Poste de Travail du Professionnel de Santé est susceptible de recevoir des messages dits de « service ».

3.3.3.1 Message de service de l'Assurance Maladie

Les messages de service sont envoyés par les régimes d'Assurance Maladie en réponse à des erreurs détectées au niveau des en-têtes SMTP, de l'enveloppe des fichiers contenant les lots, lors de la détection ou d'une erreur du chiffrement.

Les Professionnels de Santé peuvent recevoir par les régimes d'Assurance Maladie obligatoire ou complémentaire, suite à la transmission de fichier vers les organismes d'Assurance Maladie :

- un message de service de rejet SMTP en réponse à des erreurs détectées au niveau des en-têtes SMTP,
- ou un message de service de rejet de fichier en réponse à des erreurs détectées au niveau de l'enveloppe des fichiers contenant les lots,
- ou un message de service de rejet de chiffrement en réponse à des erreurs détectées au niveau du chiffrement.

3.3.3.2 Message de service de l'opérateur de messagerie

Les Professionnels de Santé peuvent recevoir par l'opérateur de messagerie, suite à la transmission de fichier vers les organismes d'Assurance Maladie :

- un message de service d'accusé de réception provisoire (AR_P) en cas d'indisponibilité d'un site d'exploitation de l'Assurance Maladie,

Le lecteur peut se référer à l'annexe 1-B et à l'annexe 4 pour information complémentaire.

3.4 Cas particuliers de fonctionnement

3.4.1 Cas de fonctionnement dégradé

3.4.1.1 Accident du travail

Dans le cas où les informations relatives à l'AT ou celles relatives à l'identification de la caisse gestionnaire du risque AT, fournies par la victime diffèrent des informations contenues en carte Vitale, le Professionnel de Santé peut réaliser une feuille de soins en mode SESAM-Vitale dégradé.

3.4.1.2 Dysfonctionnements

Ce paragraphe indique les modes de fonctionnement prévus en cas de dysfonctionnement du système SESAM-Vitale ou d'un de ses composants.

Fonctionnement Dégradé

~~Si la carte est absente ou ne fonctionne pas ou si sa date de validité est dépassée~~
En cas d'absence de support Vitale ou de dysfonctionnement lié à son utilisation, il est nécessaire :

- soit de revenir au circuit papier traditionnel,
- soit de réaliser un flux électronique en mode SESAM-Vitale dégradé.
Les données sont alors chiffrées en l'absence de la carte Vitale du support Vitale (dans la précédente version du Cahier des Charges V1.31, le mode non sécurisé était proposé dans ce cas).

A l'occasion de ce fonctionnement dégradé, le logiciel peut appeler le service ADR.

Dysfonctionnement du terminal lecteur ou absence de la CPS

Si le terminal lecteur (lecteur mono-applicatif ou multi-applicatif, ou TLA) du Professionnel de Santé ne fonctionne pas ou que sa CPS est absente ou ne fonctionne pas, il est nécessaire de revenir au circuit traditionnel.

Dysfonctionnement du Poste de Travail du Professionnel de Santé

Si le Poste de Travail du Professionnel de Santé ne fonctionne pas, l'élaboration de la facture ne peut avoir lieu. Pour les AMO, il est alors nécessaire de revenir au circuit papier conformément aux dispositions législatives et pour les AMC aux dispositions conventionnelles.

Dysfonctionnement du réseau de télécommunication

Si le réseau de télécommunication n'est pas accessible ou ne fonctionne pas, le progiciel du Professionnel de Santé effectue plusieurs tentatives de connexion ou de transmission.

Suite à la réception d'un avis de non remise du réseau de messagerie signifiant que le message SMTP n'a pu être transmis à l'organisme d'Assurance Maladie et qu'il est perdu, le Professionnel de Santé renvoie à l'identique les données initialement émises.

Il est recommandé au progiciel du Professionnel de Santé d'alerter le Professionnel de Santé dès lors que plusieurs avis de non-remise sont reçus successivement concernant l'envoi d'un ou plusieurs messages à un ou plusieurs destinataires.

Perte de la facture électronique

En cas de dysfonctionnement grave du système entraînant la perte définitive soit de la FSE soit de la DRE (par exemple, panne de disque dur), il est alors nécessaire :

- soit de revenir au circuit papier traditionnel sous la forme d'un duplicata pour la FSE,
Bien qu'il n'existe pas de dispositions législatives pour le Professionnel de Santé et pour l'AMC, le Professionnel de Santé transmet une facture papier à l'AMC (dans le cas de tiers-payant sur la part complémentaire),
- soit de réaliser la (ou les) factures électronique(s) en mode SESAM-Vitale dégradé,
- soit de réaliser une nouvelle FSE, ou une DRE, si l'assuré peut se représenter chez le Professionnel de Santé.

Absence d'ARL

Les éléments qui suivent sont définis réglementairement (article R.161-47) pour la FSE. Lorsque le Professionnel de Santé n'a pas pu obtenir d'ARL dans les deux jours ouvrés suivant l'émission des lots de factures électroniques, il dispose de deux jours ouvrés pour les réémettre et prévenir l'organisme destinataire, ou, au plus tard, jusqu'à la transmission d'une nouvelle facture. Ce délai ne court pas durant les périodes d'absence du Professionnel de Santé d'une durée supérieure à deux jours ouvrés.

Les principes cités ci-dessus pour la FSE s'appliquent à la DRE.

Échec de la réémission d'une facture électronique

En cas d'échec de la réémission d'une FSE, le Professionnel de Santé remet un duplicata sur support papier à l'assuré ou à l'AMO.

En cas d'échec de la réémission d'une DRE, les dispositions conventionnelles s'appliquent.

3.4.2 Feuille de soins papier pour la FSE dégradée

Parallèlement à la transmission du flux à l'AMO, le Professionnel de Santé adresse à la caisse du régime obligatoire les pièces justificatives papier, à savoir la feuille de soins sur support papier établie sur l'imprimé conforme au modèle CERFA.

Pour tous les cas de dysfonctionnement et dans le cas d'accident de travail, lorsqu'il y a utilisation du mode SESAM-Vitale dégradé, la mention « Télétransmission dégradée » doit figurer sur la feuille de soins papier, pour toutes les familles.

La feuille de soins papier peut être télétransmise à l'AMO via le système SCOR.

3.4.3 Contenu d'un duplicata papier pour la FSE

Conformément aux dispositions législatives (article R.161-47), si le Professionnel de Santé n'est pas en mesure de transmettre la FSE, il remet un duplicata sur support papier à l'assuré ou à l'organisme servant à ce dernier les prestations de base de l'Assurance Maladie selon des modalités fixées par convention. Ce duplicata comprend les données constitutives de la FSE, ainsi que les nom et prénom du bénéficiaire des soins.

Le duplicata doit être rédigé ou imprimé sur un feuillet normalisé CERFA sur lequel est indiquée la mention « DUPLICATA ».

3.4.4 Mode test

Le mode test correspond à l'élaboration de FSE ou de DRE à partir de cartes Vitale support Vitale de test et CPS de test et à leur transmission vers les AMO et les AMC conformément aux spécifications de l'annexe 4.

Par conséquent le progiciel doit prévoir un mode de configuration test spécifique.

3.4.5 Mode démonstration

Lors de l'utilisation d'une carte Vitale d'un support Vitale de démonstration avec une CPS réelle, le progiciel du Professionnel de Santé doit reconnaître la carte Vitale le support Vitale de démonstration sur la base des informations « code régime » et « code caisse » (01 et 999) et doit afficher au Professionnel de Santé qu'il est en train d'effectuer un flux de démonstration.

3.5 Récapitulatif des émissions / réceptions du Professionnel de Santé par modes de sécurisation

Le tableau ci-dessous récapitule en fonctionnement nominal ou dégradé les émissions et les réceptions du Professionnel de Santé par mode de sécurisation de la facture.

Mode de sécurisation	Émission / Réception du Professionnel de Santé	
	Flux AMO	Flux AMC
SESAM-Vitale SESAM-Vitale désynchronisé avec désynchronisation Pour toutes catégories Facture électronique chiffrée et signée en présence de la carte Vitale du support Vitale et d'une CPS	<ul style="list-style-type: none"> FSE sans papier en parallèle Réception d'ARL 	<ul style="list-style-type: none"> DRE sans papier en parallèle Réception d'ARL
SESAM sans Vitale Uniquement pour les laboratoires d'analyse, les médecins en anatomo-cyto-pathologie, les pharmaciens et fournisseurs (sous certaines restrictions), et les professionnels de Santé lors de la réalisation d'actes de télémédecine autres que des prestations d'accompagnement à la téléconsultation. Facture électronique chiffrée et signée en présence uniquement de la CPS	<ul style="list-style-type: none"> FSE sans papier en parallèle Réception d'ARL 	<ul style="list-style-type: none"> DRE sans papier en parallèle Réception d'ARL

	Émission / Réception du Professionnel de Santé	
<p>Dégradé Pour toutes catégories, uniquement en cas d'absence ou de dysfonctionnement de la carte Vitale du support Vitale, ou FSE AT lorsque l'organisme de la facture est différent de celui de la carte Vitale</p> <p>Facture électronique chiffrée et signée en présence uniquement de la CPS et signée.</p> <p>Le mode dégradé est interdit en cas de facturation d'acte de télémédecine autres que des prestations d'accompagnement à la téléconsultation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • facture électronique en mode «dégradé» avec papier en parallèle • Pas de réception d'ARL 	<ul style="list-style-type: none"> • DRE sans papier en parallèle • Réception d'ARL

3.6 L'administration du système SESAM-Vitale

L'administration du système SESAM-Vitale est une fonction essentielle pour assurer un fonctionnement conforme aux objectifs de qualité fixés.

En tant qu'organisme spécificateur et fournisseur de matériel et logiciel, le GIE SESAM-Vitale est partie prenante dans le fonctionnement et l'évolution de l'équipement du Professionnel de Santé.

3.6.1 Suivi du Parc

Le Suivi de Parc a pour but de fournir des informations sur l'état du parc des postes des Professionnels de Santé au GIE SESAM-Vitale. Il permet :

- de connaître les différentes versions des fournitures SESAM-Vitale installées sur le terrain, notamment pour évaluer l'état d'avancement des migrations,
- de repérer les postes du Professionnel de Santé qui nécessitent une action ciblée de la part des correspondants SESAM-Vitale, notamment lorsque certains composants sont incompatibles ou lorsqu'un composant nécessite une mise à jour réglementaire,
- d'élaborer des statistiques sur l'état du parc.

Le Suivi de Parc concerne les postes de travail suivants :

- les postes qui élaborent des factures électroniques,
- les postes qui mettent en forme des lots de FSE.

Le Suivi de parc concerne les éléments suivants (liste non limitative) :

- le numéro d'agrément,
- les composants ou produits homologués (terminal lecteur ou intégrés) par le GIE SESAM-Vitale,
- les fournitures SESAM-Vitale,
- certaines fournitures de l'ASIP Santé.

Ces informations sont transmises périodiquement avec les FSE.

3.6.2 Mise à jour du Poste de Travail du Professionnel de Santé

3.6.2.1 Objectifs

Le système de mise à jour des composants SESAM-Vitale du Poste du Professionnel de Santé a pour objectif de définir, caractériser et mettre en place les services nécessaires à la mise à jour de l'équipement des Professionnels de Santé afin d'offrir au système l'évolutivité en particulier du fait de l'introduction de la CCAM, de la tarification de la part complémentaire.

3.6.2.2 Les composants susceptibles de faire l'objet d'une mise à jour

Parmi les composants présents sur l'équipement du Professionnel de Santé et constituant une version donnée, il convient de distinguer sur le Poste de Travail :

- les tables de données (tarification CCAM et complémentaire),
- les fichiers de paramétrage des modules de traitement,
- les bibliothèques ou exécutables (certaines bibliothèques exploitent ces tables ou fichiers),

et sur le terminal lecteur :

- les composantes système (noyau, superviseur, ...),
- les applications (ex : EI96, TLA).

3.6.2.3 Exigences

Pour que le Professionnel de Santé puisse élaborer des flux de production corrects au niveau de son progiciel, le système de mise à jour doit permettre de mettre à jour les composants SESAM-Vitale présents sur son Poste de Travail avec les éléments les plus récents disponibles.

3.6.2.4 Circuit de mise à jour

Le système de mise à jour peut être utilisé pour mettre à jour des fichiers de paramétrage ou des « bibliothèques de fonctions » dans le cas où l'évolution a un impact limité au périmètre du composant lui-même (ex : correction du code d'un module, évolution d'un module associée à une version de table de données).

Les évolutions de composants ne peuvent porter que sur celles qui interviennent entre deux versions du Cahier des Charges et du package SESAM-Vitale associé. Sont essentiellement concernées les évolutions de composants qui n'impactent pas le progiciel (interfaces technique et fonctionnelle constantes vis à vis du progiciel).

3.6.3 Mise à jour des tables de conventions du Professionnel de Santé

Les tables de conventions peuvent être mises à jour par le Professionnel de Santé soit par saisie manuelle, soit par récupération de fichiers normés. Ces fichiers de Conventions et de Regroupements normés sont transmis ou mis à disposition soit :

- directement par les organismes signataires de conventions,
- via les OCT ou les éditeurs de logiciels qui le souhaiteraient,
- par le GIE SESAM-Vitale dans le cas des conventions en gestion unique.

Plusieurs circuits de diffusion des fichiers normés sont possibles :

- Envoi des fichiers de conventions et de regroupements normés dans une BAL et plus particulièrement la BAL SESAM-Vitale du Professionnel de Santé (la procédure de récupération des fichiers normés est détaillée dans les annexes 3 et 4 du présent Cahier des Charges SESAM-Vitale),
- Chargement des fichiers de conventions et de regroupements normés par le Professionnel de Santé à partir de support de l'Assurance Maladie (serveurs, CD, etc ...) (*procédure non décrite dans ce document*),
- Mise à disposition de ces fichiers via les éditeurs ou les OCT (*procédure non décrite dans ce document*).

3.6.4 Mise à jour des certificats de chiffrement et de la liste de révocation des certificats de chiffrement

Le Professionnel de Santé doit émettre des FSE ou DRE avec une CRL de chiffrement de données et des certificats de chiffrement de données à jour sur son poste.

De même, le Professionnel de Santé doit émettre des FSE ou DRE avec une CRL de chiffrement de pièces jointes et des certificats de chiffrement de pièces jointes à jour sur son poste.

4 Le Poste de Travail du Professionnel de Santé

Ce chapitre décrit la participation du Poste de Travail du Professionnel de Santé à la mise en œuvre des fonctionnalités de SESAM-Vitale définies au chapitre 3.

Il spécifie les accès aux Fournitures SESAM-Vitale pour un équipement informatique.

4.1 Présentation du Poste de Travail

4.1.1 Architecture matérielle

La description de l'architecture matérielle ainsi que les exigences en terme d'architecture et de sécurité qui lui sont attachées sont fournies dans une nouvelle annexe : 'L'annexe 7 – Architecture et sécurité'.

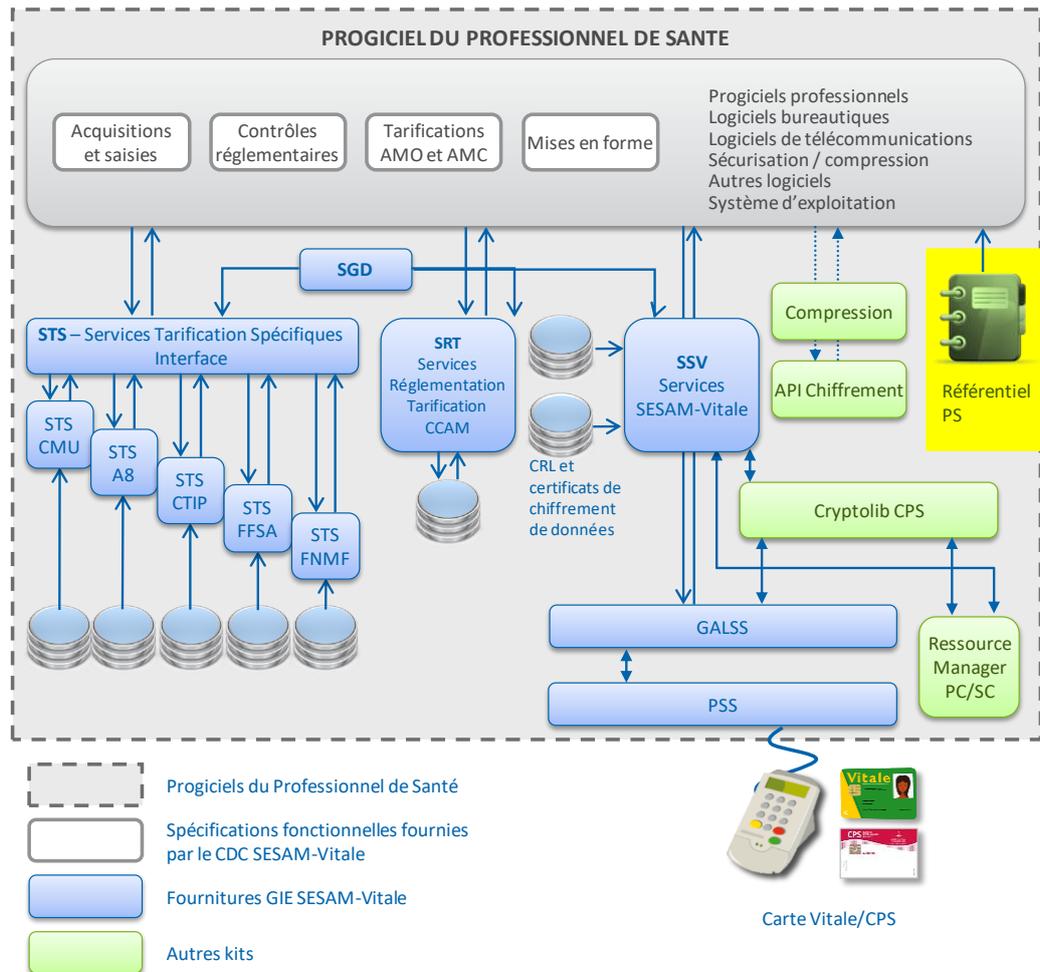
4.1.2 Architecture logicielle

Ce chapitre décrit l'architecture logicielle globale de l'équipement informatique du Professionnel de Santé.

Les configurations matérielles et logicielles non couvertes par le présent document sont soumises à homologation par le GIE SESAM-Vitale conformément aux spécifications fonctionnelles du système SESAM-Vitale.

Les progiciels agréés par l'Assurance Maladie, permettant au Professionnel de Santé de gérer son activité, intègrent des fonctions spécifiées dans le présent document liées à l'application de la réglementation et de la tarification des organismes d'Assurance Maladie ainsi que les modules SESAM-Vitale fournis par l'Assurance Maladie.

L'architecture logicielle de l'équipement informatique du Professionnel de Santé est la suivante :



Le schéma précédent présente l'ensemble des fournitures utilisable par le progiciel de santé :

- Les SGD (Service de Gestion de Données), offrent une interface simplifiée au progiciel pour les différents modules SESAM-Vitale.
- Les SSV et le terminal lecteur servent à la facturation (entre autres, acquisition des données cartes CPS et Vitale, et mise en forme et sécurisation de la FSE et de la DRE). Les SSV permettent également de lister les lecteurs PC/SC et de donner des informations sur la carte présente dans le lecteur.
- Les SRT servent à la réglementation et à la tarification de la nomenclature CCAM. Ils sont composés d'une partie logicielle et d'un fichier des données CCAM dénommé référentiel électronique.
- Les progiciels à destination des pharmaciens doivent utiliser un référentiel PS pour acquérir des informations sur les PS prescripteurs. Ce référentiel est mis à jour régulièrement **à partir des informations obtenues par l'éditeur (cf. document « Elaboration et utilisation du référentiel PS », FACT-GU-001 du GIE SESAM-Vitale)**. L'éditeur doit être en mesure de déterminer pour chaque Professionnel de Santé la date de la dernière mise à jour du référentiel sur son Poste de Travail.

Le référentiel électronique contient des données de la nomenclature CCAM. Il est constitué à partir de la base nationale de la CCAM, la référence électronique de la nomenclature. Ces données sont utilisées par la partie logicielle pour la mise en œuvre des services SRT.

- Les STS gèrent les règles spécifiques de calcul des AMC et permettent le calcul du montant de la part complémentaire pour chaque acte de la facture. Ils comportent également des services d'assistance à la tarification.

Le mode d'utilisation d'un module STS par le progiciel de santé est identique pour tous les STS. Les fonctions, l'interface, la cinématique d'appel sont identiques.

La répartition des modules STS est la suivante :

- une interface STS unique, entre le progiciel et les différents modules de tarification STS qui suivent,
- les services de tarification de la part complémentaire spécifiques par famille ou groupe de familles de complémentaires :
 - CTIP (STS-CTIP),
 - FFA FFSA (STS-FFSA),
 - FNMF (STS-FNMF),
 - AMO (STS-A8) en convention de gestion et AMC délégataires de gestion,
- le service de tarification complémentaire pour la CMU-C C2S. Ce STS-CMU est unique et gère la tarification de la même façon pour tous les bénéficiaires de la CMU-C C2S. Les garanties et les forfaits sont définis par l'Etat. Ce même service de tarification STS-CMU est également utilisé lorsque la facture est élaborée dans le cadre du dispositif « TPI ACS - Paiement coordonné par l'AMO ».

Accès à la CPS et à la carte Vitale

Par ailleurs, au sein du Poste de Travail, l'accès à la CPS et à la carte Vitale peut être réalisé au moyen d'un lecteur SESAM-Vitale ou de lecteurs PC/SC (mono-fente ou bi-fente).

- le Gestionnaire d'Accès au Lecteur Santé Social (GALSS) gère les accès de tout logiciel implanté sur l'équipement informatique à une même ressource (lecteur SESAM-Vitale, carte Vitale, CPS,...). Dans toutes les configurations, lorsqu'une application accède à une ressource donnée, toutes les ressources connectées via la même connexion (c'est-à-dire le même canal) deviennent inaccessibles à toute autre application.
- L'accès aux lecteurs PC/SC est réalisé par interfaçage direct avec le Ressource Manager PC/SC.

Remarque : Des recommandations sur les lecteurs PC/SC sont disponibles dans un document dédié diffusé par le GIE SESAM-Vitale.

Les SSV permettent l'utilisation de plusieurs lecteurs sur un même poste de travail. Ces lecteurs peuvent être indifféremment des terminaux lecteurs homologués SESAM-Vitale ou des lecteurs PC/SC. Cependant, pour un même service SSV ("lire droit vitale" et "formater facture") accédant à la carte Vitale et à la CPS, seules les configurations suivantes sont autorisées :

- Vitale et CPS présentes dans un même lecteur SESAM-Vitale,
- Vitale et CPS insérées dans deux lecteurs PC/SC.



Remarque

Certaines tables ou listes (table des tarifs, Liste des Produits et Prestations remboursables, table des actes de biologie...) sont nécessaires au bon fonctionnement du logiciel et à son utilisation par le Professionnel de santé.

Pour autant, ces tables et/ou listes sont hors du périmètre SESAM-Vitale et ne sont donc pas décrites dans le présent Cahier des charges ou mises à disposition par le GIE SESAM-Vitale.

Pour se les procurer, l'éditeur de logiciel peut consulter les différents sites internet publics utiles.

4.1.2.1 Les systèmes d'exploitation

La liste des environnements possibles acceptant les fournitures SESAM-Vitale est susceptible d'évoluer, elle est de ce fait disponible sur le site du GIE SESAM-Vitale <http://www.sesam-vitale.fr>.

Les sociétés désirant disposer des Fournitures SESAM-Vitale dans d'autres environnements que ceux indiqués dans cette liste sont invitées à prendre contact avec le GIE SESAM-Vitale.

4.1.2.2 Les progiciels du Professionnel de Santé

Le Poste de Travail comprend les applications nécessaires au Professionnel de Santé pour exercer son activité :

- gestion de cabinet,
- gestion des dossiers patients,
- accès à des bases de données médicales,
- etc.

Le présent document ne contient aucune spécification des progiciels du Professionnel de Santé ne participant pas à la création ou à la transmission de FSE et de DRE.

Les progiciels présents sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé qui permettent de créer et de transmettre des FSE et des DRE doivent être conformes aux règles décrites dans le présent document.

Le packaging du progiciel de santé est sous la responsabilité de l'éditeur.

Ce document ne contient aucune spécification relative :

- à l'implémentation des règles du Cahier des Charges dans le progiciel du Professionnel de Santé,
- à l'interface utilisateur du Poste de Travail du Professionnel de Santé et de ses progiciels¹¹,
- aux fonctions de traçabilité des échanges de données électroniques (lots de FSE, etc.) dans le progiciel du Professionnel de Santé.

Il est recommandé que le Professionnel de Santé puisse vérifier que la date système de son Poste de Travail corresponde à la date du jour, afin d'éviter la lecture des droits en carte d'un bénéficiaire ou l'élaboration de FSE et/ou DRE, et de lots à des dates antérieures ou postérieures à la date du jour (sources de rejet).

¹¹ Il est recommandé que les sociétés éditrices utilisent les termes définis dans le lexique du présent document.

Les progiciels présents sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé permettant de créer et de transmettre des FSE et/ou des DRE sont soumis à agrément par les organismes d'Assurance Maladie.

Le progiciel doit offrir au Professionnel de Santé, la visualisation :

- du numéro de version du Cahier des Charges SESAM-Vitale pour lequel le progiciel a obtenu l'agrément,
- du nom de sa « **boîte aux lettres SESAM-Vitale** »,
- du nom du « **répertoire de stockage des fichiers de conventions et de regroupements normés** », (cf. Annexe 3)
- des données remontées par la fonction « Lecture Configuration » (cf. Annexe 1-C).

Le progiciel doit offrir la possibilité au Professionnel de Santé d'activer ou de désactiver la saisie de prestations CCAM, se cumulant avec la saisie de prestations NGAP.

Le progiciel doit offrir la possibilité au Professionnel de Santé d'activer ou de désactiver globalement les services de tarification complémentaire et de la liste d'opposition.

Si la liste d'opposition est activée, le progiciel doit offrir au Professionnel de Santé, la visualisation du nom de sa « **boîte aux lettres Opposition** » si différente de la « boîte aux lettres SESAM-Vitale » de facturation.

4.1.2.3 Les modules SESAM-Vitale

Les progiciels agréés par l'Assurance Maladie intègrent les modules SESAM-Vitale fournis par les organismes d'Assurance Maladie.

Les modules SESAM-Vitale :

- sont mis gratuitement à disposition des sociétés éditrices de progiciels pour Professionnels de Santé par l'Assurance Maladie.
- proposent une interface d'accès afin d'isoler au maximum les progiciels des Professionnels de Santé des évolutions de SESAM-Vitale (changement du masque de la carte Vitale, modification de la norme d'échange ou des mécanismes de sécurité, etc.).
- ne sont pas autonomes. Ils s'exécutent sous le contrôle du progiciel du Professionnel de Santé qui est l'application maître.
- regroupent les modules de facturation (constitution et sécurisation de la facture), et les modules de tarification :
 - les modules de facturation regroupent le module SSV : Services SESAM-Vitale et le logiciel lecteur. Ils permettent l'accès aux cartes Vitale et Professionnel de Santé pour la création et la sécurisation des factures électroniques. Les SSV doivent être utilisés par tous les progiciels élaborant des flux SESAM-Vitale,
 - les modules de tarification regroupent le module SRT : Services de Réglementation et Tarification pour la tarification des actes CCAM. Les SRT doivent être utilisés par tous les progiciels des éditeurs de la famille des prescripteurs,
 - les modules de tarification regroupent les modules STS : Services de Tarification Spécifiques pour la part complémentaire. Les STS doivent être utilisés par tous les progiciels élaborant des flux SESAM-Vitale.

Le présent document contient les spécifications d'utilisation des Services SESAM-Vitale (SSV), des Services de Réglementation et Tarification (SRT) et des Services de Tarification Spécifiques (STS).

Les modules SESAM-Vitale sont accompagnés chacun d'un manuel de programmation. Ce manuel de programmation est un document de référence pour la mise en œuvre du module et donne par rapport au Cahier des Charges des précisions techniques complémentaires pour faciliter l'intégration des Fournitures SESAM-Vitale au sein du progiciel du Professionnel de Santé.

Par ailleurs, les progiciels du Professionnel de Santé peuvent accéder aux services de la Carte de Professionnel de Santé via les modules « Services génériques CPS » fournis par le G.I.P. «CPS». Le présent document ne contient aucune spécification des « Services génériques CPS ».

4.2 Participation du Poste de Travail aux fonctions SESAM-Vitale

Cette section spécifie la participation du Poste de Travail du Professionnel de Santé (dans son ensemble) aux fonctions SESAM-Vitale définies au chapitre 3.

4.2.1 Élaboration d'une FSE et/ou d'une DRE (fonctionnement nominal)

4.2.1.1 Schéma d'élaboration de la FSE et/ou d'une DRE

Le schéma global d'élaboration des factures électroniques est résumé ci-dessous :

Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale ou Services en ligne	Périphériques
Acquisition des données relatives au Professionnel de Santé	→ ←	SSV – Lecture carte du PS (optionnelle pour chaque facture)	CPS
Sélection de la situation d'exercice et de facturation du Professionnel de Santé (optionnelle)			
Acquisition des données relatives au bénéficiaire des soins à partir de la carte Vitale du support Vitale et d'un autre support de droits éventuel ¹²	→ ←	Si support Vitale = Carte Vitale : SSV – Lecture droits Vitale	Carte VITALE et CPS dans le(s) lecteur(s)
		Si support Vitale = ApCV : WS_ApCV – Demander l'authentification de l'utilisateur d'une ApCV	ApCV CPS
Détermination du contexte de facturation au regard du remboursement de la part obligatoire (sélection du code couverture)		ADR - Acquérir les droits en ligne (obligatoire à l'usage d'une ApCV)	
Détermination du contexte de facturation au regard du remboursement de la part complémentaire	→ ←	Annuaire AMC	
Acquisition des informations relatives aux prestations Détermination du contexte du parcours coordonné de soins	→ ←	SRT – Consultation et Contrôles CCAM (conditionnels) ¹³ STS ¹⁴ – Assistance à la tarification complémentaire (optionnelle)	
Tarification de la part obligatoire	→ ←	SRT- Règles de tarification CCAM (conditionnelles) ¹⁵	
Contrôle complet CCAM	→ ←	SRT ¹⁶ - Contrôle complet CCAM (conditionnel)	
Tarification de la part complémentaire	→ ←	STS – Tarification complémentaire (conditionnelle)	
Constitution et sécurisation des FSE et DRE			

¹² Cette fonctionnalité peut être exécutée plus en amont dans le processus d'élaboration de la facture.

¹³ Uniquement si un acte CCAM est présent dans la facture.

¹⁴ Ce service peut être appelé par le Professionnel de Santé dès que le numéro de Mutuelle ou le numéro d'AMC est connu ou que le patient bénéficie d'une CMU complémentaire C2S.

¹⁵ Uniquement si un acte CCAM est présent dans la facture.

¹⁶ Uniquement si un acte CCAM est présent dans la facture.

Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale ou Services en ligne	Périphériques
Attribution d'un N° facture ¹⁷			
Contrôle de cohérence des données d'identification			
Sauvegarde des données de la facture			
Mise en forme et sécurisation facture	→ ←	SSV- Mise en forme et sécurisation Facture	Carte VITALE et CPS dans le(s) lecteur(s)
Mise en forme de la facture	→ ←	SSV- Mise en forme Facture	
Chiffrement de la facture	→ ←	SSV- Chiffrement Facture	
Sécurisation Signature Vitale de la facture		Si support Vitale = Carte Vitale : SSV- Sécurisation Signature Vitale de la Facture	Carte VITALE et CPS dans le(s) lecteur(s)
	→ ←	Si support Vitale = ApCV : SSV - Calculer l'empreinte de la Facture WS_ApCV – Demander la signature Vitale de la Facture SSV - Ajouter la signature dans la Facture	CPS
Sécurisation Signature CPS de la facture	→ ←	SSV- Sécurisation Signature CPS de la Facture	CPS Carte VITALE et CPS dans le(s) lecteur(s)
Limitation des doublons			
Sauvegarde des factures sécurisées			
Finalisation de la facture			
Quittance pour l'assuré (optionnel)			Imprimante (optionnel)
Bon d'examen ¹⁸			
Inscription des références de la FSE sur les ordonnances papier (cf. 3.2.8.3)			
Bordereau récapitulatif des ordonnances ¹⁹			

Changement des éléments de facturation

Un changement fondamental tel qu'une modification des données relatives au Professionnel de Santé, au bénéficiaire, entraîne une reprise complète du processus de facturation.

Une modification de la prestation ou des données de tarification AMO doit conduire le progiciel à reprendre le processus au niveau de l'acquisition des données de prestation et de tarification AMO, notamment le contrôle complet CCAM.

Exception à cette règle : en cas de forçage du « **montant remboursable par l'AMO** » d'un acte le progiciel ne doit pas reprendre le processus au niveau de l'acquisition des données de prestations et de tarification AMO.

¹⁷ Le numéro de la facture doit être unique, quel que soit le mode de sécurisation. Le numéro de facture est une partie de l'identifiant facture.

¹⁸ Pour les laboratoires d'analyses biologiques et les anatomo-cyto-pathologistes

¹⁹ Pour les pharmaciens, les laboratoires d'analyse de biologie médicale, les auxiliaires médicaux et les fournisseurs

Remarque : Le forçage du « **montant remboursable par l'AMO** » d'un acte peut avoir un impact sur le « montant théorique remboursable de la part complémentaire » et peut éventuellement nécessiter le forçage de ce montant.

Un changement d'organisme complémentaire ou un changement d'identification AMC du bénéficiaire des soins, après la tarification complémentaire, doit conduire le progiciel à refaire l'enrichissement des données de la facture sur la partie complémentaire.

En gestion séparée, un changement de type de service AMC (de TP en HTP ou vice-versa) doit conduire le progiciel à refaire la recherche de la convention applicable. Le changement de type de service n'est possible que si l'indicateur de traitement valorisé l'autorise (indicateur = « 3x »).

En gestion unique, un passage de TP AMC en HTP AMC doit entraîner une mise en forme de la facture sans informations relatives à la part complémentaire. Un passage de HTP AMC en TP AMC doit conduire le progiciel à faire la recherche de la convention applicable.

Actes en série

Lorsque le Professionnel de Santé crée une facture récapitulant plusieurs actes, le schéma général décrit précédemment s'applique en renseignant dans la facture tous les actes réalisés pour la série.

4.2.1.2 Acquisition des données relatives au Professionnel de Santé

4.2.1.2.1 Données issues de la CPS

Le progiciel du Professionnel de Santé a besoin de collecter des informations relatives au Professionnel de Santé contenues dans sa carte :

- son identification,
- sa (ses) situation(s) d'exercice et de facturation au regard de l'AMO. Pour les centres de santé, et les fournisseurs les informations conventionnelles sont contenues sur les postes de travail ou serveurs.

Dans le cas où la Carte de Professionnel de Santé posséderait plusieurs situations d'exercice et de facturation, le progiciel doit offrir la possibilité au Professionnel de Santé de sélectionner la situation d'exercice et de facturation appropriée.

Dans l'annexe 1-A, il est décrit dans quelle mesure le progiciel du Professionnel de Santé peut obtenir ces informations par lecture de la Carte de Professionnel de Santé.

Il n'est pas imposé une lecture systématique (c'est-à-dire pour chaque facture électronique) de la Carte de Professionnel de Santé ; en d'autres termes, le progiciel du Professionnel de Santé peut, par exemple, lire une première fois la carte et réutiliser l'information autant de fois que désiré.

Les principes de saisie du code porteur sont les suivants :

- lorsqu'une Carte de Professionnel de Santé est insérée dans le lecteur et que le code porteur n'a pas encore été saisi par le Professionnel de Santé, alors la première lecture nécessite de fournir ce code porteur,
- tant que cette même Carte de Professionnel de Santé n'est ni retirée du lecteur ni mise hors tension, toute lecture supplémentaire ne nécessite pas une nouvelle saisie du code porteur.

Le code porteur de la Carte Professionnel de Santé est fourni aux modules SESAM-Vitale :

- soit par le progiciel du Professionnel de Santé²⁰, quel que soit le type de lecteur utilisé,
- soit par saisie sur le clavier du lecteur SESAM-Vitale dans le cas où le progiciel du Professionnel de Santé ne le fournit pas (cas non permis actuellement avec des lecteurs PC/SC).

Les données de la CPS sont acquises par le lecteur et transmises au progiciel par les Services SESAM-Vitale. Les spécifications d'appel au module de lecture de la carte du Professionnel de Santé sont décrites dans l'annexe 1-A.

4.2.1.2.2 Données paramétrées sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé

Certaines données relatives au Professionnel de Santé nécessaires à l'élaboration de la facture non présentes en CPS doivent être renseignées par le Professionnel de Santé au minimum une fois au préalable de la constitution des factures (ces données peuvent être mémorisées sur le poste). (Cf. Annexe 1 –A)

4.2.1.3 Acquisition des informations relatives au bénéficiaire des soins

Le progiciel du Professionnel de Santé peut acquérir les informations d'identification relatives au bénéficiaire des soins à partir d'un des supports Vitale : la carte Vitale ou l'ApCV.

Le Professionnel de Santé sélectionne le bénéficiaire des soins (cas d'un support familial comportant plusieurs bénéficiaires).

Le progiciel du Professionnel de Santé peut acquérir les informations de droits relatives au bénéficiaire des soins à partir d'un des supports de droits AMO suivants : la carte Vitale ou le service ADR. ~~Le Professionnel de Santé sélectionne le bénéficiaire des soins si nécessaire à la lecture de la carte Vitale (cas d'une carte familiale comportant plusieurs bénéficiaires).~~

Les informations collectées, ~~à partir du support de droits AMO~~, sont :

- identification du bénéficiaire,
- régime d'appartenance et Organisme d'Assurance Maladie Obligatoire dont dépend le bénéficiaire,
- droits du bénéficiaire²¹ à l'Assurance Maladie Obligatoire,
- organisme d'Assurance Maladie Complémentaire du bénéficiaire,
- droits du bénéficiaire à l'Assurance Maladie Complémentaire.

Dans l'annexe 1-A, il est décrit comment le progiciel du Professionnel de Santé obtient ces informations par la lecture de la carte Vitale ou par l'acquisition d'un contexte ApCV.

L'acquisition des données à partir du service ADR est décrite dans la documentation spécifique du service.

Le progiciel doit permettre l'acquisition des données de tout autre support de droits présenté par l'assuré.

²⁰ Le progiciel du Professionnel de Santé ne doit pas mémoriser le code porteur de la Carte Professionnel de Santé.

²¹ Les informations relatives à une exonération de ticket modérateur issues du support de droits AMO ne sont accessibles qu'aux professionnels, établissements de santé. Cet accès nécessite l'emploi d'une carte de Professionnel de Santé (CPS ; CPE, CDE, CPF).

Choix du support Vitale

Le progiciel détermine le support Vitale présenté par le bénéficiaire des soins au Professionnel de Santé et utilisé pour l'acquisition des informations du bénéficiaire des soins : la carte Vitale ou l'ApCV.

La mixité des données entre supports Vitale n'est pas autorisée. Si en cours de facturation, le Professionnel de Santé change de support Vitale, cela entraîne la perte des données précédemment acquises et la reprise de l'acquisition des informations du bénéficiaire des soins.

Acquisition des informations avec la Carte Vitale

Après lecture de la carte Vitale, le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de visualiser le contenu des informations de la carte Vitale.

Le progiciel doit par ailleurs afficher que les données proviennent de la carte Vitale.

L'affichage des données en zone Mutuelle et des données en zone AMC de la carte Vitale n'est effectué que si aucune information en provenance d'un autre support de droits AMC n'a été acquise auparavant, hors base patient (cf. § 4.2.1.3.2 décrivant les règles d'acquisition des informations relatives au bénéficiaire des soins pour la complémentaire).

Date de validité de la carte Vitale

Lorsque la date de fin de validité de la carte Vitale est dépassée, le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé l'élaboration de facture uniquement en mode de sécurisation SESAM-Vitale dégradé. La lecture de la carte Vitale et la sécurisation des factures sont interdites.

Carte Vitale en opposition

Le progiciel, pour les spécialités concernées, doit avertir le Professionnel de Santé dès lors que la carte est présente dans la liste d'opposition et empêcher la création de flux vers les organismes d'Assurance Maladie.

Carte Vitale non authentifiée

Lorsque la carte Vitale est détectée non authentique, le progiciel informe le Professionnel de Santé que la carte n'est pas authentifiée. La réalisation d'une FSE et/ou d'une DRE est impossible à partir des données de cette carte Vitale.

Acquisition des informations avec l'ApCV

Après acquisition d'un contexte ApCV, le progiciel permet au Professionnel de Santé de visualiser le contenu des informations du contexte ApCV.

Le progiciel affiche par ailleurs que les données proviennent de l'ApCV.

L'appel au service en ligne ADR est systématique après la sélection du bénéficiaire des soins.

Date de fin de validité du contexte ApCV

Lorsque la date de fin de validité du contexte ApCV est dépassée, le progiciel informe le Professionnel de Santé qu'il ne peut pas réaliser de flux signé avec l'ApCV et lui propose une nouvelle demande d'authentification de l'utilisateur de l'ApCV.

ApCV en opposition

La validité d'un contexte ApCV vaut pour contrôle d'opposition de l'ApCV liée à ce contexte ApCV. Le progiciel n'utilise pas la liste d'opposition à l'usage d'une ApCV.

Dysfonctionnements à l'usage d'une ApCV

Dans le cas où :

- la demande d'authentification de l'utilisateur de l'ApCV ne retourne pas de réponse ou la réponse est une erreur ;
- et/ou ADR ne retourne pas de réponse ou la réponse est une erreur

le progiciel informe le Professionnel de Santé qu'il ne peut pas réaliser de flux signé avec l'ApCV et lui propose de reprendre le processus d'acquisition des informations du bénéficiaire des soins à partir d'un autre support.

4.2.1.3.1 Acquisition des informations de droits relatives au bénéficiaire des soins pour la part obligatoire

Acquisition des informations de droits

Le progiciel du Professionnel de Santé permet l'acquisition des informations de droits relatives à l'Assurance Maladie Obligatoire à partir des informations issues du support de droits AMO (carte Vitale ou service ADR) et/ou la saisie à partir de tout autre support de droits éventuel présenté par l'assuré.

Les données concernant la part obligatoire acquises avec le service ADR prévalent sur les informations issues de la carte Vitale et de tout autre support de droits (hors réglementation AT).

Le progiciel doit mémoriser le type de support de droits utilisé pour l'acquisition des informations sur le bénéficiaire des soins (Carte Vitale, service ADR, ...) et utilisé pour la facture (cf. Annexe 1-A0 – Groupe 1420 – Groupe Identification de pièce justificative AMO).

Déclaration du Médecin Traitant

L'information de la déclaration d'un Médecin traitant par le bénéficiaire des soins est éventuellement présente dans le support de droits AMO.

Dès lors que cette information est connue, le Progiciel doit l'afficher au Professionnel de Santé.

Cet affichage concerne tout type de progiciel, indépendamment de la ou des familles de Professionnel de Santé auxquelles il s'adresse.

Droits aux Soins Médicaux Gratuits

Les droits aux SMG ne sont pas contrôlés par le progiciel. Ils sont induits par le choix du Professionnel de Santé de la nature d'assurance SMG.

4.2.1.3.2 Acquisition des informations de droits relatives au bénéficiaire des soins pour la complémentaire

4.2.1.3.2.1 Gestion séparée, gestion unique

Les organismes gérant uniquement la part complémentaire pour un assuré sont appelés dans ce document organismes en mode de gestion séparée.

Les organismes gérant à la fois les parts obligatoire et complémentaire pour un assuré sont appelés dans ce document *organismes en mode de gestion unique*.

4.2.1.3.2.2 Acquisition des informations de droits

Le progiciel du Professionnel de Santé permet la saisie et/ou l'acquisition des informations de droits relatives à l'Assurance Maladie Complémentaire à partir des informations contenues dans la carte Vitale, acquises avec le service ADR ou à partir de tout autre support de droits éventuel présenté par l'assuré. Les données complémentaires peuvent aussi être récupérées à partir d'un fichier patient du poste du Professionnel de Santé.

Tout support de droits complémentaires, **présenté ou choisi** par le bénéficiaire des soins, prévaut sur le contenu complémentaire de la carte Vitale ou du service ADR.

Dans ce cadre,

- les informations acquises avec une carte Vitale, le service ADR ou un autre support de droits AMC priment sur les données d'un fichier patient,
- les informations complémentaires d'un organisme en gestion unique acquises avec le service ADR priment sur les données complémentaires en gestion unique de la carte Vitale ou d'un fichier patient,
- si le patient présente un support de droits d'un AMC différent de celui de la carte Vitale ou de la réponse du service ADR, le progiciel doit effacer les données complémentaires précédemment acquises et reprendre le processus d'acquisition des données à partir du support de droits présenté. Dans cette hypothèse, aucune des données précédemment acquises ne doit être utilisée.
- le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de modifier la période de droits complémentaire issue de la carte Vitale. En gestion unique, il doit également permettre de modifier le champ « garantie effective ».

Le progiciel doit déterminer s'il est en présence d'un organisme complémentaire en gestion séparée ou en gestion unique puis mémoriser le type de support de droits présenté par l'assuré (carte Vitale, service ADR, attestation papier...) et utilisé pour la facture (cf. Annexe 1-A0 – Groupe 1321 – Groupe Organisme Complémentaire).

Le Professionnel de Santé détermine visuellement si l'attestation est délivrée par un AMO ou par un AMC.



Remarque : En nature d'assurance SMG, aucun traitement concernant la part complémentaire n'est effectué : l'ensemble de ces informations est ignoré par le progiciel.

Acquisition à partir d'une carte Vitale

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'acquérir automatiquement les données de la complémentaire à partir de la carte Vitale.

Les règles d'acquisition et de détermination du mode de gestion (gestion unique ou gestion séparée) sont définies dans l'annexe 1-A « Lecture Droits Vitale ».

Acquisition à partir du service ADR

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'acquérir automatiquement les données de la complémentaire en gestion unique à partir du service ADR.

Les règles d'acquisition sont décrites dans la documentation spécifique au service ADR.

Acquisition des droits complémentaires en gestion unique à partir du support de droits (délivré par un AMO ou un organisme complémentaire)

Le système de facturation doit permettre au Professionnel de Santé d'acquérir les données de la complémentaire à partir d'une attestation papier délivrée par un AMO ou un AMC.

La complémentaire portée sur l'attestation papier peut être identifiée par un « MUTNUM » ou un numéro d'organisme complémentaire.

La saisie des informations relatives à l'organisme complémentaire peut être réalisée soit au fur et à mesure des étapes du processus de facturation, soit en une seule fois.

Le système de facturation doit permettre la saisie de toutes les données décrites pour la lecture <<de la carte Vitale>> à l'exception des données « Zone commune complémentaire ». L'ensemble de ces données n'est pas systématiquement présent sur ce support.

Acquisition à partir d'une attestation papier AMC

~~La saisie peut être réalisée à partir d'une attestation papier d'un organisme d'Assurance Maladie Complémentaire.~~

Sauf mention particulière, la complémentaire est en gestion séparée si l'attestation papier présentée par l'Assuré est délivrée par un organisme d'Assurance Maladie Complémentaire.

Le Professionnel de Santé identifie que la complémentaire est en gestion unique si l'attestation papier délivrée par l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire comporte la mention « RO » dans le champ « type de convention » ~~comporte au moins l'une des mentions suivantes :~~

- ~~● Mention « GESTION UNIQUE » ou autre mention équivalente interprétée par le Professionnel de Santé~~
- ~~● Type de convention « RO »~~

~~La saisie des informations relatives à l'organisme complémentaire peut être réalisée soit au fur et à mesure des étapes du processus de facturation, soit en une seule fois.~~

Le progiciel doit permettre la saisie de toutes les données décrites pour la lecture des droits Vitale à l'exception des données « Zone commune complémentaire ». L'ensemble de ces données n'est pas systématiquement présent sur ce support.

Acquisition à partir d'une attestation papier AMO

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'acquiescer les données de la complémentaire à partir d'une attestation papier délivrée par un AMO indiquant le contenu de la carte Vitale.

Le Professionnel de Santé peut déterminer s'il est en présence d'un organisme en gestion unique si une complémentaire est renseignée sur l'attestation papier.

La complémentaire portée sur l'attestation papier peut être identifiée par un « MUTNUM » ou un numéro d'organisme complémentaire.

~~Un « MUTNUM » comporte toujours 8 caractères.~~

~~Un numéro qui comporte 9 caractères est un numéro d'organisme complémentaire.~~

Acquisition à partir d'un fichier patient

Le progiciel peut utiliser les données d'un fichier patient afin d'optimiser le processus de facturation.

Détermination des identifiants de l'organisme complémentaire en gestion unique

La détermination des identifiants de la complémentaire en gestion unique (MUTNUM et N° AMC) se déroule en fonction de l'identifiant présent sur le support et s'appuie sur une table de correspondance lorsque les deux identifiants ne sont pas présents sur le support.

Données de la table de correspondance

Les données contenues dans la table de correspondance sont :

- Le MUTNUM,

Cette donnée peut être exprimée à l'aide de caractères génériques. Le progiciel utilise ces caractères génériques lors de la comparaison avec la donnée issue de la carte Vitale ou d'un autre support éventuel.

- Le code organisme obligatoire associé (code régime, caisse, centre),

Cette donnée peut être exprimée à l'aide de caractères génériques. Le progiciel utilise ces caractères génériques lors de la comparaison avec les données issues de la carte Vitale ou d'un autre support éventuel. Le code régime est toujours renseigné.

- Le numéro d'organisme complémentaire,
- Le libellé de l'organisme complémentaire,

- Eventuellement d'autres données utiles, mises à disposition du Professionnel de Santé pour lui permettre de mettre à jour, au fil de l'eau, sa table des conventions. Ces données seront fournies dans le fichier de correspondance normé.

Les critères d'accès à la table de correspondance sont :

- Le MUTNUM,
- Le code organisme obligatoire associé (code régime, caisse, centre).

Mise à jour de la Table de correspondance

- Le progiciel doit permettre de mettre à jour la table de correspondance à partir du fichier normé fourni par les organismes d'Assurance Maladie. Ce fichier normé annule et remplace la table de correspondance contenue sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé.
- Le Professionnel de Santé peut visualiser la table de correspondance mais ne peut pas la modifier.

Dans l'annexe 1-A, il est décrit comment le progiciel du Professionnel de Santé détermine ces identifiants.

Détermination du type de convention en gestion unique

En gestion unique, le type de convention est égal à « RO ».

4.2.1.3.2.3 Détermination de la date de référence pour la prise en compte de la part complémentaire

Le progiciel doit prendre la date utilisée pour appliquer la tarification et la réglementation AMO pour contrôler l'ouverture des droits sur la part complémentaire présents sur le support de droits AMC (les règles de détermination de la date à prendre en compte pour la tarification complémentaire sont identiques à celles définies dans l'annexe 2 du Cahier des Charges servant à déterminer le taux de remboursement pour la part AMO).



Cas particulier d'une facture en gestion séparée élaborée par un Professionnel de Santé de la famille « Pharmaciens », « Fournisseurs » ou « Auxiliaires Médicaux en cas de traitements en série » :

Pour contrôler l'ouverture des droits sur la part complémentaire, le progiciel d'un Professionnel de Santé de la famille « Pharmaciens », « Fournisseurs » ou « Auxiliaires Médicaux » dans le cas de traitements en série, doit :

- utiliser par défaut la date d'exécution de l'acte (date de délivrance pour les médicaments, date de délivrance ou de début de location pour les dispositifs médicaux, date d'exécution de chaque acte en cas de traitement en série),
- permettre au Professionnel de Santé de sélectionner une autre date : la date de prescription ou la date de facturation. Cette sélection, peu fréquente, ne constitue pas un forçage (pas d'indicateur de forçage positionné dans la facture).

Ces règles s'appliquent pour les factures élaborées en Tiers Payant ou en hors Tiers Payant.

4.2.1.3.2.4 Contrôle de l'ouverture des droits complémentaires avec possibilité de forçage

Contrôler l'ouverture des droits à la date de référence pour la prise en compte de la part complémentaire

Le progiciel du Professionnel de Santé vérifie l'ouverture des droits du bénéficiaire à partir des données lues sur le support :

- Dans le cadre d'une gestion unique :
 - garanties effectives,

- date de début droits Mutuelle,
- date de fin droits Mutuelle.
- Dans le cadre gestion séparée :
 - date de début de validité des données,
 - date de fin de validité des données.



Cas particuliers des traitements en série effectués par un Professionnel de Santé de la famille Auxiliaire Médicaux en gestion séparée

- si la date de référence complémentaire est la date d'exécution et si cette dernière est en dehors de la période de droits, alors le progiciel affiche le message suivant au Professionnel de Santé :

« Vérifiez les droits de la complémentaire ou fractionnez votre facturation »
- si la date de référence complémentaire est la date de prescription et si cette dernière est en dehors de la période de droits, alors le progiciel affiche le message suivant au Professionnel de Santé :

« La date de prescription est hors période de la validité des droits de la complémentaire : vérifiez que le bénéficiaire n'a pas changé de complémentaire »



Cas d'erreur : droits non ouverts

Si les droits ne sont pas ouverts, le Professionnel de Santé a la possibilité soit de forcer les dates d'ouverture des droits soit d'abandonner la transmission des informations relatives à la complémentaire.

4.2.1.3.2.5 Acquisition de la référence de la réponse de prise en charge

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'acquérir la référence de la « réponse de prise en charge » inscrite sur la « réponse de prise en charge » sur la part complémentaire.

4.2.1.3.3 Situations particulières du bénéficiaire des soins

Le progiciel doit identifier la situation particulière à la date de référence identique à celle utilisée pour appliquer la tarification et la réglementation AMO (les règles de détermination de la date de référence sont identiques à celles définies dans l'annexe 2 du Cahier des Charges servant à déterminer le taux de remboursement pour la part AMO).



Cas particulier des prestations pharmaceutiques et des dispositifs de la LPP pour les droits à la CMU-C C2S et à l'ACS :

Pour la CMU-C C2S et l'ACS, en ce qui concerne les prestations pharmaceutiques (type de nomenclature = « Frais PH » cf. Annexe 2 – Table 1) et les dispositifs de la LPP (type de nomenclature = « LPP » cf. Annexe 2 – Table 1), il convient de retenir la date de délivrance comme date de référence.



Remarque : En cas de nature d'assurance SMG, il y a lieu d'ignorer toute situation particulière du bénéficiaire des soins.

4.2.1.3.3.1 **CMU Complémentaire Santé Solidaire (C2S)**

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'identifier les droits du bénéficiaire des soins au regard de la **CMU-C C2S**.

Le progiciel informe le Professionnel de Santé si le bénéficiaire des soins est bénéficiaire de la **CMU Complémentaire santé solidaire** gérée par :

- un AMO (gestion unique) ; dans ce cas, le progiciel affiche à l'écran la mention « **CMU** complémentaire **santé solidaire** gérée par le régime obligatoire ».
- un AMC en convention de gestion avec un AMO (gestion unique), dans ce cas, le progiciel affiche à l'écran la mention « **CMU** complémentaire **santé solidaire** gérée par un organisme en gestion unique ».
- un AMC (gestion séparée) ; dans ce cas le progiciel affiche à l'écran la mention « **CMU** complémentaire **santé solidaire** – transmission directe possible » si des données sont présentes dans la zone AMC, sinon, le progiciel affiche à l'écran « **CMU** complémentaire **santé solidaire** – éventuelle attestation complémentaire pour transmission directe ».

Les règles d'identification et de détermination des différentes situations sont décrites dans l'annexe 1-A « Identification de certaines catégories de bénéficiaires » du Cahier des Charges.

L'indicateur de traitement AMC ne permet pas, pour le progiciel, l'identification d'un bénéficiaire de la **CMU-C C2S**. Cette identification s'effectue à partir de l'attestation **CMU-C C2S** délivrée par l'AMO, ou des données issues du support de droits AMO (code service AMO bénéficiaire ou zone mutuelle).

Si une situation de **CMU-C C2S** est identifiée à partir des informations du support de droits AMO, en priorité selon le « code service AMO bénéficiaire ». La période de validité des droits est alors déterminée à partir des dates « début et fin service AMO bénéficiaire ».

En l'absence de « code service AMO bénéficiaire », la situation est identifiée à partir de l'identification mutuelle (informations contenues dans la zone mutuelle). La période de validité des droits est déterminée à partir des dates mentionnées dans cette zone.

Dans le cas d'une gestion séparée, les dates de validité de la zone AMC ou du support **de droits** AMC doivent être utilisées uniquement pour déterminer la période de télétransmission directe possible vers l'AMC (Cf. Annexe 1-A Fonction lecture Droits Vitale).

Pendant cette période, le progiciel doit proposer la télétransmission directe vers l'AMC.

En dehors de cette période ou si le Professionnel de Santé refuse la transmission directe, il doit proposer le Tiers Payant Coordonné que l'on peut assimiler à un mode de gestion unique.



Cas particulier pour la « réponse de prise en charge » complémentaire

En **C2S CMU Complémentaire**, le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de renseigner la référence de la réponse de prise en charge de façon facultative : elle est présente sur la « réponse de prise en charge » envoyée par l'organisme complémentaire, elle n'existe pas sur l'accord de devis renvoyé par l'AMO.

4.2.1.3.3.2 Sortants de **CMU Complémentaire Santé Solidaire (C2S)**

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'identifier les droits du bénéficiaire des soins au regard du dispositif de sortant de **CMU-C C2S**.

Le progiciel affiche alors à l'écran la mention « Sortant de **Complémentaire Santé Solidaire CMU complémentaire** ».

Les règles d'identification et de détermination des différentes situations sont décrites dans l'annexe 1-A « Identification de certaines catégories de bénéficiaires » du Cahier des Charges.

L'indicateur de traitement AMC ne permet pas, pour le progiciel, l'identification d'un bénéficiaire sortant de la **CMU-C C2S**. Cette identification s'effectue à partir de l'attestation sortant de **CMU-C C2S** délivré par l'AMO, ou des données issues du support de droits AMO (code service AMO bénéficiaire ou zone mutuelle).

Si une situation de sortant de **CMU-C C2S** est identifiée à partir des informations du support de droits AMO : en priorité selon le « code service AMO bénéficiaire ». La période de validité des droits est alors déterminée à partir des dates « début et fin service AMO bénéficiaire ».

En l'absence de « code service AMO bénéficiaire », la situation est identifiée à partir de l'identification mutuelle (informations contenues notamment dans la zone mutuelle). La période de validité des droits est déterminée à partir des dates mentionnées dans cette zone.

4.2.1.3.3.3 Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'identifier les droits et la situation du bénéficiaire des soins au regard du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire.

Il doit afficher à l'écran la mention suivante, en fonction de la situation du bénéficiaire des soins au regard de l'ACS :

Mention à afficher	Situation du bénéficiaire au regard de l'ACS
« ACS TP Social AMO »	<p>Dans le cas d'un bénéficiaire d'ACS TP Social AMO</p> <ul style="list-style-type: none"> -Bénéficiaire du dispositif ACS Tiers Payant AMO n'ayant pas souscrit de contrat complémentaire -Bénéficiaire du dispositif ACS Tiers Payant AMO ayant souscrit un contrat complémentaire non encadré
« TPI ACS A »	Bénéficiaire du dispositif ACS ayant souscrit un contrat complémentaire encadré ACS A
« TPI ACS B »	Bénéficiaire du dispositif ACS ayant souscrit un contrat complémentaire encadré ACS B
« TPI ACS C »	Bénéficiaire du dispositif ACS ayant souscrit un contrat complémentaire encadré ACS C

Les règles d'identification sont décrites dans l'annexe 1-A « Identification de certaines catégories de bénéficiaires » du Cahier des Charges.

Si le bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire est identifié à partir des informations du support de droits AMO, la période de validité des droits est déterminée à partir des dates début et fin service AMO bénéficiaire.

En l'absence de « code service AMO bénéficiaire », la situation est identifiée à partir de l'identification mutuelle (informations contenues dans la zone mutuelle). La période de validité des droits est déterminée à partir des dates mentionnées dans cette zone.

4.2.1.3.3.4 Aide Médicale d'Etat

AME

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'identifier les droits du bénéficiaire des soins au regard de l'aide médicale d'état.

Le progiciel affiche alors à l'écran la mention « AME ».

Les règles d'identification sont décrites dans l'annexe 1-A « Identification de certaines catégories de bénéficiaires » du Cahier des Charges.

Cette identification s'effectue à partir des données acquises avec le service ADR et de l'attestation d'admission à l'aide médicale d'état.



Médicaments à faible service médical rendu (SMR)

Le décret N° 2015-120 paru au JO du 05/02/2015 et relatif à la prise en charge des frais de santé par l'Aide Médicale Etat, complète la liste des prestations non prises en charge pour les bénéficiaires de l'AME (décret N° 2011-1311 du 17/10/2011) pour y inclure les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible (médicaments remboursés à 15 %).

Cette non prise en charge des médicaments à faible service médical rendu (SMR) remboursés à 15 % concerne les bénéficiaires majeurs de l'Aide Médicale de l'ETAT (AME), qui doivent régler l'intégralité du prix du médicament, avec ou sans ordonnance.

La présentation au remboursement des produits précités, délivrés aux bénéficiaires majeurs de l'AME, ne sera plus acceptée. En conséquence, ces codes prestations ne doivent plus figurer sur une FSE.

Préconisation

Il est recommandé au LPS d'identifier cette situation particulière de facturation, à savoir la facturation pour un bénéficiaire de l'AME majeur, afin d'en informer le pharmacien et / ou de garantir l'absence de prestations à 15% sur la facture.

4.2.1.3.3.5 Migrants de passage

Les règles d'identification sont décrites dans l'annexe 1-A « Identification de certaines catégories de bénéficiaires » du Cahier des Charges.

4.2.1.3.3.6 Autre situation de migrant

Les règles d'identification sont décrites dans l'annexe 1-A « Identification de certaines catégories de bénéficiaires » du Cahier des Charges.

4.2.1.3.3.7 Victime d'Attentat

Le progiciel doit permettre au professionnel de santé, au vu de l'attestation « Victime d'Attentat » fournie par le Bénéficiaire des soins, d'indiquer que les soins facturés sont en lien avec des actes de terrorisme et que la facture concerne donc la situation particulière Victime d'Attentat.

Dans ce cas, le progiciel

- ignore les règles spécifiques aux autres situations particulières
- génère automatiquement les prestations de dépassements s'il y a lieu
- Propose le tiers payant (prise en charge intégrale)
- envoi un flux unique vers l'AMO.

4.2.1.4 Détermination du contexte de facturation au regard du remboursement de la part obligatoire

Restitution de plusieurs codes situations

Dans ce contexte, lorsque l'application de la règle T1x (Cf. annexe 2) conduit à identifier plusieurs codes situations pour une même facturation, alors il convient d'élaborer une FSE et une DRE par code situation différent.

Ce principe de rupture des factures électroniques est valable dans les quatre situations suivantes :

- lorsque l'évolution de la situation du bénéficiaire des soins est favorable,
- en cas de succession d'actes isolés facturés en fin de traitement par un prescripteur (exemples : séance de désensibilisation, succession d'actes dentaires isolés facturés sur une même FSE).
- en cas de réparation d'appareils relevant de la LPP et de délivrance en même temps de produit LPP ou de médicaments.
- pour les pédicures podologues en cas de facture comprenant des soins de pédicuries et des orthèses plantaires.

Date de fin de droits

Si la date de fin de droits de base est dépassée, le progiciel ne doit pas bloquer la réalisation de la FSE. Il est recommandé qu'il ne signale pas non plus cette situation au Professionnel de Santé.

Accès au tiers payant conditionné par la mise à jour de la carte

Pour les Professionnels de Santé Pharmaciens :

L'accès au tiers payant est interprété en fonction de l'information « date de fin droits AMO ».

La date à prendre en compte pour examiner le droit au tiers payant est celle utilisée pour appliquer la tarification et la réglementation AMO (définie dans l'annexe 2 du Cahier des Charges - Partie Détermination du taux de remboursement).

Si cette date est supérieure à la date de fin de la période de droits AMO présente en carte ou s'il n'y a pas de période de droits AMO remontée de la lecture de la carte, le progiciel doit informer le Professionnel de Santé que la carte n'est pas à jour. Le message à afficher est le suivant : « La carte Vitale doit être mise à jour. Dans le cas contraire, l'application du tiers payant AMO générera un forçage transmis dans la FSE. ».

Dans ce cas le tiers payant ne peut pas s'appliquer sans forçage. Pour bénéficier à nouveau du tiers payant sans forçage, le bénéficiaire doit effectuer la mise à jour de sa carte (cf. annexe 1-forçage de l'accès au tiers payant)

Ce principe s'applique pour toutes les situations d'accès au tiers payant y compris les situations particulières décrites ci-après.

Dans le cas où la « date de fin de droits AMO » est non renseignée (la date de début étant renseignée) l'accès au tiers payant n'est pas limité dans le temps.

Cette règle ne concerne pas :

- les factures en nature d'assurance SMG,
- les factures en contexte APIAS,
- les factures dont les informations du bénéficiaire des soins ont été acquises avec le service ADR.

Dans ces contextes, le Professionnel de Santé a la possibilité d'accorder à l'assuré le tiers payant sur la part obligatoire, indépendamment des droits AMO inscrits en carte.

Pour les Professionnels de Santé hors Pharmaciens :

L'accès au tiers payant AMO n'est pas limité par la date de fin de droits AMO, à l'exception des bénéficiaires « autre situation de migrant » et des bénéficiaires de soins adhérents à la Caisse des Français à l'Etranger.

Pour ces derniers, l'accès au tiers payant est interprété en fonction de l'information « date de fin droits AMO ». La date à prendre en compte pour examiner le droit au tiers payant est celle utilisée pour appliquer la tarification et la réglementation AMO (définie dans l'annexe 2 du Cahier des Charges - Partie Détermination du taux de remboursement). Si cette date est supérieure à la date de fin de la période de droits AMO présente en carte, le tiers payant ne peut pas s'appliquer sans forçage (cf. annexe 1-forçage de l'accès au tiers payant).

Accès au tiers payant en nature d'assurance SMG

Le tiers payant sur la part obligatoire est fortement recommandée au Professionnel de Santé. A ce titre, le progiciel doit considérer par défaut la facture en « Tiers Payant AMO », le Professionnel de Santé pouvant toujours modifier cette information.

Situations particulières du bénéficiaire au regard de l'accès au tiers payant

- **CMU-C C2S**

Dans le cas où le progiciel identifierait un bénéficiaire de la **C2S CMU Complémentaire**, il doit proposer au Professionnel de Santé l'application du tiers payant sur la part obligatoire.

- **Sortants de CMU-C C2S**

Dans le cas où le progiciel identifierait un sortant de **C2S CMU-C**, il doit proposer au Professionnel de Santé l'application du tiers payant sur la part obligatoire.

La situation du bénéficiaire permet l'application du tiers payant sur la part obligatoire qui est conditionnée aux dates de validité lues en zone service AMO bénéficiaire, ou en zone mutuelle du support de droits AMO ou lues sur l'attestation AMO.

- **Bénéficiaires du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire (ACS)**

Dans le cas où le progiciel identifierait un bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire, il doit proposer l'application du tiers payant sur la part obligatoire :

- au Professionnel de Santé **médecin**, en situation de TP **Social** AMO, quelle que soit la situation au regard de la complémentaire (pas de contrat, contrat non encadré, contrat ACS encadré).
- à tous les Professionnels de Santé, dès lors que le bénéficiaire de l'ACS a souscrit un contrat ACS encadré (A, B, C) auprès d'une complémentaire (TP AMO)

La situation du bénéficiaire permet l'application du tiers payant sur la part obligatoire qui est conditionnée par :

- les dates de validité lues en zone service AMO bénéficiaire ou en zone Mutuelle du support de droits AMO ou lues sur l'attestation AMO ;
- le contexte de la facture : celle-ci doit être réalisée pour les natures d'assurance « Maladie » et « Maternité ».

- **AME**

Dans le cas où le progiciel identifie un bénéficiaire de l'AME, le progiciel doit proposer au Professionnel de Santé l'application du tiers payant sur les parts AMO et AMC.

Tiers payant réglementaire

En cas de Tiers Payant AMO réglementaire (cf. Annexe 2 -règle R29), le progiciel doit considérer par défaut la facture en « Tiers Payant AMO », le Professionnel de Santé pouvant toujours modifier cette information.

4.2.1.5

Détermination des informations administratives et de routage du contexte de facturation au regard de la complémentaire Détermination du contexte conventionnel au regard de la complémentaire

La recherche des informations administratives et de routage s'effectue :

- dans l'Annuaire AMC, en cas de gestion séparée (hors CMU-C C2S et ACS),
- dans la table des conventions, pour les autres cas ou si aucune réponse n'a été trouvée lors de la recherche via l'Annuaire AMC.

La présentation générale des tables de conventions est décrite ci-après.

L'acquisition du contexte de facturation au regard de la part complémentaire est décrite dans l'annexe 1 – A2.

4.2.1.5.1 Introduction aux tables de regroupement et de conventions

Un organisme d'Assurance Maladie Complémentaire, un organisme d'Assurance Maladie Obligatoire ou un organisme mandaté par un ou plusieurs AMC peuvent signer des conventions d'échanges pour la complémentaire avec les Professionnels de Santé ou leurs représentants. Dans certains cas, une même convention concerne plusieurs organismes d'Assurance Maladie Complémentaire, il est question de « regroupement » ou de « convention groupée ».

Une convention est signée par « l'organisme signataire de la convention » et fixe notamment le cadre des échanges.

Le progiciel du Professionnel de Santé, pour les flux SESAM-Vitale du présent Cahier des charges, ne doit permettre la prise en compte de la complémentaire que s'il existe une convention passée avec la complémentaire du bénéficiaire et que si cette convention est applicable à son contexte de facturation.

Ce chapitre explique comment est réalisée la recherche de la convention applicable par le Professionnel de Santé dans le contexte de facturation, pour le patient auquel il s'adresse, et pour l'organisme complémentaire qui le couvre.

Cette recherche se fait dans une « table des conventions » dans laquelle le Professionnel de Santé inscrit pour chaque convention signée, toutes les propriétés de cette convention.

Dans la suite du document, on appellera table des conventions, la liste des données conventionnelles utilisées pour ce Cahier des charges.

Les règles présentes ne concernent que les flux SESAM-Vitale du présent Cahier des charges et ne concernent pas la génération des flux AMC existants. Cependant, il est recommandé d'assurer une continuité avec les informations concernant la génération des flux AMC existants, afin d'éviter au Professionnel de Santé de les ressaisir complètement lorsque celui-ci bascule en SESAM-Vitale.

Les conventions contenues dans la table des conventions pour SESAM-Vitale sont :

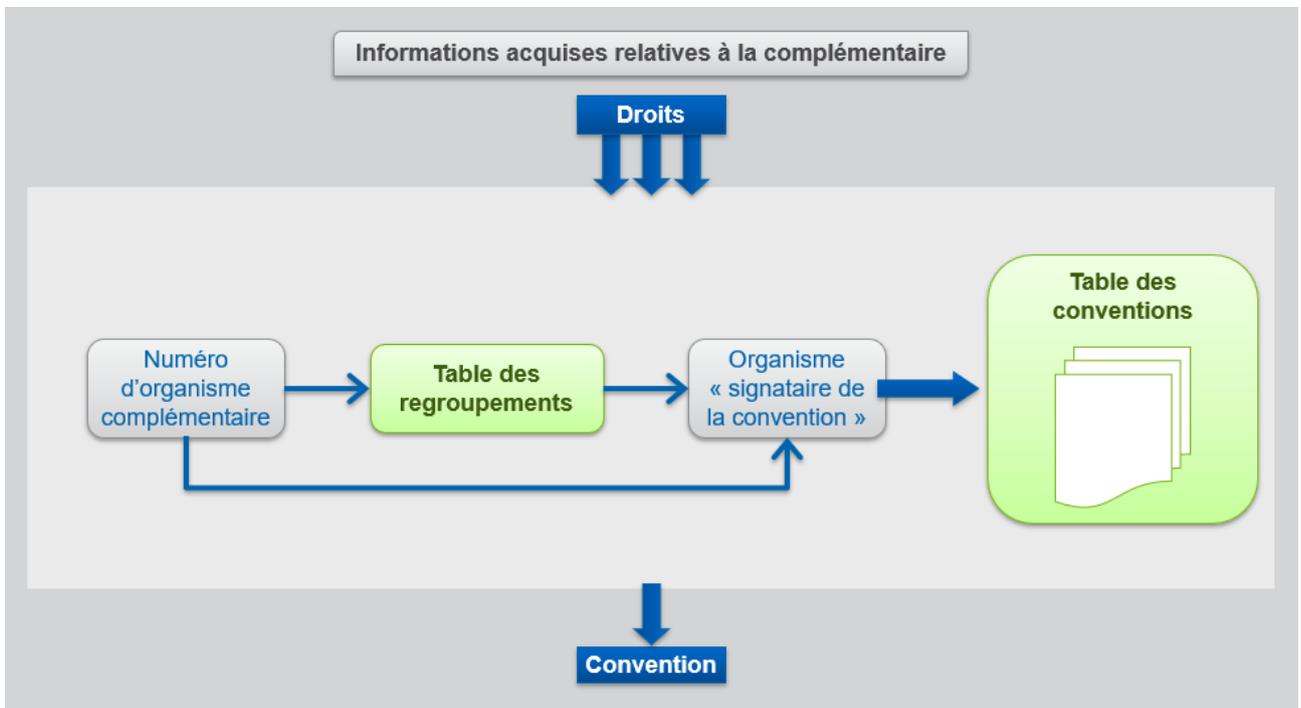
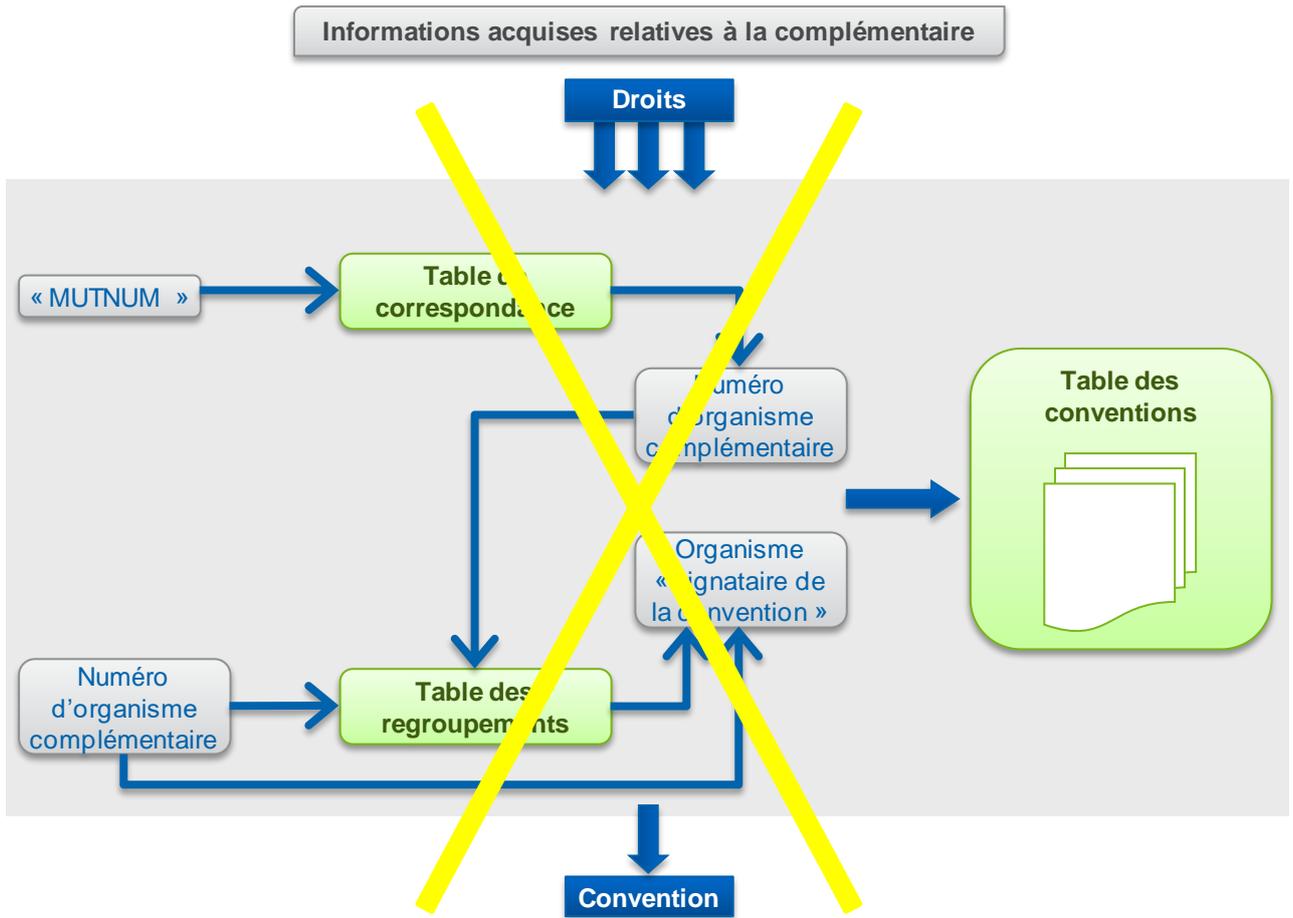
- en gestion séparée, les conventions de télétransmission en tiers payant ou en hors tiers payant,
- en gestion unique, les conventions de tiers payant (la télétransmission des informations relatives à la complémentaire est couverte par la télétransmission de la FSE).

Afin de faciliter la recherche de la convention applicable dans la table des conventions, les organismes d'Assurance Maladie fournissent aux éditeurs **une** **deux** listes de données que l'on appelle **tables** dans la suite du document.

La Les tables fournies est la sont les suivantes :

- **une table de correspondance permettant d'identifier le numéro d'organisme complémentaire en cas de gestion unique,**
- une table de regroupement permettant d'identifier l'organisme signataire de la convention dans le cas d'une convention regroupant plusieurs complémentaires (cette table peut être la matérialisation d'une liste d'organismes complémentaires fournie en annexe d'une convention).

Le schéma ci-dessous présente l'utilisation des différentes tables :



CMU-C C2S

En gestion unique, le progiciel ne recherche pas le contexte conventionnel.

En gestion séparée, le progiciel suit le processus de recherche du contexte conventionnel. Ce processus porte uniquement sur la transmission directe des informations et non sur le tiers payant.

AME

Le progiciel ne recherche pas le contexte conventionnel, la facture est nécessairement en gestion unique, et il ne faut pas utiliser les tables de convention.

Bénéficiaires de l'ACS

Pour les factures élaborées selon le dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO », le système de facturation ne recherche pas le contexte conventionnel.

Dans les autres cas, le progiciel suit le processus de recherche du contexte conventionnel.

4.2.1.5.2 Détermination du service ouvert pour l'assuré par la complémentaire

Le progiciel identifie les services que l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire propose dans le cadre de SESAM-Vitale au bénéficiaire des soins, par l'analyse de l'indicateur de traitement renseigné sur le support utilisé ou par l'interprétation d'une mention indiquant le service ouvert pour l'assuré.

L'indicateur de traitement permet de préciser les traitements possibles acceptés par l'AMC pour cet assuré : tiers payant seul, hors tiers payant seul, tiers payant ou hors tiers payant.

- **Gestion séparée**

Le tableau ci-dessous récapitule le service ouvert à l'assuré en fonction de la valeur de l'indicateur de traitement (première position de l'indicateur de traitement) :

Valeur de la première position de l'indicateur de traitement	Service ouvert pour l'assuré
1	Hors tiers payant
2, 6, 7	Tiers Payant
3	Tiers Payant ou Hors tiers payant
0	Pas de DRE possible

Dans le cadre de la présentation d'une attestation papier, c'est l'indicateur d'usage de l'attestation présent dans la table des conventions qui permet de renseigner les données SESAM-Vitale (en particulier l'indicateur de traitement).

- Si l'indicateur d'usage de l'attestation est égal à « 0 », c'est la valeur de l'indicateur de traitement mentionnée sur l'attestation qui est prise en compte. Si l'indicateur de traitement n'est pas présent, le progiciel doit le valoriser automatiquement à « 00 ».
- Si l'indicateur d'usage de l'attestation est égal à « 1 », le progiciel doit valoriser automatiquement l'indicateur de traitement à « 32 ».

- **Gestion unique**

Le tableau ci-dessous récapitule le service ouvert à l'assuré en fonction de la valeur de l'indicateur de traitement quand il est renseigné :

Valeur de l'indicateur de traitement	Service ouvert pour l'assuré
00	Pas de transmission d'information complémentaire
01,02, 62, 74	Tiers Payant

Dans l'hypothèse où l'indicateur de traitement n'est pas restitué dans les informations issues de la lecture de la carte Vitale ou du service ADR, le progiciel doit proposer un tiers payant sur la part complémentaire et valoriser l'indicateur de traitement à 01.

CMU-C

Le progiciel doit proposer le tiers payant sur la part complémentaire.

Dans un contexte de CMU-C, le Tiers Payant Coordonné doit toujours être possible.

En Tiers Payant Coordonné, le progiciel doit renseigner l'indicateur de traitement à « 62 ».

Bénéficiaires du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire

Lorsque le bénéficiaire de l'ACS a souscrit un contrat ACS encadré (A, B, C), chez le Professionnel de Santé hors opticien et audioprothésiste et hors prestations d'optique et d'audioprothèse, si la facture est élaborée selon le dispositif « TPI ACS – Paiement coordonné par l'AMO », le progiciel doit renseigner l'indicateur de traitement à « 62 ». Les prestations d'optique ou d'audioprothèse sont identifiées par leur groupe fonctionnel général valorisé à « optique » ou « audioprothèse » cf. Table 1 de l'annexe2.

Dans tous les autres cas, le service ouvert pour l'assuré par la complémentaire est déterminé selon le processus standard SESAM-Vitale.

4.2.1.5.3 Recherche de la convention applicable

Pour éclairer l'utilisation des tables de correspondance, des regroupements et des conventions, les objectifs des chapitres ci-après sont :

- expliquer quelles sont les différentes données utilisées pour la recherche et le choix de la convention applicable au contexte de facturation,
- guider la recherche de la convention.

4.2.1.5.3.1 Présentation des tables

La recherche de la convention applicable sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé nécessite :

- une table contenant les conventions signées par le Professionnel de Santé ou ses représentants ;
- une table des regroupements permettant d'identifier l'organisme signataire de la convention pour un numéro d'organisme complémentaire ;
- une table de correspondance permettant dans le cas d'une gestion unique d'associer un numéro d'organisme complémentaire au « MUTNUM » présent sur le support présenté par le bénéficiaire des soins.

Chaque table est présentée avec ses données et ses critères d'accès. Cependant, n'importe quelle autre donnée peut être utilisée pour faciliter la recherche ou la sélection.

Dans ce chapitre, on appelle critères d'accès les données que le progiciel doit, au minimum, implémenter pour la recherche dans ces tables.

Données de la table des conventions et critères d'accès

Les données nécessaires à SESAM-Vitale et contenues dans la table des conventions sont, pour un organisme complémentaire :

- L'identifiant de l'organisme signataire de la convention
- Le libellé de l'organisme signataire de la convention
- L'indicateur de convention « groupée » : cet indicateur permet de distinguer :
 - les conventions signées directement par l'organisme AMC ou par un organisme AMO pour le compte d'un seul organisme complémentaire (valeur égale à « 0 ») ;
 - les conventions signées par un organisme mandaté (organisme signataire de la convention) pour le compte de plusieurs organismes complémentaires (valeur égale à « 1 »).
- Le type de convention lié à la structure signataire des conventions :
 - convention Professionnel de Santé avec un AMO ou un AMC pour un organisme en gestion unique,
 - convention Professionnel de Santé avec un AMC pour un organisme en gestion séparée,
 - convention Professionnel de Santé avec un organisme mandaté par un ou plusieurs AMC pour un organisme en gestion séparée.
- Le critère secondaire permettant de sectoriser une population d'assurés.

Dans le cadre de la gestion unique, cette donnée prend la valeur code régime, code caisse gestionnaire et centre gestionnaire. Elle peut être exprimée à l'aide de caractères génériques. Le progiciel utilise ces caractères génériques lors de la comparaison avec les données issues de la carte Vitale ou d'un autre support de droits éventuel. Le code régime est toujours renseigné.

Ceci permet d'exprimer qu'une convention est associée à :

- un régime quels que soient la caisse gestionnaire et le centre gestionnaire,
- un régime et une partie des caisses gestionnaires quel que soit le centre gestionnaire,
- un régime et une partie des centres gestionnaires quelle que soit la caisse gestionnaire,
- un régime et une caisse gestionnaire et un centre gestionnaire.
- Le type d'accord défini précisant les traitements conventionnels acceptés par l'organisme complémentaire : Tiers Payant ou Hors Tiers Payant
- Le numéro d'organisme complémentaire (n° AMC)
- Le libellé de l'organisme complémentaire
- L'indicateur de désactivation des STS. Pour une convention donnée, le progiciel doit appeler les STS pour calculer la part complémentaire, sauf si cet indicateur est positionné.

- Le code aiguillage STS.

En gestion séparée :

- L'indicateur d'usage de l'attestation papier n'est pas utilisé : cet indicateur n'est pertinent que dans le cas de l'utilisation d'une attestation papier,
 - une valeur « 0 » signifie que l'attestation papier est indispensable avec la table des conventions pour obtenir les informations relatives à SESAM-Vitale (code aiguillage, indicateur de traitement...) et déterminer le type de flux et le destinataire,
 - une valeur « 1 » signifie que les informations relatives à SESAM-Vitale sont issues de la table des conventions et que l'attestation papier est un complément à la table des conventions pour déterminer le type de flux et le destinataire.
- L'indicateur d'acceptation de DRE d'annulation (accord conventionnel)
- En tiers payant, l'identifiant de l'opérateur de règlement²². Cette donnée est utilisée dans les critères de regroupement des DRE en lots
- En tiers payant, les données d'adressage du destinataire des flux²³ (code routage, identifiant de l'hôte, nom de domaine). Ces données d'adressage peuvent aussi être renseignées en hors tiers payant.

Les critères d'accès à la table des conventions sont :

- L'identifiant de l'organisme signataire de la convention,
- L'indicateur de convention « groupée »,
- Le type de convention pour la gestion de la complémentaire,
- Le critère secondaire précisant le périmètre de la convention,
- Le numéro d'organisme complémentaire (n° AMC),
- Le type d'accord de la convention.

Ces critères d'accès sont renseignés en fonction du contexte de facturation.

Données de la table de correspondance et critères d'accès

Les données contenues dans la table de correspondance sont :

- Le MUTNUM,

Cette donnée peut être exprimée à l'aide de caractères génériques. Le progiciel utilise ces caractères génériques lors de la comparaison avec la donnée issue de la carte Vitale ou d'un autre support éventuel.

- Le code organisme obligatoire associé (code régime, caisse, centre),

Cette donnée peut être exprimée à l'aide de caractères génériques. Le progiciel utilise ces caractères génériques lors de la comparaison avec les données issues de la carte Vitale ou d'un autre support éventuel. Le code régime est toujours renseigné.

²² L'« opérateur de règlement » est l'opérateur qui rembourse au Professionnel de Santé les prestations complémentaires en tiers payant pour le compte de l'organisme complémentaire.

²³ L'« opérateur destinataire des flux complémentaires » est l'opérateur qui reçoit les flux contenant la part complémentaire pour le compte de l'organisme complémentaire.

- Le numéro d'organisme complémentaire,
- Le libellé de l'organisme complémentaire,
- Eventuellement d'autres données utiles, mises à disposition du Professionnel de Santé pour lui permettre de mettre à jour, au fil de l'eau, sa table des conventions. Ces données seront fournies dans le fichier de correspondance normé.

Les critères d'accès à la table de correspondance sont :

- Le MUTNUM,
- Le code organisme obligatoire associé (code régime, caisse, centre).

Données de la table des regroupements et critères d'accès

Les données contenues dans la table des regroupements sont :

- Le numéro d'organisme complémentaire,
- Le libellé de l'organisme complémentaire,
- Le type de convention,
- Le libellé du type de convention,
- Le critère secondaire permettant de sectoriser une population d'assurés,

Dans le cadre de la gestion unique, cette donnée prend la valeur code régime, code caisse gestionnaire et centre gestionnaire. Elle peut être exprimée à l'aide de caractères génériques. Le progiciel utilise ces caractères génériques lors de la comparaison avec les données issues de la carte Vitale ou d'un autre support de droits éventuel. Le code régime est toujours renseigné.

- L'identifiant de l'organisme signataire de la convention,
- Le libellé de l'organisme signataire de la convention,

NB : dans cette table, un organisme signataire d'une convention est associé à plusieurs complémentaires couvertes par cette convention.

Les critères d'accès à la table des regroupements sont :

- Le numéro d'organisme complémentaire,
- Le type de convention,
- Le critère secondaire permettant de sectoriser une population d'assurés.

Ces critères d'accès sont renseignés en fonction du contexte de facturation.

4.2.1.5.3.2 Recherche dans la table de correspondance

En gestion unique, dans le cas où le numéro d'organisme complémentaire n'est pas connu, le progiciel doit consulter la table de correspondance si le « MUTNUM » est connu.

Valorisation des critères d'accès à la table de correspondance

Le « MUTNUM » et le code organisme obligatoire associé (code régime, caisse, centre) doivent être valorisés à partir des informations acquises.

Pour le Régime Agricole, si le 5ème caractère (correspond au 3ème caractère du code caisse gestionnaire) est égal à « 1 » ou « 5 », le remplacer par « 1 ».

Détermination du numéro d'organisme complémentaire

Le progiciel récupère une ligne de correspondance contenant :

- le numéro d'organisme complémentaire associé au « MUTNUM »;

Dans ce cas, le numéro d'organisme complémentaire peut être utilisé pour accéder aux tables des regroupements et de conventions.

Si aucune ligne n'est restituée, la table de correspondance ne fournit pas le numéro d'organisme complémentaire.

Si plusieurs lignes sont restituées, le progiciel est en présence d'un cas d'erreur et ne permet pas la prise en compte de la complémentaire.

4.2.1.5.3.3 Recherche dans la table des regroupements

La recherche dans la table des regroupements est obligatoire. Elle permet d'identifier l'organisme signataire de la convention dans le cas où l'organisme complémentaire est concerné par une convention groupée.

Valorisation des critères d'accès à la table des regroupements

Le progiciel valorise les critères d'accès en fonction du contexte de facturation et des données acquises. Le tableau suivant récapitule les cas possibles de recherche selon le mode de gestion déterminé pour l'Organisme Complémentaire (cf. Annexe 1-A § « Détermination du mode de gestion »).

Critères	Contexte	Valorisation des critères par le progiciel
Type de convention	Gestion unique	« RO »
	Gestion séparée et présent sur le support	A partir du support.
	Gestion séparée et absent ou à blanc sur le support	Critère non utilisé
Critère secondaire	Gestion unique	Code grand régime + code caisse gestionnaire + code centre gestionnaire issus du support <i>Pour le Régime Agricole, si le 5ème caractère (correspond au 3ème caractère du code caisse gestionnaire) est égal à « 1 » ou « 5 », le remplacer par « 1 »</i>
	Gestion séparée et présent sur le support	A partir du support
	Gestion séparée et absent ou à blanc sur le support	Critère non utilisé
Numéro d'organisme complémentaire	Si le numéro d'organisme complémentaire est issu du support ou acquis à partir de la table de correspondance	A partir du support ou de la table de correspondance
	Si le numéro d'organisme complémentaire reste inconnu (absent du support et de la table de correspondance, non saisi par le Professionnel de Santé)	Critère non utilisé

Si la carte Vitale comprend plusieurs valeurs de types de conventions ou de critères secondaires, le progiciel recherche les conventions répondant à toutes les combinaisons possibles des valeurs de types de convention et/ou de critères secondaires disponibles.

Détermination du n° d'organisme signataire de la convention

La liste restituée peut contenir :

- Aucune ligne : l'organisme complémentaire n'est pas concerné par une convention groupée.
- Une ou plusieurs lignes : l'organisme complémentaire est concerné par une ou plusieurs conventions groupées.

4.2.1.5.3.4 Recherche dans la table des conventions**Valorisation des critères d'accès à la table des conventions**

Le logiciel valorise les critères d'accès en fonction du contexte de facturation et des données acquises. Le tableau suivant récapitule les cas possibles de recherche selon le mode de gestion déterminé pour l'Organisme Complémentaire (cf. Annexe 1-A § « Détermination du mode de gestion »).

Critères	Contexte	Valorisation des critères par le logiciel
Indicateur de convention groupée	En gestion unique, si la complémentaire fait l'objet d'une convention groupée	« 1 »
	En gestion unique, si la complémentaire ne fait pas l'objet d'une convention groupée	« 0 »
	En gestion séparée	Critère non utilisé
Type de convention	Gestion unique	« RO »
	Gestion séparée et présent sur le support	A partir du support.
	En gestion séparée, si la complémentaire ne fait pas l'objet d'une convention groupée et type de convention absent ou à blanc sur le support.	Critère non utilisé
	En gestion séparée, si la complémentaire fait l'objet d'une convention groupée et type de convention absent ou à blanc sur le support.	A partir du type de convention issu de la table des regroupements.
Critère secondaire	Gestion unique	Code grand régime + code caisse-gestionnaire + code centre-gestionnaire issus du support Pour le Régime Agricole, si le 5ème caractère (correspond au 3ème caractère du code caisse-gestionnaire) est égal à « 1 » ou « 5 », le remplacer par « 1 »
	En gestion séparée, si la complémentaire fait l'objet d'une convention groupée	Critère non utilisé
	En gestion séparée, si la complémentaire ne fait pas l'objet d'une convention groupée et critère secondaire présent sur le support	A partir du support
	En gestion séparée, si la complémentaire ne fait pas l'objet d'une convention groupée et critère secondaire absent ou à blanc sur le support	Critère non utilisé

Critères	Contexte	Valorisation des critères par le progiciel
Organisme signataire de la convention	Si la complémentaire fait l'objet d'une convention groupée	A partir de l'organisme signataire issu de la table des regroupements.
	En gestion séparée, si la complémentaire ne fait pas l'objet d'une convention groupée	Numéro d'organisme complémentaire issu du support
	Autres situations	Critère non utilisé
Numéro d'organisme complémentaire	En gestion unique, si la complémentaire ne fait pas l'objet d'une convention groupée et si le numéro d'organisme complémentaire est issu du support ou acquis à partir de la table de correspondance	A partir du support ou de la table de correspondance
	Autres situations	Critère non utilisé

Si la carte Vitale comprend plusieurs valeurs de types de conventions ou de critères secondaires, le progiciel recherche les conventions répondant à toutes les combinaisons possibles des valeurs de types de convention et/ou de critères secondaires disponibles.

Autant de lignes sont restituées en table que de combinaisons possibles entre types de conventions et critères secondaires (le résultat de la recherche peut aboutir à 8 lignes restituées au maximum).

Restitution des conventions

La recherche en table des conventions est réalisée simultanément par le passage en table des regroupements, et par le passage direct par la table des conventions.

Suite à cette recherche, le progiciel restitue au Professionnel de Santé, le résultat sous forme d'une liste des conventions groupées et non groupées selon les principes suivants :

Gestion unique

- Si aucune ligne n'a été trouvée dans la table des regroupements, la recherche dans la table des conventions est réalisée en renseignant l'indicateur de convention groupée à « 0 », le type de convention à « RO », le critère secondaire et éventuellement le numéro d'organisme complémentaire.
- Si une ou plusieurs lignes sont trouvées dans la table des regroupements, la recherche dans la table des conventions est réalisée :
 - à partir des signataires de conventions groupées issus de la recherche dans la table de regroupement en renseignant l'indicateur de convention groupée à « 1 », le type de convention à « RO », le critère secondaire, et l'identifiant du signataire ;
 - et, à partir des conventions non groupées, en renseignant l'indicateur de convention groupée à « 0 », le type de convention à « RO », le critère secondaire et éventuellement le numéro d'organisme complémentaire.
- En cas de recherche de conventions infructueuse avec le numéro d'organisme complémentaire comme critère de recherche, le progiciel doit réaliser une nouvelle recherche dans la table des conventions sans le numéro d'organisme complémentaire et en renseignant l'indicateur de convention groupée à « 0 », le type de convention à « RO », et le critère secondaire.

Gestion séparée

A l'issue de la recherche dans la table des regroupements :

- Si aucune ligne n'est restituée dans la table des regroupements, la recherche dans la table des conventions est réalisée à partir du numéro d'organisme complémentaire (en tant que signataire de la convention).
- Si une ou plusieurs lignes sont trouvées dans la table des regroupements, la recherche dans la table des conventions est réalisée :
 - à partir des signataires de conventions groupées, issus de la recherche dans la table de regroupement, accompagné de l'éventuel type de convention
 - et à partir du numéro d'organisme complémentaire (en tant que signataire de la convention) accompagné des éventuels type de convention et critère secondaire.

Lorsque plusieurs conventions groupées et non groupées sont alors trouvées, celles-ci sont restituées au Professionnel de Santé pour sélection.

Pour chaque convention restituée, le progiciel permet l'affichage de toutes les données contenues dans la table. Pour une convention groupée, le progiciel peut lister à partir de la table des regroupements les organismes complémentaires concernés par cette convention.



- Cas particuliers en gestion unique et en gestion séparée :

- Cas 1 : Plusieurs PS utilisateurs d'un même poste et conventions signées entre un PS et un organisme complémentaire :

Dans le cas où le progiciel est utilisé par plusieurs Professionnels de Santé, le progiciel doit restituer à chaque Professionnel de Santé la table de conventions le concernant (conventions qu'il a renseignées par mise à jour directe, conventions de son choix mises à jour à partir des fichiers normés...).

- Cas 2 : Conventions signées pour tout ou partie des spécialités entre un centre de santé et un organisme complémentaire

Dans le cas d'un centre de santé, le progiciel doit restituer les conventions de la structure applicables à la spécialité de l'exécutant de la prestation.

4.2.1.5.3.5 Choix d'une convention par le Professionnel de Santé

La liste des conventions restituée par la table des conventions peut contenir :

- une seule convention : le progiciel demande au Professionnel de Santé s'il souhaite appliquer ou non la convention,
- plusieurs conventions de même type (Tiers Payant et / ou Hors Tiers Payant) ou de type différent : le progiciel demande au Professionnel de Santé de choisir ou non l'une des conventions,
- aucune convention : le progiciel demande au Professionnel de Santé s'il souhaite mettre à jour sa table des conventions. Pour pouvoir appliquer cette nouvelle convention, le progiciel doit vérifier qu'elle est compatible avec les critères d'accès précédemment valorisés.

La convention choisie doit être compatible, dans sa portée (Tiers Payant et / ou Hors Tiers Payant), avec l'indicateur de traitement (cf. § 4.2.1.5.2).

La convention choisie par le Professionnel de Santé définit notamment le service appliqué à la facture (tiers payant ou hors tiers payant) qui est le résultat du rapprochement entre ce que peuvent faire l'organisme et le Professionnel de Santé.

La convention sélectionnée doit être applicable à la complémentaire identifiée.

Si le Professionnel de Santé décide de ne pas sélectionner une convention parmi celle(s) proposée(s) (ou si aucune convention n'est restituée par la table des conventions), le progiciel ne permet pas la prise en compte de la complémentaire selon le Cahier des Charges SESAM-Vitale. Cependant, en gestion séparée, le Professionnel de Santé peut choisir de transmettre les informations de la complémentaire par un autre moyen hors SESAM-Vitale (flux direct) ou avec une FSE enrichie sans données d'adressage AMC (flux passant par un OCT) ou un flux papier.

Il est recommandé aux éditeurs de progiciel de conserver la liste des conventions applicables durant le processus de facturation. Le Professionnel de Santé peut être amené à sélectionner une autre convention en cours de facturation (ex : cas du passage en hors tiers payant).

CMU-C

En gestion séparée, si le Professionnel de Santé décide de ne pas sélectionner une convention parmi celle(s) proposée(s) (ou si le Professionnel de Santé n'a pas de convention de télétransmission), le Professionnel de Santé doit réaliser un flux Tiers Payant Coordonné qui peut être assimilé à un mode de gestion unique. Le progiciel doit permettre cette fonctionnalité au Professionnel de Santé.

Bénéficiaires du dispositif « TPi ACS »

Pour les factures élaborées selon le dispositif « TPi ACS - Procédure standard SESAM-Vitale », si le Professionnel de Santé (hors opticien et audioprothésistes) décide de ne pas sélectionner une convention parmi celle(s) proposée(s) (ou si le Professionnel de Santé n'a pas de convention de télétransmission), le Professionnel de Santé doit réaliser un flux Tiers Payant Coordonné qui peut être assimilé à un mode de gestion unique (dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO »). Le progiciel doit permettre cette fonctionnalité au Professionnel de Santé sauf pour les prestations d'optique et d'audioprothèse. Les prestations d'optique ou d'audioprothèse sont identifiées par leur groupe fonctionnel général valorisé à « optique » ou « audioprothèse » cf. Table 1 de l'annexe2.

Modalités de choix du Professionnel de Santé

Il est recommandé aux éditeurs de proposer un paramétrage permettant au Professionnel de Santé d'exprimer son choix. Par exemple, il peut paramétrer :

- globalement, au niveau de son poste, le fait qu'il accepte d'appliquer toute convention existante sur son poste,
- convention par convention au niveau de sa table (accord implicite d'application ou demande au cas par cas)
- globalement, au niveau de son poste le fait d'être systématiquement interrogé avant application de la convention, pour chaque facture.

Détermination du code aiguillage STS

La table des conventions contient le code aiguillage des modules STS. Le progiciel réalise un contrôle de compatibilité entre le code aiguillage acquis et celui contenu dans la table des conventions. Ce contrôle est réalisé seulement si les STS sont activés.

Le code aiguillage utilisé pour l'appel aux STS dépend du support présenté et de l'indicateur d'usage de l'attestation pour la convention choisie :

- Si le code aiguillage du support est identique au code aiguillage de la table, le code aiguillage à prendre pour l'appel des STS est celui contenu dans la table.
- Si le code aiguillage du support est différent du code aiguillage de la table,
 - Si le support utilisé est le support de droits AMO (ou un autre support électronique), soit le Professionnel de Santé met à jour la table des conventions, soit il abandonne l'envoi d'un flux de données complémentaires.
 - Si le support présenté est une attestation papier et que l'indicateur d'usage de l'attestation est égal à « 0 », soit le Professionnel de Santé met à jour la table des conventions, soit il abandonne l'envoi d'un flux de données complémentaires.
 - Si le support présenté est une attestation papier et que l'indicateur d'usage de l'attestation est égal à « 1 », le code aiguillage à prendre pour l'appel des STS est celui contenu dans la table.
- Si le code aiguillage est présent sur le support et absent de la table, soit le Professionnel de Santé met à jour la table des conventions, soit il abandonne l'envoi d'un flux de données complémentaires.
- Si le code aiguillage est absent du support et présent dans la table, le progiciel utilise celui présent dans la table des conventions.
- Si le code aiguillage est absent du support et de la table, celui-ci n'est pas valorisé lors de l'appel aux STS.

4.2.1.5.3.6 Conditions de mise à jour des tables

Les organismes d'Assurance Maladie peuvent mettre à disposition des fichiers normés :

- contenant les conventions signées entre les Professionnels de Santé et les organismes d'Assurance Maladie ;
- recensant les organismes faisant l'objet d'un regroupement dans le contexte d'une convention ;
- contenant la correspondance entre un « MUTNUM » et un numéro d'organisme complémentaire. Ce fichier normé est fourni par le GIE SESAM-Vitale.

La mise à jour des tables des conventions et des regroupements relève de la responsabilité du Professionnel de Santé. Les conventions précisent les données techniques à y inscrire.

Afin de faciliter la mise à jour des tables, le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de prendre en compte les fichiers normés directement sur son Poste de Travail.

Pour la mise à jour des tables de conventions et de regroupements, le progiciel du Professionnel de Santé doit réaliser les étapes suivantes :

- la **récupération des fichiers normés** transmis par les organismes émetteurs sur le poste du Professionnel de Santé,
- le **filtrage des fichiers normés** par le progiciel pour remonter uniquement les conventions et regroupements qui correspondent au Professionnel de Santé,
- l'**importation des fichiers normés filtrés** dans les tables déjà installées sur le poste du Professionnel de Santé.

Les formats et procédures d'échange des fichiers normés sont décrits dans l'annexe 3.

Mise à jour de la Table des conventions

Le progiciel doit permettre de renseigner sur le Poste de Travail la table des conventions soit à partir des données fournies dans les fichiers des conventions normés, soit par saisie directe.

Mise à jour par saisie directe (manuelle)

Le progiciel doit mettre à disposition du Professionnel de Santé des fonctions de mise à jour de la table des conventions (création, modification, suppression et consultation) permettant d'aboutir à la recherche de convention applicable. Toutes ces fonctions doivent être accessibles à toutes les étapes du processus de facturation.

Par exemple, la consultation peut restituer une liste des conventions pour un même signataire de convention, et/ou une liste des conventions pour un même organisme complémentaire.

Mise à jour par fichier de conventions normé

Le progiciel doit réaliser les actions suivantes :

- le progiciel filtre le fichier de conventions normé selon la catégorie et/ou la spécialité du Professionnel de Santé (cf. § « Règles sur le filtrage des conventions » de l'annexe 3).
- le progiciel recueille l'accord du Professionnel de Santé pour l'importation du fichier normé dans sa table des conventions, en lui permettant de visualiser le fichier (cf. § « Règles de gestion des codes actions » de l'annexe 3).
- le progiciel met à jour ou supprime les conventions selon l'accord du Professionnel de Santé (cf. § « Règles de gestion des codes actions » de l'annexe 3).

Mise à jour de la Table des regroupements

Le progiciel doit permettre de renseigner sur le Poste de Travail la table des regroupements soit à partir des données fournies dans les fichiers des regroupements normés, soit par saisie directe.

Le progiciel peut mettre à disposition du Professionnel de Santé un outil de consultation à tout moment du contenu de la table des regroupements. Cette consultation peut, par exemple, restituer une liste des organismes complémentaires pour un même signataire de convention, et/ou une liste des signataires de convention pour un même organisme complémentaire.

Mise à jour par saisie directe (manuelle)

La table des regroupements, utilisée par le progiciel dans la recherche des conventions applicables, peut être modifiée à tout moment par le Professionnel de Santé uniquement pour des modifications ponctuelles (cas où le Professionnel de Santé a connaissance d'un regroupement et que la table des regroupements n'est pas actualisée). La mise à jour de cette table relève de la responsabilité du Professionnel de Santé.

Mise à jour par fichier de regroupements normé

Le progiciel doit permettre de mettre à jour la table des regroupements contenue sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé à partir des fichiers normés fournis par les organismes d'Assurance Maladie.

Le progiciel doit réaliser les actions suivantes :

- Le progiciel filtre le fichier de regroupements normé selon la catégorie et/ou la spécialité du Professionnel de Santé (cf. § « Règles de gestion des codes actions » de l'annexe 3).
- Le progiciel permet au Professionnel de Santé de suivre le déroulement de l'importation du fichier de regroupements normé dans sa table des regroupements, en lui permettant de visualiser le fichier (cf. § « Règles de gestion des codes actions » de l'annexe 3).
- Le progiciel met à jour ou supprime les lignes de regroupement.

Mise à jour de la Table de correspondance

~~Le progiciel doit permettre de mettre à jour la table de correspondance à partir du fichier normé fourni par les organismes d'Assurance Maladie. Ce fichier normé annule et remplace la table de correspondance contenue sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé.~~

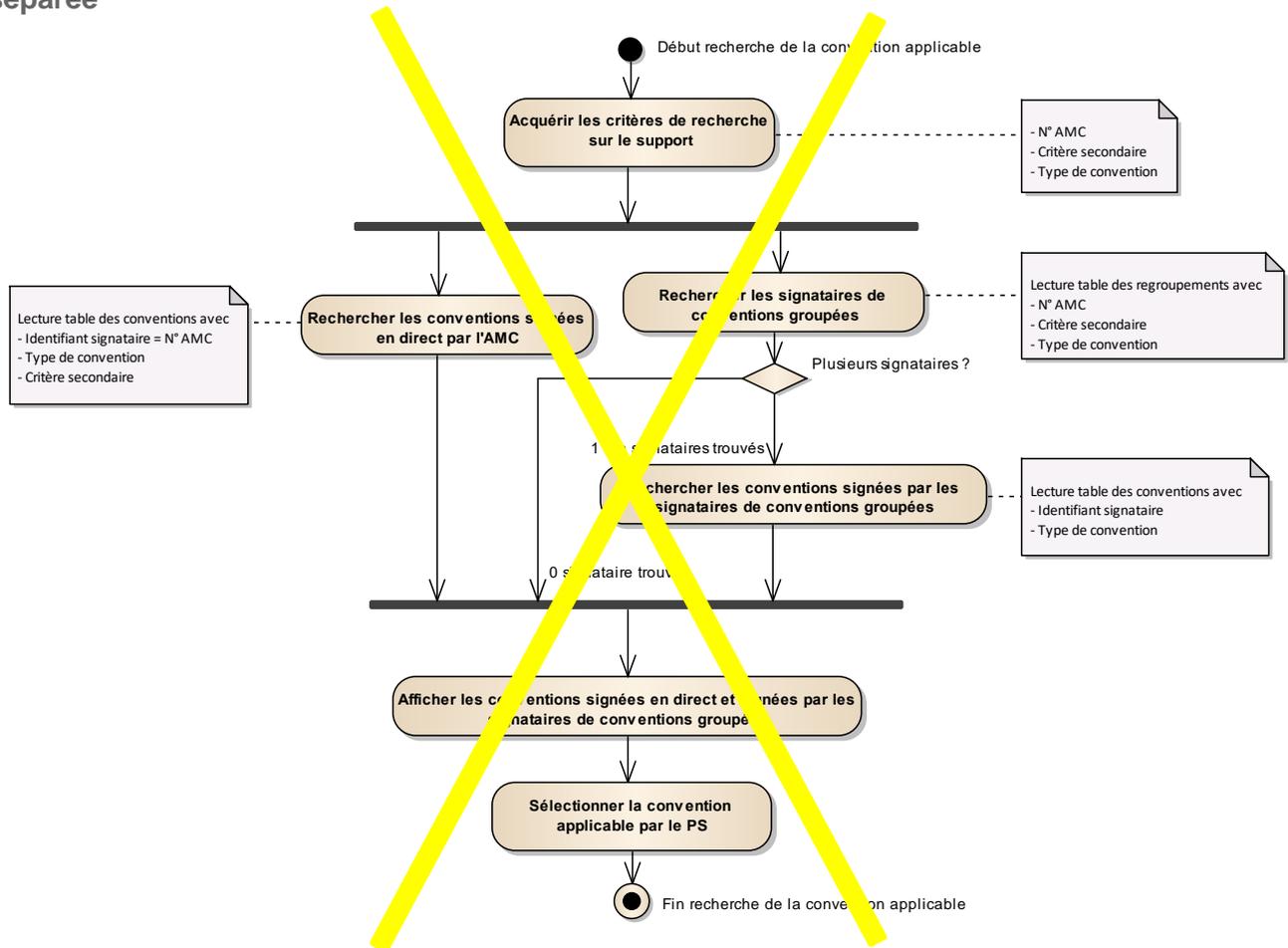
~~Le Professionnel de Santé peut visualiser la table de correspondance mais ne peut pas la modifier.~~

4.2.1.5.3.7 Schémas de la recherche de la convention applicable

Les schémas ci-dessous illustrent les paragraphes précédents en présentant des cinématiques possibles de recherche de la convention applicable. On distingue la recherche dans le cadre d'une gestion unique ou d'une gestion séparée.

Légende : la barre horizontale indique que l'ensemble des traitements en amont doit être terminé pour effectuer les traitements suivants.

Gestion séparée



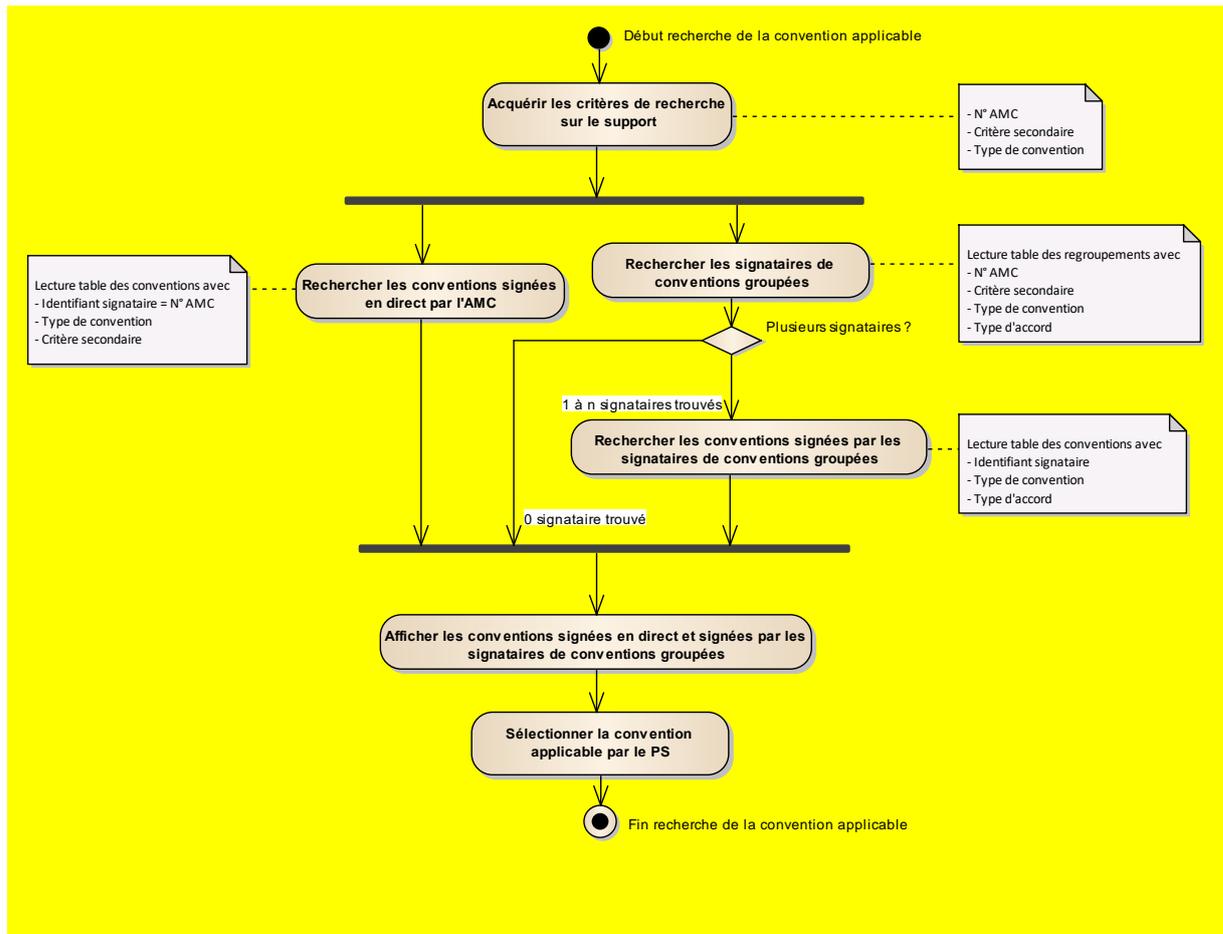
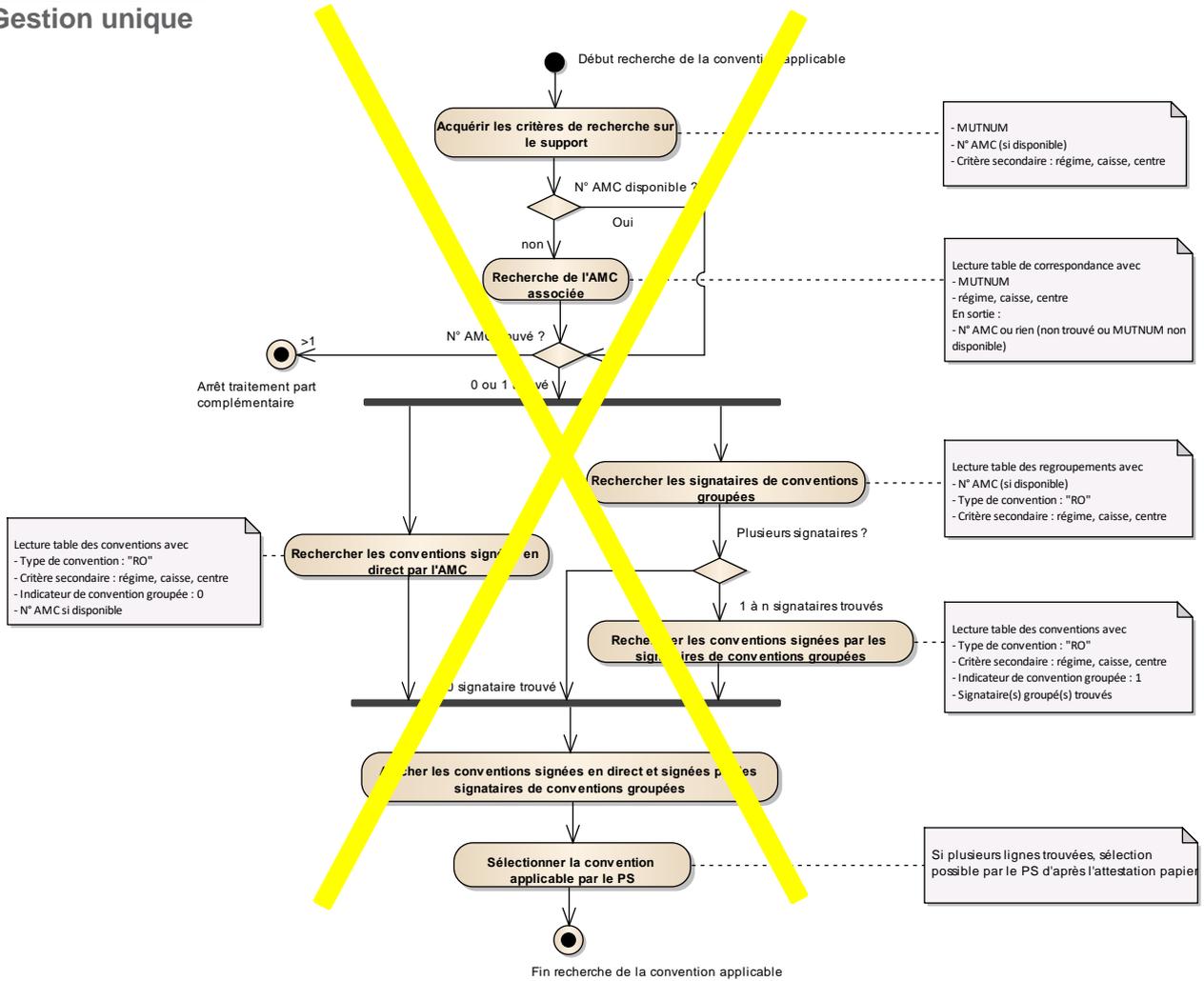


Schéma de la recherche de la convention applicable en gestion séparée

Gestion unique



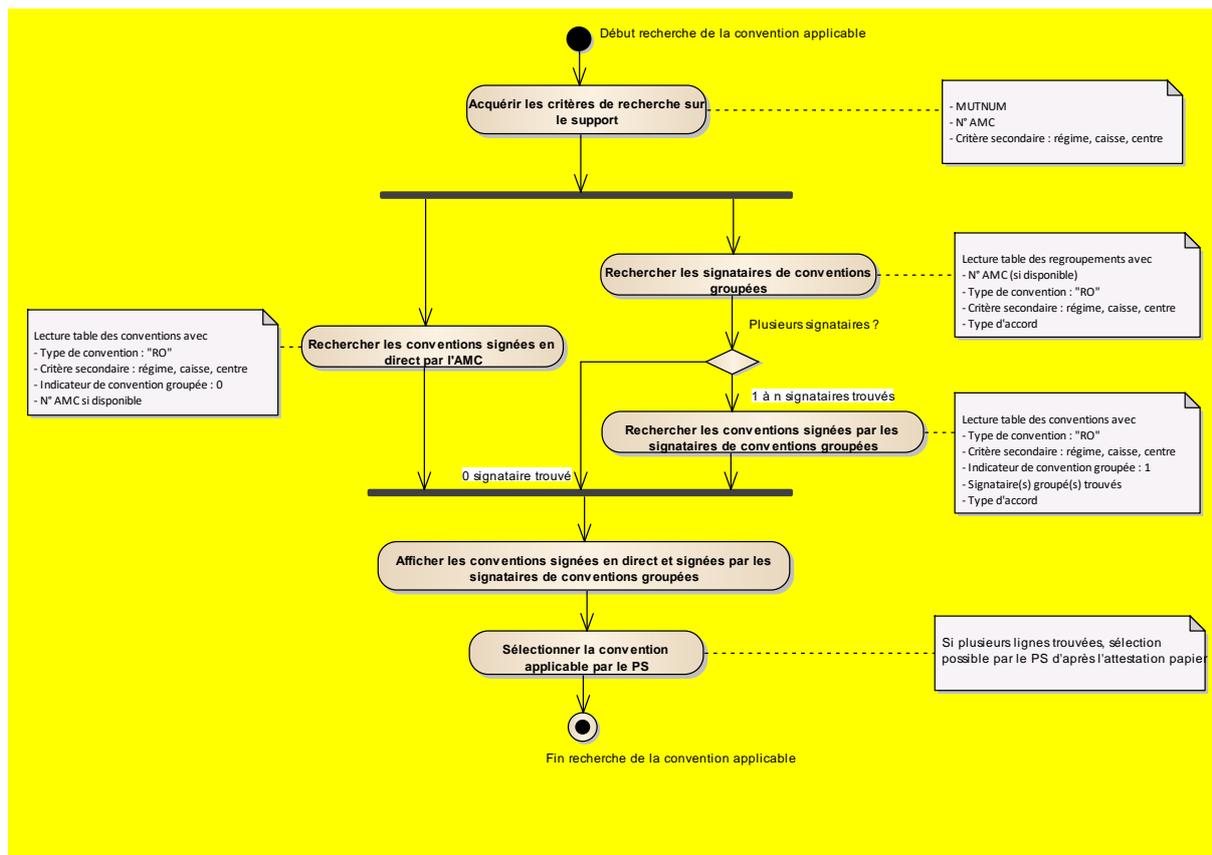


Schéma de la recherche de la convention applicable en gestion unique

4.2.1.6 Acquisition des informations relatives à la prestation

Le progiciel du Professionnel de Santé permet la saisie et l'acquisition des informations relatives aux prestations effectuées, au type de facturation applicable, etc.

Pour chaque prestation, le progiciel du Professionnel de Santé doit permettre au Professionnel de Santé d'indiquer si les soins sont liés à un accident de droit commun.

- Pour les Professionnel de Santé prescripteurs, le progiciel ne doit pas renseigner préalablement la zone prévue à cet effet.
- Pour les Professionnel de Santé prescrits, le progiciel doit renseigner par défaut cette zone à « soins non en rapport avec un accident de droit commun », le Professionnel de Santé pouvant toujours la modifier si nécessaire

Le progiciel du Professionnel de Santé applique les contrôles sur les actes relevant de la NGAP, de la CCAM ainsi que d'autres liés à l'application de la réglementation AMO (NABM). Ces contrôles ont pour but d'assurer la validité des informations créées sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé. Ils portent sur les aspects réglementaires, la cohérence et les valeurs des données.

- Actes non CCAM

En premier lieu, pour toute lettre clé saisie par un Professionnel de Santé de la famille prescripteur, il convient d'appliquer systématiquement le contrôle de validité des lettres clé obligatoirement automatisé par le service SRT et spécifié dans l'annexe 1-A (cf. schéma SR1, règle CC6).

Les spécifications des contrôles réglementaires de l'AMO sont décrites dans l'annexe 2 du Cahier des Charges SESAM-Vitale.

- Actes CCAM

Les spécifications des règles CCAM sont décrites dans l'annexe 1-A1. Le progiciel s'appuie obligatoirement sur l'utilisation des services SRT telle que spécifiée dans l'annexe 1-A1.

Dans une même facture peuvent être présents à la fois des prestations non CCAM et des prestations CCAM.

Origine de la prescription pour les exécutants

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé des familles Pharmaciens et Laboratoires de renseigner dans sa facture l'origine de la prescription, à savoir : prescription établie

- par le médecin traitant,
- par un médecin correspondant,
- par un autre médecin dans le respect du parcours de soins,
- hors parcours de soins.

Cette information est lue, le cas échéant, par le Professionnel de Santé exécutant sur l'ordonnance. (Cf. §4.2.1.11 Inscription des références du parcours coordonné de soins sur l'ordonnance).

Il est à noter que les Professionnels de Santé de la famille Fournisseurs ne sont pas concernés par le renseignement du code origine de la prescription pour le contexte du parcours de soins.

Origine de la prescription pour la délivrance d'optique

Le progiciel doit permettre aux Professionnels de Santé des familles Pharmaciens et Fournisseurs de renseigner dans sa facture l'origine de la prescription lors de la délivrance d'optique, à savoir :

- renouvellement à l'identique de la prescription médicale,
- renouvellement adapté de la prescription médicale,

Prévention commune AMO/AMC

Le progiciel permet au Professionnel de Santé de saisir les informations relatives à la prévention commune AMO/AMC, à savoir :

- un « Top Prévention commune AMO/AMC »,
- un qualifiant de dispositif de prévention en saisie libre.

Ces deux informations de niveau acte sont renseignées par le progiciel et placées dans la facture.

Identification du prescripteur

Le progiciel permet au Professionnel de Santé d'acquérir les informations d'identification du prescripteur à partir de la prescription à savoir :

- le n° d'identification de facturation du prescripteur,
 - Pour les prescripteurs exerçant comme salariés dans les établissements et centres de santé, ce numéro est le n° FINESS de l'établissement
- le n° de RPPS du prescripteur,
- la condition d'exercice du prescripteur,
- la date de la prescription
- le code spécialité du prescripteur (uniquement pour les prescripteurs salariés),
- l'identification de la structure dans laquelle le prescripteur exerce.

Codage des médicaments

Pour les médicaments bénéficiant d'une double identification : CIP7 et CIP13, le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de sélectionner le code CIP à transmettre dans les factures, soit le CIP7, soit le CIP13.

Cette sélection doit se présenter sous la forme d'un paramétrage du logiciel.

Indicateur du médicament délivré

Cette information n'est pas transmise dans un premier temps.

Il est recommandé au progiciel de permettre au Professionnel de Santé, à son choix, de transmettre ou pas cette information.

La transmission de la donnée « Indicateur du médicament délivré » est un choix du Professionnel de Santé conditionné par la valeur d'un paramètre du progiciel.

Honoraires de dispensation

Les prestations d'honoraire de dispensation ne sont pas saisies par le Professionnel de Santé : le progiciel doit les générer automatiquement dans la facture à partir des médicaments remboursables renseignés par le Professionnel de Santé.

4.2.1.7 Détermination du contexte du Parcours coordonné de soins

Le progiciel examine tous les cas d'exclusion et détermine si la facture est concernée par le parcours de soins.

Dans le cas où la facture est concernée par le parcours de soins, le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de saisir les deux informations suivantes :

- L'existence d'un médecin traitant déclaré par le patient,
Cette information est notamment disponible au niveau du support de droits AMO et est affichée au Professionnel de Santé. Cependant le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de confirmer ou modifier cette information.
- La réponse du Professionnel de Santé sur le contexte du parcours de soins à savoir si la facture est élaborée :
 - par le Médecin traitant déclaré,
 - par le Nouveau médecin traitant,
 - par un Médecin correspondant (cas d'orientation par le médecin traitant),
 - par un médecin pour un bénéficiaire orienté par un autre médecin que le médecin traitant (autres cas d'orientation),
 - par le généraliste récemment installé en exercice libéral,
 - par le médecin installé en zone sous médicalisée,
 - en Urgence,
 - en Accès direct spécifique,
 - par le médecin traitant de substitution,
 - hors résidence habituelle du patient,
 - hors Accès direct spécifique,
 - hors parcours de soins.

Le progiciel détermine, à partir de ces 2 informations, l'indicateur du parcours de soins transmis dans la facture (cf. Annexe1-A0).

Pour une facture élaborée par le médecin correspondant ou un médecin pour un bénéficiaire orienté par un médecin autre que le médecin traitant (médecin orienté), le progiciel oblige la saisie des nom et prénom du médecin qui a orienté le patient.

4.2.1.8 Tarification de la part obligatoire

Le progiciel du Professionnel de Santé applique également les règles de tarification qui représentent un ensemble de règles de calcul de remboursement pour l'Assurance Maladie des différentes prestations en fonction de critères liés à la catégorie professionnelle, à l'acte, à la date, aux droits de paiement, etc.

Les règles de tarification des AMO doivent être appliquées quel que soit le mode de tarification AMO (hors tiers payant ou tiers payant).

Ces règles permettent de déterminer :

- la base de remboursement des actes médicaux ou paramédicaux,
- la base de remboursement des frais de déplacement,
- le taux de remboursement,

- le montant remboursable par l'AMO.

Le progiciel devra comporter des modules capables de traiter l'intégralité des règles de tarification applicables à une profession.

Les spécifications des règles de tarification de l'AMO sont décrites dans les annexes 1 et 2.

Dans un but de clarification de la présentation, les calculs nécessaires à la tarification ont été découpés en règles simples. De ce fait, ces règles possèdent un enchaînement logique qui est traduit par les schémas figurant dans l'annexe 1-A.

- *Base de Remboursement*

Pour la détermination de la base de remboursement des prestations CCAM, le progiciel utilise les services SRT de calcul du Prix Unitaire (PU) et de la Base de Remboursement (BR). Les spécifications d'appel aux services élémentaires des SRT sont décrites dans l'annexe 1-A1.

- *Taux de Remboursement et Montant remboursable AMO*

Pour la détermination du taux de remboursement ainsi que du montant remboursable par l'AMO, le progiciel s'appuie sur les règles décrites dans l'annexe 2.

Dans le cas de prestations CCAM, la détermination du taux de remboursement peut nécessiter l'utilisation de services SRT dont l'appel est précisé dans l'annexe 2 et l'implémentation est décrite dans l'annexe 1-A1.

Contrôle complet CCAM

Une fois que le progiciel de Santé a terminé la tarification AMO, il est obligatoire d'appeler le service SRT de contrôle complet CCAM pour effectuer un contrôle complet vis-à-vis de la réglementation et de la tarification CCAM si la facture comporte au moins un acte CCAM.

En entrée, le progiciel fournit au service contrôle complet CCAM les données d'entrée de constitution de la facture à contrôler. Tous les actes de la facture doivent être saisis.

En sortie, les SRT retournent une liste de diagnostics détaillant les erreurs détectées par rapport aux règles CCAM. Le progiciel doit alors présenter ces diagnostics au Professionnel de Santé pour que ce dernier effectue les corrections nécessaires.

En cas de correction apportée par le Professionnel de Santé, le contrôle complet CCAM doit alors être appelé à nouveau, et ce jusqu'à ce qu'aucun diagnostic d'erreur ne soit plus détecté (hors cas de forçage spécifiés dans l'annexe 1-A).

En mode nominal, le contrôle complet CCAM est terminé quand aucun diagnostic d'erreur n'est plus remonté.

Les spécifications d'appel au service « contrôle complet » des SRT sont décrites dans l'annexe 1-A1.

4.2.1.9 Tarification de la part complémentaire

Pour la tarification de la part complémentaire le Professionnel de Santé peut renseigner des montants et utiliser les modules de tarifications STS.

Cas particulier : en nature d'assurance SMG, ainsi qu'en contexte APIAS, ou en cas de situation de Victime d'Attentat, la part complémentaire est nécessairement non renseignée : le progiciel ne détermine pas la part complémentaire, ce chapitre ne s'applique pas.

Dans le cadre de l'AME, le progiciel ne doit pas faire appel aux modules de tarification STS pour la tarification complémentaire.

4.2.1.9.1 **Acquérir les montants de la « réponse de la prise en charge »**

En présence d'une référence de « réponse de prise en charge », le progiciel doit offrir au Professionnel de Santé deux modes d'acquisition des montants de la « réponse de prise en charge » :

- Mode 1 : Acquérir les montants pour chaque prestation de la facture,
- Mode 2 : Acquérir le montant total de la « réponse de prise en charge » et le ventiler

Définition du mode 1 : La « réponse de prise en charge » détaille les montants de la part complémentaire pour chaque code de prestation et il y a stricte adéquation entre les codes « prestation » de la facture et ceux figurant sur la « réponse de la prise en charge »,

Définition du mode 2 : Tous les autres cas.

Exemples :

- Divergence entre les codes « prestation » de la facture et ceux figurant sur la « réponse de la prise en charge » (utilisation par l'organisme complémentaire d'un référentiel différent de celui de l'AMO, ...)
- la réponse contient uniquement le montant total de la prise en charge,
- ...

Les accords passés entre le Professionnel de Santé et l'organisme complémentaire peuvent éventuellement indiquer le mode d'acquisition à privilégier.

Recommandation

Le progiciel peut indiquer le cas échéant, une information au Professionnel de Santé, stipulant que seuls les produits et prestations de la « réponse de prise en charge » doivent figurer sur cette facture ; les produits en sus doivent faire l'objet d'une autre facturation.

4.2.1.9.1.1 **Acquérir les montants de chaque prestation de la « réponse de prise en charge »**

Dans le mode 1, le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'acquérir le montant complémentaire de chaque prestation à partir de la « réponse de la prise en charge » et calcule le montant total de la part complémentaire qu'il affiche au Professionnel de Santé.

Le progiciel positionne un indicateur de forçage de niveau acte pour chaque acte renseigné.

4.2.1.9.1.2 **Acquérir le montant total de la prise en charge et le ventiler**

Dans le mode 2, le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'acquérir le montant global de la « réponse de prise en charge ».

Le progiciel doit ventiler le montant total complémentaire inscrit sur la « réponse de prise en charge » en commençant par la première prestation, et selon les principes suivants.

Pour chaque prestation saisie par le Professionnel de Santé, le progiciel doit :

- déterminer le montant restant, du montant global de la « réponse de prise en charge » complémentaire, à ventiler sur les lignes d'actes suivantes.

Pour toutes les autres lignes d'actes (i) différentes de la première ligne, le montant restant à ventiler est égal au montant restant à ventiler de la ligne précédente diminué du montant théorique remboursable de la part complémentaire de la prestation de la ligne précédente (i-1). (C'est-à-dire celui calculé pour la ligne précédente.)

Le montant restant à ventiler (i) = Montant restant à ventiler (i-1) – montant théorique remboursable de la part complémentaire de la prestation (i-1)

Pour la première ligne d'acte, le montant restant à ventiler est égal au montant global de la « réponse de prise en charge ».

- calculer le montant théorique remboursable de la part complémentaire pour chaque prestation (i).

Ce montant pour chaque prestation (i) correspond au minimum entre le montant des honoraires de la prestation (i) déduit du montant remboursable AMO de la prestation (i) et le montant restant à ventiler (i) de la « réponse de la prise en charge ».

Le montant théorique remboursable de la part complémentaire de la prestation (i) = MIN [le montant des honoraires de la prestation (i) – montant remboursable AMO (i) ; Montant restant à ventiler (i)]

Le progiciel positionne un indicateur de forçage de niveau acte pour chaque acte.

Le progiciel renseigne le montant total théorique remboursable de la part complémentaire par le montant global de la « réponse de prise en charge » complémentaire renseigné par le Professionnel de Santé.

4.2.1.9.2 Tarification de la part complémentaire par le module de tarification complémentaire

Le progiciel doit faire appel aux modules de tarification STS pour la tarification complémentaire via l'interface unique d'appel aux STS sauf si, pour la convention sélectionnée, l'indicateur de désactivation des STS est positionné. L'interface est complétée avec toutes les données connues du progiciel (informations issues de la lecture de la CPS, de la carte Vitale, facture tarifée AMO, code aiguillage STS...).

Le progiciel valorise systématiquement le Top CMU avant l'appel aux STS (cf. annexe 1 – A2 – groupe 3700).

Le progiciel valorise le Top Médecin Référent avant l'appel aux STS (cf. annexe 1 – A2 – groupe 3700).

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé un appel optionnel à la fonction « Assistance à la Tarification » pour obtenir des informations liées à la tarification complémentaire de la facture. Le progiciel peut appeler la fonction « Assistance à la tarification » dès lors que l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire a été identifié.

Le progiciel doit effectuer un appel systématique à la fonction « Tarification » (en Tiers-Payant ou hors Tiers-Payant) pour calculer le montant de la part complémentaire au niveau acte et au niveau facture. Le progiciel peut appeler la fonction « Tarification » dès lors que l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire a été identifié, que le service (Tiers Payant ou Hors Tiers Payant) est sélectionné par le Professionnel de Santé par le choix d'une convention et que la tarification de la part obligatoire et le contrôle complet des données CCAM sont terminés.

Une facture n'est pas valide tant que les STS retournent un diagnostic bloquant en tarification (niveau de diagnostic supérieur ou égal à 3). Dans ce cas de figure, le Professionnel de Santé doit intervenir sur la facture avant sa mise en forme (corriger, passer en hors tiers payant par choix d'une autre convention, modifier les montants, abandonner la transmission de la part complémentaire...). Un diagnostic de niveau supérieur ou égal à 3 nécessite un nouvel appel à la fonction « Tarification » des STS si le Professionnel de Santé maintient la transmission des informations relatives à la complémentaire. Pour les actes ayant fait l'objet d'un diagnostic bloquant (niveau supérieur ou égal à 3), le progiciel doit ignorer l'éventuel montant de la part complémentaire calculé par les STS.

A l'issue de la tarification complémentaire, le progiciel réalise la sauvegarde des informations de tarification utilisées ou restituées par les modules STS dans le but de pouvoir les réafficher au Professionnel de Santé.

- Cas particulier pour la « réponse de prise en charge »

L'appel au service de tarification de la part complémentaire (STS) doit être réalisé **après** la réalisation du calcul par le progiciel du mode 1 ou du mode 2.

- Cas particulier pour la tarification de la part complémentaire en cas de **CMU-C C2S** ou dans le cadre du dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO »

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'appeler le STS-CMU et éventuellement, de renseigner le paramètre associé à chaque prestation de la facture.

- Information au Professionnel de Santé

En fin de Tarification SESAM-Vitale, c'est-à-dire après valorisation de la part obligatoire et de la part complémentaire si les conditions suivantes sont réunies :

- la facture est en Tiers Payant sur la part complémentaire,
- les STS sont débrayés,
- les données complémentaires sont issues de la carte Vitale,

alors le progiciel doit informer le Professionnel de Santé selon les termes suivants :

"Attention, les montants de la part complémentaires proposés ne sont pas issus des moteurs de tarification SESAM-Vitale "

Il est à noter que cette information ne nécessite pas une validation de la part du Professionnel de Santé.

Ce message ne doit pas être affiché dans un contexte de **CMU-C C2S** et de dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO ».

- **Recommandations seulement en cas d'échec à la tarification**

Lorsque la tarification ne peut pas être réalisée automatiquement, le progiciel peut :

- soit faire appel à la fonction « Assistance à la tarification » pour que le Professionnel de Santé choisisse la formule (par son numéro et son libellé) correspondant au support de droits AMC, et valoriser les paramètres associés pour les transmettre à la fonction de tarification ;
- soit « traduire » des éléments de tarification du fichier patient existant en formule et paramètres associés pour les transmettre à la fonction « Tarification » ;
- soit faire appel à son logiciel métier pour renseigner le montant de la part complémentaire.

4.2.1.10 Forçage

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de modifier les éléments constitutifs de la facture dans la limite des données de l'annexe 1-A1 et sans modification de leur définition fonctionnelle.

Ce forçage des données par le Professionnel de Santé est matérialisé par des indicateurs de forçage au niveau acte ou au niveau facture.

Les spécifications liées au forçage sont décrites dans l'annexe 1-A.

4.2.1.11 Inscription des références du parcours coordonné de soins sur l'ordonnance

La mention portée sur l'ordonnance par le prescripteur est fonction du contexte du parcours de soins dans lequel sa facture a été établie. Cette mention est reportée par l'exécutant (familles Pharmacien et Laboratoire d'analyse de biologie médicale) dans sa facture dans l'information « origine de la prescription ».

Cette mention correspond aux situations suivantes :

Pour une facture élaborée :	Inscription sur l'ordonnance :
<ul style="list-style-type: none"> • par le Médecin traitant déclaré • le nouveau médecin traitant 	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription établie par le médecin traitant
<ul style="list-style-type: none"> • par un Médecin pour un bénéficiaire orienté par le médecin traitant, 	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription établie par un médecin pour un bénéficiaire orienté par le médecin traitant

Pour une facture élaborée :	Inscription sur l'ordonnance :
<ul style="list-style-type: none"> • par un médecin pour un bénéficiaire orienté par un autre médecin que le médecin traitant • par le médecin traitant de substitution • en Accès direct spécifique • hors résidence habituelle du patient • par un généraliste récemment installé (et le patient a déclaré un médecin traitant) • par un médecin installé en zone sous médicalisée (et le patient a déclaré un médecin traitant) 	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription établie par un autre médecin dans le respect du parcours de soins
<ul style="list-style-type: none"> • hors parcours de soins. • hors accès direct spécifique 	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription établie hors parcours de soins
<ul style="list-style-type: none"> • en Urgence • dans un cas d'exclusion du parcours de soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Blanc

4.2.1.12 Préparation à la transmission des informations relatives à la complémentaire

4.2.1.12.1 Détermination des types de flux à transmettre

La détermination des types de flux à transmettre (FSE seule, DRE seule, FSE+DRE) est réalisée par le progiciel, en fonction de différentes situations décrites dans le tableau ci-dessous.

Les informations relatives à l'Assurance Maladie Complémentaire sont :

- soit à transmettre dans une DRE, pour un mode de gestion séparée et si le Professionnel de Santé n'utilise pas les services d'un OCT pour l'éclatement de FSE
- soit à inscrire dans la FSE,
 - pour un mode de gestion unique,
 - ou, pour un mode de gestion séparée, lorsque le Professionnel de Santé utilise les services d'un OCT pour l'éclatement de FSE.

Le progiciel doit pouvoir paramétrer l'existence ou non de l'utilisation par le Professionnel de Santé d'un service d'éclatement de FSE proposé par un OCT.

Le tableau ci-dessous récapitule les types de flux à émettre selon les situations.

AMO	AMC	Mode gestion	OCT éclateur facture	FSE	DRE	Remarques
Il existe au moins un	Pas de convention		Sans OCT	X		Possibilité d'avoir un flux AMC actuel.

AMO	AMC	Mode gestion	OCT éclateur facture	FSE	DRE	Remarques
acte à transmettre à l'AMO	SESAM-Vitale		Avec OCT	X		Part complémentaire dans FSE pour éclatement (actuel pour AMC). FSE enrichie sans données d'adressage AMC.
	Convention SESAM-Vitale existante	Gestion séparée	Sans OCT	X	X	
			Avec OCT	X		Part complémentaire dans FSE pour éclatement. FSE enrichie avec données d'adressage AMC
	Gestion unique			X		
Il n'existe pas d'acte à transmettre à l'AMO	Convention SESAM-Vitale existante	Gestion séparée	Sans OCT		X	
			Avec OCT	X		FSE enrichie avec données d'adressage AMC
		Gestion unique		X		
	Pas de convention SESAM-Vitale		Sans OCT			Possibilité d'avoir un flux AMC actuel.
			Avec OCT	X		Part complémentaire dans FSE pour éclatement, FSE enrichie sans données d'adressage AMC.

4.2.1.12.2 Détermination du destinataire des flux

4.2.1.12.2.1 Pour la FSE

La détermination de l'organisme destinataire des flux est décrite dans l'annexe 1-A0 (groupe 1310).

Routage des flux SMG

A partir du moment où le Professionnel de Santé choisit le contexte de facturation SMG, le progiciel ignore l'organisme gestionnaire de la carte Vitale et utilise dans tous les cas celui de la caisse dédiée à la gestion des flux SMG à savoir l'organisme gestionnaire suivant :

- Code régime **08**
- Code caisse gestionnaire **835**
- Code centre gestionnaire **0300**

4.2.1.12.2.2 Pour la DRE

En plus du numéro d'organisme complémentaire (issu du support de droits AMC) ou du numéro de l'opérateur de règlement (issu de la table des conventions), les informations nécessaires à l'adressage des DRE sont issues des informations administratives et de routage déterminées lors de la recherche dans l'Annuaire AMC ou à défaut dans la table de conventions. :

- le code routage,
- l'identifiant de l'hôte,
- le nom de domaine choisi par l'organisme AMC.

Les données code routage, identifiant de l'hôte et nom de domaine doivent provenir du même support AMC. Il n'est pas autorisé de mixer ces données à partir des différents supports (carte Vitale, support AMC, table des conventions).

Si les trois données proviennent du même support, l'adresse est complète et utilisable.

L'acquisition de ces données d'adressage se fait de deux manières, en fonction du choix du Professionnel de Santé d'appliquer ou non le tiers payant (choix exprimé par la sélection de la convention) :

- dans le contexte hors tiers payant de la part complémentaire, ces informations dépendent du support présenté et de l'indicateur d'usage de l'attestation pour la convention choisie :
 - si le support présenté est la carte Vitale (ou un autre support électronique), les informations d'adressage utilisées sont celles issues du support présenté par l'assuré ; en cas d'absence d'une des trois données d'adressage, les informations d'adressage utilisées sont celles de la table des conventions ;
 - si le support présenté est une attestation papier et que l'indicateur d'usage de l'attestation est égal à « 0 », les informations d'adressage utilisées sont celles issues de l'attestation²⁴ ; en cas d'absence d'une des trois données d'adressage, les informations d'adressage utilisées sont celles de la table des conventions ;
 - si le support présenté est une attestation papier et que l'indicateur est égal à « 1 », les informations d'adressage utilisées sont celles de la table des conventions ; en cas d'absence d'une des trois données d'adressage, le Professionnel de Santé ne peut pas transmettre les informations de la complémentaire dans une DRE (il s'agit d'une erreur dans la table des conventions ; le Professionnel de Santé doit la corriger en contactant le cas échéant le signataire de la convention).
- dans le contexte tiers payant de la part complémentaire, les informations d'adressage utilisées sont celles de la table des conventions.

Quel que soit le contexte, en cas d'absence d'une des informations d'adressage, le Professionnel de Santé ne peut pas transmettre les informations de la complémentaire dans une DRE.

Le tableau ci-dessous résume les règles d'obtention des informations d'adressage dans les différentes situations :

Présence de l'adresse sur le support ²⁵	TP	HTP
Carte Vitale et table des conventions	Adresse issue de la table des conventions	Adresse issue de la carte Vitale
Carte Vitale seulement	Pas de DRE possible	Adresse issue de la carte Vitale

²⁴ Afin de faciliter la saisie des informations d'adressage par le Professionnel de Santé, le progiciel peut pré-remplir l'écran de saisie avec les données d'adressage présentes en table des conventions.

²⁵ L'adresse est présente sur le support si les trois données sont effectivement présentes sur le support.

Présence de l'adresse sur le support ²⁵	TP	HTP
Table des conventions seulement	Adresse issue de la table des conventions	Adresse issue de la table des conventions
Table des conventions et Attestation, avec indicateur d'usage attestation à 0	Adresse issue de la table des conventions	Adresse issue de l'attestation (écran de saisie avec pré-remplissage avec l'adresse présente dans la table des conventions)
Table des conventions et Attestation, avec indicateur d'usage attestation à 1	Adresse issue de la table des conventions	Adresse issue de la table des conventions
Attestation seulement	Pas de DRE possible	Si l'indicateur d'usage est égal à 0, l'adresse est issue de l'attestation (écran de saisie sans pré-remplissage) Si l'indicateur d'usage est égal à 1 il n'y a pas de DRE possible.

Données de la part complémentaires dans la FSE

Les données d'Assurance Maladie Complémentaire sont à inscrire dans les zones prévues à cet effet dans la FSE, celle-ci est transmise suivant les règles existantes d'adressage de la FSE.

4.2.1.13 Constitution et sécurisation des FSE et des DRE en mode SESAM-Vitale

Les informations nécessaires au remboursement des soins (identification du Professionnel de Santé, de l'assuré, code prestation, montant payé, etc.) sont fournies par le progiciel du Professionnel de Santé aux Services SESAM-Vitale. Le progiciel du Professionnel de Santé doit fournir systématiquement les éléments issus des calculs.

La lecture de la carte Vitale L'acquisition des informations du support Vitale par le progiciel est imposée au moins une fois au début de l'élaboration de la facture.

En cas de signature avec la carte Vitale, le progiciel réalise un contrôle de cohérence sur les données d'identification du bénéficiaire présentes à la fois dans la carte Vitale sécurisant la facture et dans la facture (date de naissance, rang de naissance, code régime, code caisse gestionnaire et code centre gestionnaire).

Cas particulier : Dans le cadre des risques AT et SMG, cette cohérence porte uniquement sur l'identification du bénéficiaire (la date de naissance et le rang de naissance) et ne porte pas sur les codes régime, caisse et centre inscrits en carte.

En cas de signature avec l'ApCV, le progiciel réalise un contrôle de validité du contexte ApCV et du support de droits AMO (cf annexe 1-A – §2.5.3.2 : Signature Vitale avec une ApCV).

La facture ne peut pas être sécurisée en mode SESAM-Vitale si une incohérence est détectée sauf cas particulier prévu par :

- l'utilisation du service ADR pour acquérir les informations du bénéficiaire des soins, ou
- le forçage (cf. annexe 1-A).

Les données obligatoirement fournies par le progiciel du Professionnel de Santé sont définies dans l'annexe 1-A4 du présent document.

Une fois les informations constitutives de la FSE et de la DRE collectées et sauvegardées avec les informations relatives au calcul de la part complémentaire, le progiciel du Professionnel de Santé utilise les SSV afin de procéder :

- à la vérification des données fournies par le progiciel du Professionnel de Santé (format des données, présence des données),
- à la mise en forme des données conformément aux normes d'échanges utilisées par les organismes d'Assurance Maladie,
- au chiffrement des factures,
- à la sécurisation (signature) des factures électroniques en faisant appel au support Vitale et à la CPS au lecteur SESAM-Vitale et aux cartes Vitale et Professionnel de Santé,
- à la génération des Critères de Regroupement en Lots.

Les Services SESAM-Vitale rendent au progiciel du Professionnel de Santé, si tout se déroule correctement, les factures électroniques mises en forme et sécurisées, prêtes à être intégrées dans des lots. Les Services SESAM-Vitale rendent également un critère, pour chaque type de facture, qui permet le regroupement des factures électroniques en lots.

Consignes pour éviter les doublons

Afin d'éviter la création de deux factures identiques (au numéro de facture près) le progiciel du Professionnel de Santé doit :

- dès la sécurisation des factures effectuées, réinitialiser l'ensemble des groupes d'entrée de la fonction permettant la mise en forme et la sécurisation des factures. Le progiciel du Professionnel de Santé doit également réinitialiser les zones de saisie à l'écran.
- proposer une fonction permettant au Professionnel de Santé de visualiser les factures sécurisées (FSE et/ou DRE) en attente de transmission à l'Assurance Maladie, et ce à n'importe quel moment de sa journée de facturation. Le progiciel doit également offrir la possibilité au Professionnel de Santé de supprimer les factures consultées (FSE et/ou DRE).

Certificat de chiffrement de données révoqué

Si un des certificats de chiffrement des données de la facture est révoqué, la constitution et la sécurisation des FSE et des DRE est impossible.

Certificat de chiffrement de données périmé

Le progiciel du Professionnel de Santé doit remonter un message d'alerte au Professionnel de Santé afin de lui signifier l'utilisation d'un certificat de chiffrement de données périmé. Ce message ne bloque pas la création de la FSE et/ou de la DRE. Il convient de mettre à jour les certificats sur le poste de travail du Professionnel de Santé.

Il est recommandé aux éditeurs de proposer un paramétrage permettant au minimum de remonter cette alerte aux Professionnels de Santé au moins une fois par jour.

4.2.1.14 DRE d'annulation

Schéma d'élaboration de la DRE d'annulation

Le Professionnel de Santé doit indiquer la DRE à annuler avant la mise en forme et sécurisation de la facture.

4.2.1.15 Constitution et sécurisation des FSE et des DRE en mode SESAM-Vitale avec désynchronisation des signatures

Les opérations d'acquisition et de tarification sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé sont identiques à celles spécifiées pour la création des factures électroniques en mode SESAM-Vitale, à l'exception de la règle suivante : une facture électronique désynchronisée est signée dans un premier temps en présence de la carte Vitale du support Vitale puis dans un second par la CPS.

En cas de signature désynchronisée, la sécurisation en mode SESAM-Vitale désynchronisé est présentée de la façon suivante dans le schéma de sécurisation des factures électroniques :

Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale	Périphériques
Constitution et sécurisation des FSE et DRE			
Attribution d'un N° facture ²⁶			
Contrôle de cohérence des données d'identification			
Sauvegarde des données de la facture			
Mise en forme de la facture	→	SSV- Mise en forme Facture	
	←		
Chiffrement de la facture	→	SSV- Chiffrement Facture	
	←		

²⁶ Le numéro de la facture doit être unique, quel que soit le mode de sécurisation. Le numéro de facture est une partie de l'identifiant facture.

Progiciel du Professionnel de Santé	Modules SESAM-Vitale	Périphériques
Mise en forme et sécurisation facture Signature Vitale	SSV – Mise en forme et sécurisation facture Si support Vitale = Carte Vitale : SSV - Sécurisation Signature Vitale (FSE et/ou DRE)	Carte Vitale dans le lecteur
Limitation des doublons	Si support Vitale = ApCV : SSV - Calculer l'empreinte de la Facture WS_ApCV – Demander la signature Vitale de la Facture SSV - Ajouter la signature dans la Facture	
Finalisation de la facture		
Quittance pour l'assuré (optionnel)		Imprimante (optionnel)
Bon d'examen ²⁷		
Inscription des références de la FSE sur les ordonnances papier (cf. 3.2.8.3)		
Bordereau récapitulatif des ordonnances ²⁸		
Sécurisation Signature CPS		
Récupération des FSE et/ou DRE partiellement sécurisées		
Sécurisation Signature facture	SSV – Sécurisation facture SSV - Sécurisation Signature CPS de la Facture (FSE et/ou DRE)	CPS dans le lecteur
Sauvegarde de la FSE sécurisée et/ou de la DRE sécurisée		

²⁷ Pour les laboratoires d'analyses biologiques et les anatomo-cyto-pathologistes

²⁸ Pour les pharmaciens, les laboratoires d'analyse de biologie médicale, les auxiliaires médicaux et les fournisseurs

En cas de signature désynchronisée, la cinématique de la signature en mode SESAM-Vitale désynchronisé est la suivante :

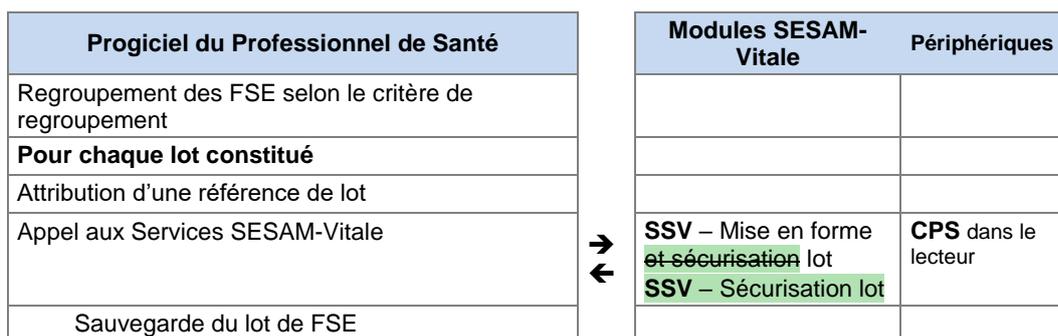
- Dans un premier temps, lors de l'élaboration de la facture, le progiciel appelle les fonctions de mise en forme, chiffrement et signature Vitale de la facture la fonction de mise en forme et sécurisation facture avec la sécurisation désynchronisée, carte Vitale support Vitale présente uniquement. Au retour, les Services SESAM-Vitale retournent une facture partiellement sécurisée ainsi que son critère de regroupement en lot accompagnée de données supplémentaires qui vont permettre la deuxième sécurisation.
- Dans un second temps, la CPS présente, le progiciel donne, en entrée de la fonction de deuxième signature, la facture accompagnée de ses données complémentaires. A l'issue du traitement de sécurisation, les Services SESAM-Vitale retournent au progiciel la facture sécurisée ainsi que son critère de regroupement en lot.

4.2.1.16 Transmission des flux aux organismes d'Assurance Maladie

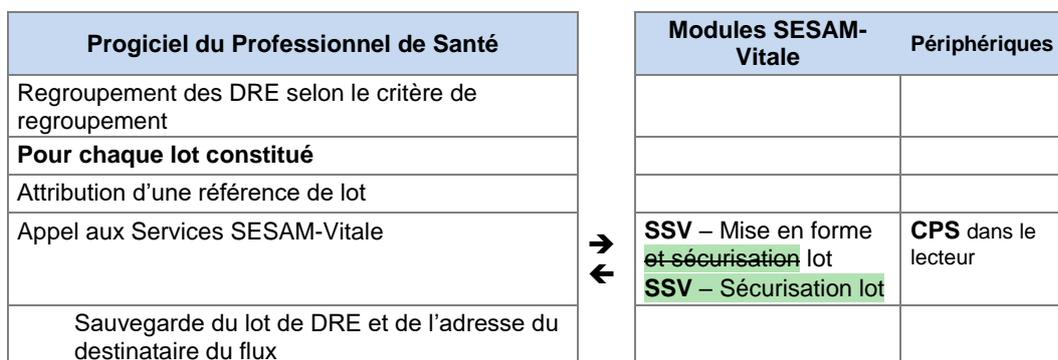
4.2.1.16.1 Constitution et sécurisation des lots de Factures

Schéma d'élaboration du lot de Factures

Le schéma global d'élaboration des lots de FSE est résumé ci-dessous :



Le schéma global d'élaboration des lots de DRE est résumé ci-dessous :



Le regroupement des factures électroniques

Les factures électroniques sont regroupées en lots en vue de leur transmission à l'Assurance Maladie.

Le regroupement des factures électroniques en lots est simplifié grâce aux Services SESAM-Vitale : le progiciel du Professionnel de Santé effectue le regroupement des factures électroniques à partir du critère rendu par la fonction de création des factures électroniques. Toute évolution des critères de regroupement des factures électroniques en lots est ainsi rendue transparente par les Services SESAM-Vitale.

Pour chaque lot, le progiciel du Professionnel de Santé doit trier les factures électroniques par ordre croissant de numéro de facture.

Attribution d'une référence de lot

La référence d'un lot caractérise l'ensemble des factures transmises à un destinataire.

La référence doit être impérativement différente d'un lot à l'autre et évolutive de 001 à 999 pour la FSE et de AAA à ZZZ pour la DRE.

L'appel aux Services SESAM-Vitale

Une fois les factures regroupées en lots, le progiciel du Professionnel de Santé utilise les Services SESAM-Vitale afin que ceux-ci procèdent :

- à la vérification des données fournies par le progiciel du Professionnel de Santé (format des données, présence des données),
- à la mise en forme des données conformément à la norme d'échange utilisée par l'Assurance Maladie,
- à la sécurisation du lot en faisant appel au lecteur SESAM-Vitale et à la Carte Professionnel de Santé,
- à la génération des Critères de Regroupement en Fichiers.

Un lot de factures électroniques dont les factures sont sécurisées ne peut être créé sans utiliser la Carte Professionnel de Santé et sans utiliser un lecteur SESAM-Vitale ou un lecteur PC/SC.

Le code porteur de la Carte Professionnel de Santé peut être fourni au module SESAM-Vitale :

- soit par saisie sur le clavier du lecteur SESAM-Vitale,
- soit par le progiciel du Professionnel de Santé.

Les lots peuvent être créés en série (enchaînement d'appels à la fonction « Mise en forme et sécurisation lot ») afin d'éviter la multiplication des saisies de code porteur. Pour chaque série de lots, le code porteur n'est requis qu'au premier lot de la série. Une série de lots peut comprendre à la fois des lots de FSE et des lots de DRE. Il est recommandé que la mise en forme des lots de DRE soit effectuée par le progiciel consécutivement à la mise en forme des lots de FSE.

Un lot de DRE peut comprendre des DRE ou des DRE d'annulation.

Au cours de la sécurisation d'une même série de lots, le progiciel de santé empêche l'accès à une carte Vitale et à la carte Professionnel de Santé, ainsi, aucun appel à une de ces deux cartes ne peut aboutir tant que le dernier appel aux Services SESAM-Vitale n'a pas été effectué.

Si tout se déroule correctement, les Services SESAM-Vitale rendent au progiciel du Professionnel de Santé, un lot de factures électroniques mis en forme et sécurisé, prêt à être intégré dans un fichier. Les Services SESAM-Vitale rendent également un critère qui permet le regroupement des lots en fichiers et les éléments d'adressage.

4.2.1.16.2 Constitution des fichiers

Schéma d'élaboration du fichier

Le schéma global d'élaboration des fichiers de lots de FSE est résumé ci-dessous :

Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale	Périphériques
Regroupement des lots en attente de transmission selon le type de norme d'échange et le critère de regroupement			
Pour chaque critère fichier			
Attribution du N° de fichier à transmettre			
Appel aux Services SESAM-Vitale	→	SSV – Mise en forme en-tête et fin de fichier	
Encadrement des lots de FSE constituant le fichier	←		
Stockage du fichier			

Le schéma global d'élaboration des fichiers de lots de DRE est résumé ci-dessous :

Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale	Périphériques
Regroupement des lots de DRE en attente de transmission selon le critère de regroupement			
Pour chaque critère fichier			
Attribution du N° de fichier à transmettre			
Appel aux Services SESAM-Vitale	→	SSV – Mise en forme en-tête et fin du fichier	
Encadrement des lots de DRE constituant le fichier	←		
Stockage du fichier			

Le regroupement des lots de factures électroniques

Les lots non encore transmis sont regroupés en fichiers en vue de leur transmission à l'Assurance Maladie.

Le regroupement des lots en fichiers est simplifié grâce aux Services SESAM-Vitale : le progiciel du Professionnel de Santé effectue le tri des lots à partir du critère restitué par la fonction de création du lot. Toute évolution des critères de regroupement des lots en fichiers est ainsi rendue transparente par les Services SESAM-Vitale.

L'appel aux Services SESAM-Vitale

Une fois les lots regroupés dans des fichiers, le progiciel du Professionnel de Santé appelle, pour chaque fichier, les Services SESAM-Vitale qui procèdent :

- à la vérification des données fournies par le progiciel du Professionnel de Santé (format des données, présence des données) ;
- à la mise en forme des en-têtes et fins de fichier qui doivent encadrer les lots dans le fichier.

Stockage

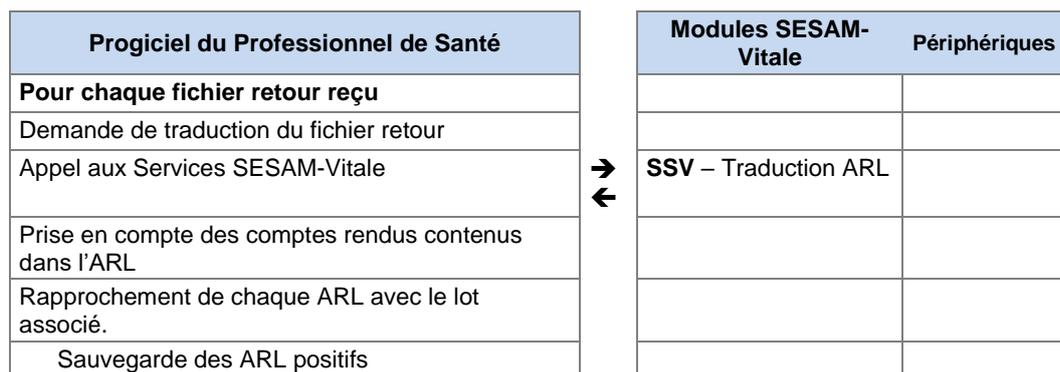
Les fichiers sont conservés par le progiciel du Professionnel de Santé sur le Poste de Travail jusqu'au 1er ARL positif d'un lot contenu dans le fichier, afin de prévoir les cas possibles de réémission.

4.2.2 Réception des retours sur le poste Professionnel de Santé

4.2.2.1 Traitement des Accusés de Réception Logiques

Schéma global de traitement

Le schéma global de traitement des fichiers retours est résumé ci-dessous :



L'appel aux Services SESAM-Vitale

Le progiciel du Professionnel de Santé appelle les Services SESAM-Vitale afin que ceux-ci procèdent :

- à la vérification des données fournies par le progiciel du Professionnel de Santé (format des données, présence des données),
- à la restitution des informations relatives aux accusés de réception logiques contenus dans le fichier retour.

Le progiciel du Professionnel de Santé utilise les informations rendues par les Services SESAM-Vitale afin de procéder à la corrélation des informations contenues dans les accusés de réception logiques avec celles relatives aux lots précédemment émis (références du lot acquitté, type d'acquittement, éventuellement code rejet).

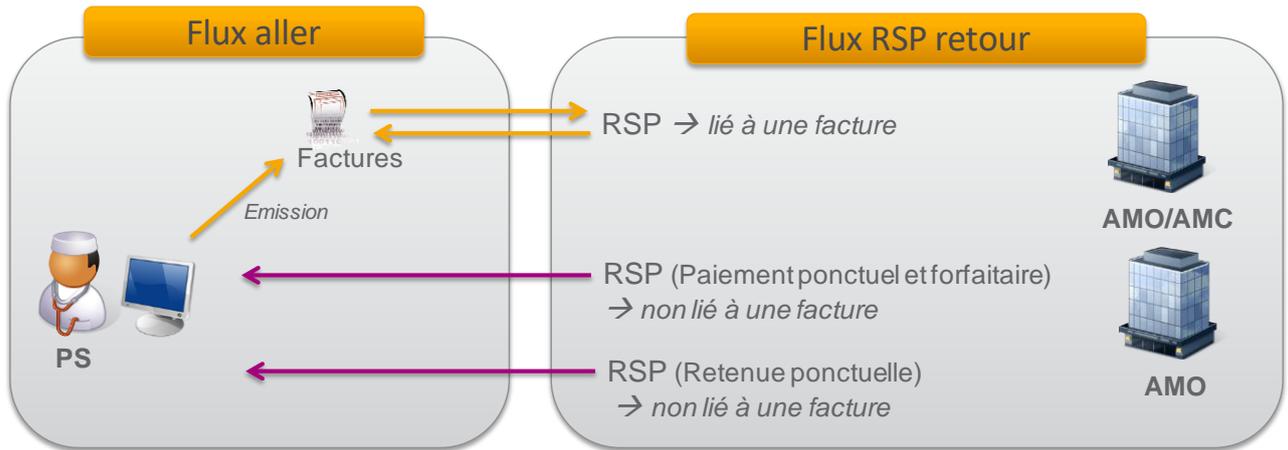
4.2.2.2 Traitement des flux de rejet / signalement / paiement

Les Services SESAM-Vitale ne fournissent pas de fonction d'interprétation des flux de rejet / signalement / paiement (RSP).

Les flux de rejet / signalement / paiement sont créés dans les cas suivants :

- lors du traitement d'une facture par l'Assurance Maladie
- pour retour d'informations relatives à des opérations ponctuelles (uniquement envoyées par les organismes AMO), qui peuvent être des :
 - paiements ponctuels et forfaitaires (par ex. aide pérenne, ROSP, RMT, ..)
 - retenues ponctuelles (par ex. récupération pour satisfaire les besoins d'organismes extérieurs à l'Assurance Maladie)

Le schéma ci-dessous illustre le périmètre des RSP :



Le progiciel du Professionnel de Santé procède au traitement des flux de RSP conformément aux règles décrites dans l'Annexe 1-B0.

Remarque : certains organismes d'Assurance Maladie Obligatoire transmettent également un flux de RSP pour des Feuilles de Soins Papier.

4.2.3 Fonctionnements dégradés

4.2.3.1 Mise en forme des factures électroniques en mode SESAM-Vitale dégradé

Les opérations d'acquisition et de tarification sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé sont identiques à celles spécifiées pour la création des factures électroniques en mode SESAM-Vitale, à l'exception de la règle suivante : une facture électronique en mode dégradé est créée et sécurisée uniquement en présence de la CPS.

Progiciel du Professionnel de Santé	Modules SESAM-Vitale	Périphériques
Constitution et sécurisation des FSE et DRE		
Attribution d'un N° facture ²⁹		
Contrôle de cohérence des données d'identification		
Sauvegarde des données de la facture		
Mise en forme et sécurisation facture Mise en forme de la facture	→ SSV - Mise en forme et sécurisation Facture ← SSV - Mise en forme Facture	CPS seule
Chiffrement de la facture	→ SSV - Chiffrement Facture ← SSV - Chiffrement Facture	
Signature CPS de la facture	→ SSV - Signature CPS de la Facture ← SSV - Signature CPS de la Facture	CPS dans le lecteur
Limitation des doublons		
Sauvegarde des factures sécurisées		
Finalisation de la facture		
Quittance pour l'assuré (optionnel)		Imprimante (optionnel)

²⁹ Le numéro de la facture doit être unique, quel que soit le mode de sécurisation. Le numéro de facture est une partie de l'identifiant facture.

Progiciel du Professionnel de Santé	Modules SESAM-Vitale	Périphériques
Bon d'examen ³⁰		
Inscription des références de la FSE sur les ordonnances papier (cf. 3.2.8.3)		
Bordereau récapitulatif des ordonnances ³¹		
Mention de « Télétransmission dégradée » sur la Feuille de soins papier ³²		

La FSE sécurisée en mode SESAM-Vitale dégradé doit être accompagnée d'un flux papier.

En cas d'impression de la feuille de soins papier, il est demandé au progiciel de faire figurer la mention « Télétransmission dégradée » sur la feuille de soins papier, quelle que soit la famille de Professionnel de Santé.

La feuille de soins papier peut être télétransmise à l'AMO via le système SCOR.

La DRE sécurisée en mode SESAM-Vitale dégradé n'a pas besoin de flux papier.

4.2.3.2 Mise en forme des lots de factures électroniques en mode SESAM-Vitale dégradé

Le schéma global d'élaboration des lots en mode dégradé est identique au schéma d'élaboration des lots en mode SESAM-Vitale.

L'utilisation de cette fonction nécessite la saisie du code porteur de la Carte du Professionnel de Santé.

Le schéma global d'élaboration des lots de FSE en mode dégradé est résumé ci-dessous :

Progiciel du Professionnel de Santé	Modules SESAM-Vitale	Périphériques
Regroupement des FSE selon le critère de regroupement		
Pour chaque lot constitué		
Attribution d'une référence de lot		
Appel aux Services SESAM-Vitale	→ SSV – Mise en forme et sécurisation lot ← SSV – Sécurisation lot	CPS seule
Sauvegarde du lot de FSE		

Dans le cas de lots contenant des FSE en mode SESAM-Vitale dégradé, le Poste de Travail ne reçoit pas d'ARL correspondant. Ces lots doivent être directement archivés après transmission.

Le schéma global d'élaboration des lots de DRE en mode dégradé est résumé ci-dessous :

³⁰ Pour les laboratoires d'analyses biologiques et les anatomo-cyto-pathologistes.

³¹ Pour les pharmaciens, les laboratoires d'analyse de biologie médicale, les auxiliaires médicaux et les fournisseurs

³² Pour tous les Professionnels de Santé

Progiciel du Professionnel de Santé	Modules SESAM-Vitale	Périphériques
Regroupement des DRE selon le critère de regroupement		
Pour chaque lot constitué		
Attribution d'une référence de lot		
Appel aux Services SESAM-Vitale	SSV – Mise en forme et sécurisation lot SSV – Sécurisation lot	CPS seule
Sauvegarde du lot de DRE et adresse du destinataire du flux		

Dans le cas de lots de DRE en mode SESAM-Vitale dégradé, le Poste de Travail reçoit les ARL correspondants. Ces lots doivent donc être directement archivés après transmission au moins jusqu'à la réception de l'ARL positif.

4.2.4 Transmission des fichiers et réception des fichiers retour

Pour la description de la transmission des rapports de réclamation et de la réception des retours correspondants, cf. annexe 1-B0.

Le schéma global de transmission des fichiers et de réception des fichiers retours est résumé ci-dessous :

Progiciel du Professionnel de Santé	Modules SESAM-Vitale	Périphériques
Pour chaque fichier à émettre		
Détermination de l'adresse du destinataire.		
Chiffrement de la pièce jointe		
Constitution de l'enveloppe MIME		
Formatage du message SMTP		
Réception des fichiers retour		modem
Transmission des fichiers constitués vers les différents organismes		
		modem
Traitement des comptes rendus des transmissions		

Pour l'échange des factures électroniques, le progiciel du Professionnel de Santé doit faire appel aux logiciels de gestion des protocoles de communication.

Les Services SESAM-Vitale ne fournissent pas de fonction de télétransmission.

Les retours reçus par le Poste de Travail du Professionnel de Santé ne sont pas chiffrés.

Les certificats de chiffrement de pièce jointe sont stockés sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé et doivent pouvoir être mis à jour dans leur annuaire des certificats.

Adressage des flux de FSE

La constitution de l'adresse électronique est fonction :

- du code régime,
- et du numéro de l'organisme destinataire (dédit à partir de la table de correspondance fournie dans l'Annexe 1-A et les données contenues en carte Vitale).

Adressage des flux de DRE

Les éléments d'adressage AMC sont fournis en sortie de la fonction « mise en lot » des Services SESAM-Vitale conformément aux règles d'adressage.

4.2.5 Session du remplaçant

La gestion du remplacement s'organise autour de trois phases :

- la préparation du Poste de Travail par le Professionnel de Santé remplacé,
- l'utilisation du Poste de Travail par le Professionnel de Santé remplaçant,
- la suppression des données de remplacement par le Professionnel de Santé remplacé.

4.2.5.1 Préparation du Poste de Travail par le Professionnel de Santé remplacé

Recommandation :

« L'ergonomie du progiciel de santé doit permettre un accès rapide et simple à cette fonctionnalité. L'accès à cette fonctionnalité doit se situer au même niveau que les fonctionnalités principales du progiciel »

Il est nécessaire, avant la création d'une session de remplacement, que :

- le Professionnel de Santé, qui souhaite se faire remplacer, connaisse au préalable l'identifiant national de son remplaçant pour pouvoir en effectuer la saisie ou puisse utiliser la Carte du Professionnel de Santé remplaçant pour permettre au progiciel de santé d'en faire l'acquisition en carte.
- si nécessaire, le Professionnel de Santé remplacé, fournisse à son remplaçant les éléments nécessaires à l'accès à sa (ses) boîte(s) aux lettres électroniques et/ou demande le (les) autorisation(s) d'accès à son fournisseur d'accès. Le Professionnel de Santé remplaçant utilisera la (les) boîte(s) aux lettres du remplacé pour la transmission des fichiers de FSE et de DRE.

Le progiciel de santé doit permettre, pour un Professionnel de Santé titulaire, le paramétrage de plusieurs sessions de remplacement, correspondant à des PS remplaçants différents. Ces sessions doivent pouvoir être réutilisées pour des remplacements ultérieurs, effectués par les mêmes PS remplaçants.

Par ailleurs, le progiciel de santé doit également permettre le paramétrage d'un remplacement régulier (par exemple, le PS titulaire est remplacé tous les mercredis par le PS remplaçant A et à chaque période de vacances par le PS remplaçant B).

Le progiciel de santé doit permettre au Professionnel de Santé remplacé :

- la copie sur le Poste de Travail de l'ensemble des informations de facturation du Professionnel de Santé remplacé, contenues dans le Domaine d'Assurance Maladie de sa Carte de Professionnel de Santé, pour toutes les situations de facturation du Professionnel de Santé remplacé :
 - le mode d'exercice,
 - le type d'identification de la structure,
 - le numéro d'identification de la structure et sa clé,
 - la raison sociale de la structure,
 - le numéro d'identification de facturation et sa clé,
 - le code conventionnel,

- le code spécialité,
- le code zone tarifaire,
- le code zone IK,
- le code agrément 1, 2 et 3.
- L'acquisition par saisie ou par lecture de la Carte de Professionnel de Santé remplaçant de l'identifiant national du Professionnel de Santé remplaçant.

4.2.5.2 Utilisation en facturation du Poste de Travail par le Professionnel de Santé remplaçant

Pour permettre l'activation de la session de remplacement, le progiciel vérifie que l'identifiant national lu dans la Carte du Professionnel de Santé remplaçant est identique à celui que le progiciel de santé a mémorisé sur le Poste de Travail lors de l'initialisation de la session.

En cas de remplacement pour plusieurs situations de facturation, le Professionnel de Santé remplaçant sélectionne, sur le Poste de Travail, l'une des situations de facturation du Professionnel de Santé titulaire (remplacé) pour laquelle le remplacement doit être effectué.

Le progiciel de santé établit les factures avec l'identifiant de facturation du Professionnel de Santé titulaire et renseigne dans celles-ci l'identifiant de facturation du Professionnel de Santé remplaçant. La tarification sera établie avec l'ensemble des informations du Professionnel de Santé titulaire. Le progiciel assure l'incrémentation de la numérotation des factures élaborées par le Professionnel de santé remplaçant dans la continuité de celles élaborées par le Professionnel de Santé titulaire.

Le Professionnel de Santé remplaçant réalise la sécurisation du lot de ses factures avec sa propre CPS, dans ce cas le Professionnel de Santé remplaçant réalise le lot avec son propre identifiant de facturation.

Les lots signés par le Professionnel de Santé remplaçant peuvent contenir des factures élaborées et signées par le Professionnel de Santé titulaire ou par les salariés de ce dernier. Le progiciel de santé assure l'incrémentation de la numérotation des lots constitués par le Professionnel de Santé remplaçant dans la continuité de ceux constitués par le Professionnel de Santé titulaire.

La mise en lot et la transmission par le remplaçant ou par le titulaire doivent respecter les délais prévus par le chapitre 3.2.10.1.2. – « Sauvegarde des lots de factures » de ce présent Cahier des Charges.

La mise en forme et la transmission des fichiers doivent être effectuées quelle que soit la session : remplaçant ou titulaire.

La gestion des ARL et des RSP doit être effectuée quelle que soit la session : remplaçant ou titulaire.

En cas de réception d'un ARL négatif reçu par le Professionnel de Santé remplaçant pour un lot dont il n'est pas l'émetteur, le Professionnel de Santé remplaçant a la possibilité de :

- réaliser la sécurisation du lot faisant l'objet d'un ARL négatif avec une CPE,
- réaliser la sécurisation du lot faisant l'objet d'un ARL négatif avec sa propre CPS ; dans ce cas le Professionnel de Santé réalise le lot avec sa propre CPS en indiquant son identifiant de facturation en tant que signataire du lot,

- ou éventuellement demander au Professionnel de Santé qui a réalisé les soins de transmettre à l'organisme d'assurance maladie les duplicatas des factures contenues dans le lot.

Avant la fermeture définitive de la session de remplacement, il est conseillé de faire vérifier par le progiciel de santé que toutes les FSE et DRE réalisées par le Professionnel de Santé remplaçant sont mises en lots.

4.2.5.3 **Suppression des données de remplacement par le Professionnel de Santé titulaire**

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé titulaire de clore la session de remplacement et de proposer la suppression de l'ensemble des informations mémorisées lors de la phase de préparation du Poste de Travail par le Professionnel de Santé titulaire.

En cas de réception d'un ARL négatif reçu par le Professionnel de Santé titulaire pour un lot dont il n'est pas l'émetteur, le Professionnel de Santé titulaire à la possibilité de :

- réaliser la sécurisation du lot faisant l'objet d'un ARL négatif avec une CPE,
- réaliser la sécurisation du lot faisant l'objet d'un ARL négatif avec sa propre CPS, dans ce cas le Professionnel de Santé réalise le lot avec sa propre CPS en indiquant son identifiant de facturation en tant que signataire du lot,
- ou éventuellement demander au Professionnel de Santé remplaçant qui a réalisé les soins de transmettre à l'organisme d'assurance maladie les duplicatas des factures contenues dans le lot.



Cas particuliers des Professionnels de Santé Pharmaciens dits multi-employeurs

Les règles de gestion et la cinématique associée de constitution des factures, des lots et des fichiers s'appliquant aux Professionnels de Santé Pharmaciens dits multi-employeurs sont identiques à celles décrites pour les professionnels de Santé effectuant des remplacements.

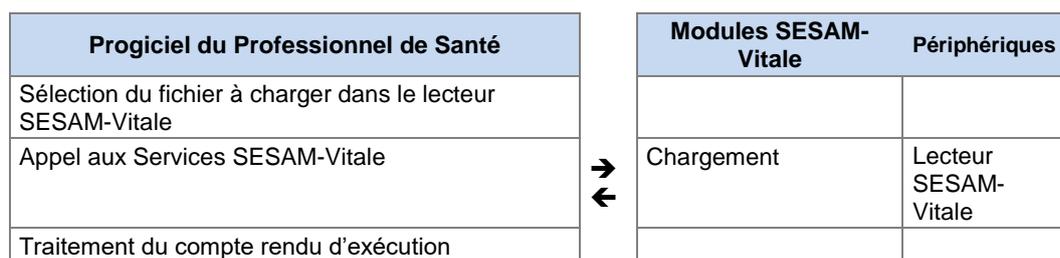
De plus, le Professionnel de Santé Pharmacien multi-employeur peut sécuriser les lots comportant des factures sécurisées par les préparateurs de l'officine.

4.2.6 **L'administration du système SESAM-Vitale**

4.2.6.1 **Chargement de logiciel dans le lecteur SESAM-Vitale**

Schéma global du chargement

Le schéma global du chargement de logiciel dans le lecteur est résumé ci-dessous :



L'appel aux Services SESAM-Vitale

Lorsqu'une mise à jour du logiciel du lecteur doit être effectuée, le logiciel du Professionnel de Santé transmet aux Services SESAM-Vitale le fichier comprenant le logiciel à charger.

Les Services SESAM-Vitale envoient ce fichier au lecteur SESAM-Vitale qui effectue la mise à jour et restitue le résultat de ce traitement.

4.2.6.2 Mise à jour du Poste de Travail du Professionnel de Santé

Au niveau de l'équipement du Poste de Travail du Professionnel de Santé, l'outil de mise à jour remplit les activités suivantes :

- **Auditer** : Cette activité a pour but de répondre à la question suivante : « Qu'est-ce qui est présent sur le poste ? ».

Elle doit permettre d'établir la liste exhaustive des fournitures SESAM-Vitale présentes sur le poste et sur le terminal lecteur mais également d'identifier unitairement le Poste de Travail, sa configuration et de déterminer le niveau d'OS.

- **Analyser** : Cette activité a pour but de répondre à la question suivante : « Qu'est-il nécessaire de changer ? ».

Elle nécessite la connaissance du référentiel de composants à la base du Socle Technique de Référence.

- **Installer – mettre à jour** : Cette activité a pour but de répondre à la question suivante : « Comment mettre à jour le poste ? ».

La mise en œuvre de cette fonctionnalité est fortement contrainte par les limitations liées aux droits d'accès et aux typologies. Elle nécessite la maîtrise des configurations déployées.

- **Contrôler** : Cette activité a pour but de répondre à la question suivante : « La mise à jour a-t-elle réussi ? ».

Cette étape est dimensionnée par la nature des éléments mis à jour : tables de données, fichiers de paramétrage, bibliothèques ou exécutables. La réversibilité de l'opération de mise à jour est assurée au cours de cette opération. Un échec constaté lors des tests de contrôle entraîne un basculement vers l'ancienne version présente initialement sur le poste.

- **Paramétrer** : Cette activité est transversale et préparatoire à l'ensemble des fonctionnalités décrites précédemment. Elle est réalisée lors de la phase de déploiement d'une nouvelle version. Elle permet de paramétrer l'outil de mise à jour afin de lui fournir la configuration (environnement, typologie, ...) du Poste de Travail du Professionnel de Santé et de lui traduire les caractéristiques techniques d'interfaçage avec le serveur de diffusion. La complexité de paramétrage est directement liée à celle de la typologie et de la configuration du poste. La mise en place du paramétrage sera plus aisée si l'on opère via une IHM simplificatrice.

Ce paramétrage peut être considéré comme optionnel dans le cas où le produit de mise à jour a été mis au point pour couvrir une configuration poste Professionnel de Santé type pré-définie.

- **Acheminer sur le poste du Professionnel de Santé** : Cette activité a pour but de répondre à la question suivante : « Comment amener sur le poste les éléments à changer ? »

Elle est complètement dépendante des moyens mis en œuvre (support physique (CD, disquette, bande), mise à jour en ligne, intervention sur site, ...) et peut ne pas être supportée par l'outillage de mise à jour.

L'ensemble des activités devra être supporté par un outillage de mise à jour.

En vue d'assurer la pérennité de l'outil au fil des évolutions des fournitures SESAM-Vitale, il est recommandé de concevoir un outil autonome d'administration des fournitures SESAM-Vitale indépendant du logiciel agréé de production de flux.

Le GIE SESAM-Vitale remettra aux éditeurs une boîte à outils permettant de procéder, sous leur propre responsabilité, au développement d'un outil autonome d'administration des fournitures SESAM-Vitale. Ces éléments seront accompagnés d'une documentation (manuel d'utilisation et manuel de programmation).

Il est important de signaler que les éléments apportés par le GIE SESAM-Vitale pour la mise à jour sur le poste Professionnel de Santé ne constituent pas une fourniture SESAM-Vitale au même titre que les SSV par exemple. L'éditeur pourra donc en reprendre tout ou partie, voire rien.

4.2.6.3 Administration de la liste d'opposition pour les catégories de Professionnel de Santé concernées

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'utiliser la liste d'opposition conformément aux règles décrites à l'annexe 6 du Cahier des Charges.

Le progiciel doit offrir la possibilité au Professionnel de Santé de consulter à tout moment les références de la liste d'opposition active sur son Poste de Travail.

4.2.6.4 Administration des certificats de chiffrement et de la CRL des certificats de chiffrement

Le progiciel doit permettre la mise à jour des certificats de chiffrement de données et de la CRL des certificats de chiffrement de données pour chiffrer les FSE et/ou les DRE conformément aux règles décrites à l'annexe 1 partie C du cahier des charges.

De même, le progiciel doit permettre la mise à jour des certificats de chiffrement de pièce jointe et de la CRL des certificats de chiffrement de pièce jointe pour chiffrer les fichiers de lots de FSE et/ou DRE conformément aux règles décrites à l'annexe 4 du cahier des charges. **Toutes procédures de mise à jour des certificats de chiffrement et de la CRL des certificats de chiffrement de pièce jointe doivent être réalisées de façon transparente et automatique pour le PS. Un message informatif de mise à jour d'un certificat de chiffrement de pièce jointe peut être affiché au PS.**

4.2.6.5 Recommandations

Il est recommandé au Professionnel de Santé d'utiliser un antivirus et anti spam.

5 Procédure d'agrément SESAM-Vitale

5.1 Qu'est-ce que l'agrément ?

C'est un acte qui garantit la conformité au Cahier des Charges SESAM-Vitale, d'un progiciel de création et de transmission de factures électroniques (FSE et DRE).

5.2 Pourquoi agréer ?

Les progiciels de création et de transmission de factures électroniques (FSE et DRE) doivent être agréés, car ils traitent les informations précédemment portées par la feuille de soins papier et le décompte papier ; documents réglementaires supprimés dans le cadre du projet SESAM-Vitale au profit de la FSE pour le premier et de la DRE pour le second.

5.3 Progiciels soumis à agrément

Tous les progiciels distribués par les sociétés éditrices aux Professionnels de Santé et comportant un module de création de factures électroniques doivent être agréés. Les fonctionnalités autres que celles décrites dans le présent Cahier des Charges ne sont pas concernées par l'agrément, notamment l'ergonomie ou les services offerts par les sociétés éditrices.

NB : L'ensemble des fonctionnalités fournies par les API du GIE SESAM Vitale et/ou données par le Cahier des Charges SESAM-Vitale doit impérativement être pris en compte par la solution. En particulier, l'utilisation d'un module propriétaire en remplacement d'une fonctionnalité offerte par les dites API impose à la solution de passer par une homologation relative au référentiel Dispositif Intégré.

5.4 Organisme d'agrément

L'agrément SESAM-Vitale est délivré par les organismes d'Assurance Maladie au terme de la procédure décrite au paragraphe 5.5. Cet agrément est pris en charge par le CNDA.

5.5 Procédure d'agrément

Elle se déroule selon les étapes ci-après :

1. retrait du présent Cahier des Charges par la société editrice,
2. signature du protocole d'agrément entre le CNDA et la société editrice,
3. remise à la société editrice du jeu de cartes de test, d'un formulaire d'inscription à la plate-forme de diffusion sécurisée des Fournitures SESAM-Vitale contre un chèque de caution de 800 euros,

si la solution proposée par l'éditeur fonctionne avec un réseau distant, les étapes 4 à 6 s'appliquent, sinon la procédure se poursuit par l'étape 7.

4. retrait d'un modèle de dossier de sécurité sur le site web www.cnda.ameli.fr
5. transmission d'un dossier sécurité dûment complété par l'éditeur au GIE SESAM-Vitale et au CNDA
6. transmission à l'éditeur d'un Procès Verbal de sécurité suite à l'analyse du dossier par le GIE SESAM-Vitale. Si ce Procès Verbal est négatif, l'éditeur devra compléter et/ou corriger son dossier et reprendre cette procédure à l'étape 5)

7. demande d'autorisation de pré examen par la société éditrice constituée sur la base des cahiers de tests et du jeu d'essai téléchargeables sur le site web www.cnda.ameli.fr <http://www.cnda-vitale.fr/>,
8. sous réserve de la validation du dossier de sécurité, dans le cas d'une solution fonctionnant avec un réseau distant, étude par le CNDA du contenu de la demande de la société éditrice,
9. pré examen du progiciel au CNDA en présence de la société éditrice,
10. si pré examen concluant, publication du progiciel sur le site web www.cnda.ameli.fr,
11. télétransmission par la société éditrice des factures électroniques du jeu d'essai de facturation inter-régimes,
12. analyse par le CNDA de la conformité des flux transmis,
13. dépôt de la version exécutable du progiciel par la société éditrice ; ainsi que l'environnement matériel nécessaire, au CNDA pour tests de non régression,
14. prononcé de l'agrément au terme de la phase de test de non régression si concluante,
15. publication sur le site web du CNDA : www.cnda.ameli.fr <http://www.cnda-vitale.fr/> (liste des progiciels agréés),
16. dépôt par le CNDA, pour le compte de la société éditrice, de la version exécutable du progiciel agréé à l'APP (Agence pour la Protection des Programmes).

On notera que l'analyse du dossier de sécurité (étapes 5 à 6) peut se dérouler en parallèle de la phase de tests à distance (Phase nécessaire à la constitution du dossier de demande de pré-examen).

Toute adaptation ou modification d'une des fonctionnalités du présent document comporte obligation d'effectuer à nouveau la procédure d'agrément.

Les sociétés éditrices disposent d'une période de six mois pour procéder aux modifications demandées par l'Assurance Maladie, sauf en cas d'évolution réglementaire comportant une date d'effet impérative.

5.6 Protocole d'agrément

Le protocole d'agrément est disponible en téléchargement sur le site web du CNDA www.cnda.ameli.fr <http://www.cnda-vitale.fr/>.

5.7 Prix

L'agrément est effectué à titre gratuit, sauf en ce qui concerne les frais de dépôt versés à l'APP.

6 Glossaire

Accident de Droit Commun	<p>Dans le cadre du système de facturation SESAM-Vitale, la notion d'accident de droit commun est utilisée pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les accidents de circulation, mais aussi les accidents dans lesquels la responsabilité d'un tiers, quel qu'il soit, peut être mise en cause, • les accidents de la vie courante survenus soit à la maison, à l'école, ou sur les aires de sport ou de loisirs où la victime se blesse seule (accident domestique, accident de sport, accident scolaire, accident de loisir, jardinage, etc..). • pour les bénéficiaires de tous les régimes hormis les bénéficiaires non salariés du régime agricole.
Accident de la vie privée	<p>Dans le cadre du système de facturation SESAM-Vitale, le terme « accident de la vie privée » est utilisée pour tous les bénéficiaires non salariés du régime agricole et est équivalente à la notion « d'accident de droit commun » pour les autres régimes.</p>
ACS	Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé
Acte isolé	<p>Par opposition à un traitement en série, un acte isolé est un acte qui n'appartient pas à un traitement en série.</p> <p>Un acte isolé est facturé généralement sans prescription</p> <p>Un acte isolé peut faire suite à une prescription, mais il est en dehors d'un traitement en série.</p>
Actes en série	Synonyme de traitement en série
ADELI	Répertoire des professions médicales et paramédicales. Le numéro d'enregistrement du Professionnel de Santé sert d'identifiant vis-à-vis des régimes.
ADR	<p><i>Acquisition des Droits</i></p> <p>Service en ligne d'acquisition des droits proposé par l'assurance maladie obligatoire.</p>
Affiliation	<p>Détermine la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire à laquelle le bénéficiaire est rattaché pour le versement de ses prestations en nature ou en espèces.</p> <p>Par exemple, pour le Régime Général, l'assuré est affilié à la caisse dont la circonscription couvre sa résidence principale.</p> <p>L'employeur est responsable de l'affiliation de tout salarié.</p>
Agrément	Reconnaissance de la conformité aux spécifications d'un produit (précédemment appelé labellisation).
ALD	<i>Affection Longue Durée</i>
AMC	<p><i>Assurance Maladie Complémentaire (Assurance Complémentaire)</i></p> <p>Organisme apportant un complément au remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et pouvant rembourser les dépenses non prises en charge par l'AMO.</p> <p>Ce peut être :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une mutuelle régie par le code de la mutualité, • une société ou une mutuelle d'assurance régie par le code des assurances, • une institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale. <p>Certains organismes d'Assurance Maladie Complémentaire traitent la part obligatoire dans le cadre d'une délégation de gestion légale ou d'une habilitation conventionnelle établie avec un AMO.</p>
AME	<i>Aide Médicale d'Etat</i>

AMO	<p><i>Assurance Maladie Obligatoire (Assurance Obligatoire)</i></p> <p>Ensemble des Régimes assurant le paiement de la part obligatoire du remboursement relatif à des dépenses maladie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le régime général, • le régime agricole, • le régime des professions indépendantes, • les régimes spéciaux. <p>Certains organismes d'Assurance Maladie Obligatoire traitent la part complémentaire dans le cadre d'une convention de gestion entre AMO et AMC.</p>
Annuaire AMC	L'Annuaire AMC est un outil des AMC permettant de garantir le bon acheminement des échanges dématérialisés des professionnels de santé et des centres de santé vers les AMC ; il répertorie les adresses des téléservices AMC et des DRE.
ApCV	<p><i>Application carte Vitale ou appli carte Vitale</i></p> <p>Dispositif sécurisé d'authentification sur système mobile permettant l'accès aux services de l'assurance maladie.</p> <p>L'appli carte Vitale est un portefeuille de-cartes Vitale individuelles dématérialisées, chacune portant les données d'identification d'un seul bénéficiaire.</p>
API – SV	<p><i>Application Programming Interface – SESAM-Vitale</i></p> <p>Ensemble des procédures permettant au progiciel du Professionnel de Santé d'utiliser les ressources et fonctionnalités offertes par les modules SESAM-Vitale.</p>
APIAS	<i>Affection présumée imputable au service.</i>
ARAN	<i>Accusé de Réception Applicatif Négatif</i>
Archivage	Conservation de données, durant une durée légale ou réglementaire, afin de pouvoir y faire référence (lecture/impression), en cas de consultation ultérieure. Notion distincte de celle de sauvegarde d'exploitation (journalière, hebdomadaire, ...).
ARL	<p><i>Accusé de Réception Logique</i></p> <p>Accusé de réception électronique émis par le centre informatique et renvoyé au Professionnel de Santé.</p>
ASPA	<i>Allocation de Solidarité aux Personnes Agées.</i>
Assujettissement	Reconnaissance de la qualité d'assuré social auprès d'un régime obligatoire d'assurance maladie.
Assuré (social)	Personne titulaire d'un droit au regard de la protection sociale.
AT	<i>Accident du Travail</i>
Authentification	Preuve de l'identité d'un correspondant apportée par un élément qu'il est seul à connaître ou à détenir.
Authentification d'origine	Fonction de sécurité apportant au destinataire d'un message la preuve de l'identité de l'émetteur.
Authentification mutuelle	Fonction de sécurité permettant aux deux acteurs d'un dialogue de posséder la preuve de l'identité de leur interlocuteur.
Autorisation préalable	Voir Entente préalable.
Ayant droit	Personne rattachée à un assuré bénéficiant des droits aux prestations de l'Assurance Maladie.
B2	Norme d'échange des feuilles de soins électroniques.
BAL	<i>Boîte aux lettres électronique.</i>
BAL Opposition	Boîte aux lettres électronique utilisée par le Professionnel de Santé pour l'émission et la réception des incréments d'LOI. Celle-ci peut être identique ou différente de la BAL de facturation.
BAL SESAM-Vitale	Boîte aux lettres électronique utilisée par le Professionnel de Santé pour l'émission et la réception des flux SESAM-Vitale.
Bénéficiaire	Personne bénéficiant d'une protection sociale (assuré social ou ayant droit).

Bibliothèque SV	<i>Bibliothèque SESAM-Vitale</i> Ensemble des modules logiciels fournis par l'Assurance Maladie Obligatoire installés sur l'équipement informatique du Professionnel de Santé : <ul style="list-style-type: none"> • les modules SESAM-Vitale, • le GALSS, • le PSS.
Borne (point de mise à jour)	Dispositif matériel permettant l'accès aux services associés à la carte Vitale, c'est-à-dire la consultation et la mise à jour des informations en carte.
C2S	Complémentaire Santé Solidaire
Caisse de rattachement du Professionnel de Santé	<ul style="list-style-type: none"> • Caisse à laquelle est rattaché le Professionnel de Santé pour sa situation d'exercice et de facturation.
Caisse gestionnaire	Caisse à laquelle est affilié le bénéficiaire des soins. Subdivision administrative des régimes. Elle peut être nationale, régionale, départementale ou locale.
CANSSM	<i>Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines</i>
Carte d'Assuré Social	Carte papier contenant les informations relatives à l'assuré et à ses ayants droit. Elle est remplacée par la carte Vitale.
Carte Professionnel de Santé	Terme générique désignant une carte sans distinction de son type (CPS, CPE, CPF).
CAS	<i>Contrat d'Accès aux Soins</i>
CAVIMAC	<i>Caisse d'Assurance Vieillesse, Invalidité et Maladie des Cultes</i>
Cas d'erreur	Arrêt du fonctionnement du processus.
Cas particulier	Déroulement ponctuel hors cas nominal.
CCAM	<i>Classification Commune des Actes Médicaux</i>
CCMSA	<i>Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole</i>
CDE	<i>Carte de Directeur d'Etablissement</i> (famille CPS)
Centre Informatique	Centre de production de l'assurance maladie destinataire des flux SESAM-Vitale pour assurer leur traitement.
Certificat X509	Objet sécuritaire contenant la clé publique utilisé par les algorithmes de chiffrement ou de signature et permettant d'attester l'identité d'une personne ou d'un organisme.
Certificat périmé	Certificat dont la date de validité est dépassée à la date de vérification
Certificat obsolète	Un nouveau certificat plus récent pour la personne ou l'organisme concerné a été publié. Le certificat est cependant toujours valide
Certificat révoqué	Le certificat a été déclaré invalide par l'autorité de certification avant sa fin de validité et ne doit plus être utilisé. Ce certificat est présent dans la liste de révocation (CRL) associée.
Chiffrement	Mécanisme de sécurité consistant à rendre des données confidentielles, c'est-à-dire non interprétables par toute personne non autorisée.
CIP	<i>Club Inter Pharmaceutique</i>
CMU	<i>Couverture Maladie Universelle</i>
CMU-C	<i>Couverture Maladie Universelle Complémentaire</i>
CMS	<i>Cryptographic Message Syntax</i>
CNAMTS	<i>Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés</i>
CNDA	<i>Centre National de Dépôt et d'Agrément</i> Centre de l'assurance maladie ayant pour missions l'agrément et l'enregistrement des logiciels du marché interfacés avec SESAM-Vitale
CNIL	<i>Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés</i>

CNMSS	<i>Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale</i>
CNPS	<i>Centre National des Professionnels de Santé</i>
C.O.	<i>Chirurgie Orale</i> Spécialité dentaire de Professionnel de Santé
Configuration	Ensemble des caractéristiques fonctionnelles et physiques d'un produit définies par les documents techniques et obtenues par le produit.
Configuration (gestion de la)	Activités d'ordre technique et organisationnel : <ul style="list-style-type: none"> • identification de la configuration • maîtrise de la configuration • enregistrement de la configuration • audit de la configuration
Contrat Responsable	Dit également « <i>contrat aidé</i> » Contrat complémentaire qui respecte le décret 2005-1226 du 29 septembre 2005.
Contrat tarifaire PS	Ce contrat correspond aux pratiques tarifaires sur lesquelles le PS s'engage auprès de l'Assurance Maladie
CPAM	<i>Caisse Primaire d'Assurance Maladie</i>
CPE	<i>Carte de Personnel d'Etablissement (famille CPS)</i>
CPF	<i>Carte de Professionnel en Formation (famille CPS)</i>
CPRPSNCF	<i>Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel de la SNCF</i>
CPS	<i>Carte du Professionnel de Santé</i> Carte à microprocesseur d'identification et d'habilitation du Professionnel de Santé développée par le G.I.P. «CPS».
CRL	Liste des Certificats Révoqués
CSA	<i>Centre de Sécurité des Appels</i>
CTIP	<i>Centre Technique des Institutions de Prévoyance</i>
DAM	<i>Domaine de l'Assurance Maladie sur la Carte du Professionnel de Santé</i>
Date de délivrance	Notion Métier. Elle correspond, dans le cas des médicaments et de la LPP, à la date d'exécution c'est-à-dire à la délivrance des médicaments.
DCSSI	<i>Direction Centrale de la Sécurité des Systèmes d'Information.</i> Elle a été instituée par décret le 31 juillet 2001
Décompte Papier	Document émis par les organismes d'Assurances Maladies Obligatoires permettant le remboursement de la part complémentaire.
Distributeur d'opposition	Serveur fournissant au Professionnel de Santé le fichier des incréments dLOI (GIE SESAM-Vitale ou OCT)
dLOI (n)	<i>Delta entre la LOI (n) et la LOI (n-1)</i> Fichier d'incréments entre la Liste d'Opposition Incrémentale (n) et la Liste d'Opposition Incrémentale (n-1).
DRE	<i>Demande de Remboursement Electronique</i> Facture électronique permettant le remboursement des soins sur la part complémentaire, transmise à un organisme d'Assurance Maladie Complémentaire. Il s'agit aussi de la norme des DRE.
DRE d'annulation	<i>Demande de Remboursement Electronique d'annulation</i> Document électronique permettant d'indiquer à l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire l'annulation de la DRE portant le numéro de celle-ci.

DMTF	<i>Desktop Management Task Force</i> Alliance multipartenaire, créée en 1992, pour définir et mettre en œuvre une nouvelle génération de systèmes et de produits de type PC. Poussée par la forte demande des utilisateurs, la DMTF s'est notamment fixée comme objectif de fournir un cadre commun de gestion des configurations des PC (matérielles et logicielles). Elle encourage en ce sens les constructeurs et les éditeurs de logiciels à mettre rapidement sur le marché des produits répondant à ces préconisations. Le standard MIF (dans sa version 2.0) va dans ce sens et permet de décrire une configuration complète d'équipements informatiques. Des informations complémentaires sont disponibles sur le serveur Web de la DMTF à l'adresse suivante : http://www.dmtf.org Les principaux membres de la DMTF (122 en tout) sont Compaq, Dell, Digital, Hewlett-Packard, IBM, Microsoft, NEC, Novell, SCO (Santa Cruz Operation), SunSoft et Symantec.
Droits	Reconnaissance juridique du bénéfice d'une prestation donnée.
DSN	<i>Delivery Status Notification</i>
Eclatement d'une FSE	Opération qui consiste à créer à partir d'une FSE élaborée par un Professionnel de Santé un flux à destination de l'AMO et un flux à destination de l'AMC.
EI	<i>Equipement Informatique</i> Ensemble du matériel informatique du Professionnel de Santé.
Entente préalable (Accord préalable)	Procédure d'autorisation préalable (sauf urgence) à certains actes ou traitements, délivrée par l'Assurance Maladie Obligatoire, et subordonnant leur prise en charge par celle-ci. L'entente préalable équivaut à accord préalable.
ESMTP	<i>Extended Simple Mail Transfer Protocol</i>
ETM	<i>Exonération du Ticket Modérateur</i>
Facture électronique	Terme utilisé dans ce document pour désigner la Feuille de Soins Electronique et la Demande de Remboursement Electronique
FAI	<i>Fournisseur d'accès à Internet</i>
FAT	<i>Feuillet Accident du Travail</i>
Facture subrogatoire	Facture de remboursement papier, faite en fonction des droits du bénéficiaire lors d'un tiers payant. Cette notion disparaît avec SESAM-Vitale.
FDI	<i>Fiche Descriptive des Infirmités (SMG)</i>
Feuille de soins	Preuve de l'accomplissement d'un acte et de sa facturation. Elle représente la demande de remboursement.
FMF	<i>Fédération des Mutuelles de France</i>
FFSA	<i>Fédération Française des Sociétés d'Assurance</i>
FFA	<i>Fédération Française de l'Assurance (anciennement FFSA : Fédération Française des Sociétés d'Assurance)</i>
FNMF	<i>Fédération Nationale de la Mutualité Française</i>
FNS	<i>Fond National de Solidarité</i> Terme remplacé par FSV
Fonction	Sous-ensemble indivisible d'un module destiné à remplir une seule fonctionnalité parmi celles offertes par le module.
Fournisseurs	Famille de Professionnel de Santé du CDC-Editeurs, Les fournisseurs peuvent parfois être dénommés « Professionnels de la LPP ». au niveau des textes réglementaires et conventionnels.

Fournitures SESAM-Vitale	Ensemble des modules logiciels, fourni par l'Assurance Maladie, comprenant : <ul style="list-style-type: none"> • les Modules SESAM-Vitale, • le GALSS, • le PSS, • le logiciel du lecteur SESAM-Vitale, • les logiciels d'installation.
FSE	<i>Feuille de Soins Electronique</i> Facture électronique permettant le remboursement des soins sur la part obligatoire et éventuellement sur la part complémentaire.
FSV	Cette abréviation couvre 2 significations : <ul style="list-style-type: none"> • soit Fond de Solidarité Vieillesse (contexte fonctionnel) • Terme remplacé par ASPA. • soit Fournitures SESAM-Vitale (contexte technique)
GALSS	<i>Gestionnaire d'Accès au Lecteur Santé/Social</i>
GAMEX	<i>Groupement d'Assurance Maladie des Exploitants Agricoles. Il appartient au Régime Agricole.</i> <i>Gestion assurée par la MSA depuis le 01/07/2014</i>
Généraliste	Professionnel de Santé Médecin (famille Prescripteur) rattaché à l'une des spécialités suivantes : 01, 22, 23
Générer	Le terme « Générer » correspond à une création automatique par le système de facturation.
Gestion Unique	Les organismes gérant à la fois les parts obligatoire et complémentaire pour un assuré sont appelés dans ce document <i>organismes en mode de gestion unique (GU)</i> .
Gestion Séparée	Les organismes gérant la part complémentaire et ne gérant pas la part obligatoire pour un assuré sont appelés dans ce document <i>organismes en mode de gestion séparée (GS)</i> .
GIE SESAM-Vitale	<i>Groupement d'Intérêt Economique SESAM-Vitale</i> Créé en 1993, il a pour missions l'étude, la réalisation, la mise en œuvre et la normalisation du programme SESAM-Vitale. Membres fondateurs : CNAMTS, CCMSA, RSI, UNRS. Membres associés : GAMEX, CAVIMAC, MFP. Membres à voix consultative au Comité Directeur : le Ministère du travail et des affaires sociales, le CNPS.
G.I.P. «CPS»	<i>Groupement d'Intérêt Public Carte de Professionnel de Santé</i> Créé en 1993, par arrêté ministériel, il est chargé d'émettre, de gérer et de promouvoir la carte CPS. Cette création s'inscrit dans l'esprit de la loi de 1982 qui a institué les G.I.P. «CPS» aux fins d'allier, sur des objectifs d'intérêt général, les secteurs public et privé. Membres : <ul style="list-style-type: none"> • L'Etat : Ministère du Travail et des Affaires Sociales, Ministère de l'Agriculture et de la pêche, Ministère du budget • Les régimes d'Assurance Maladie Obligatoire : CNAMTS, CCMSA, RSI, UNRS • Les fédérations d'organismes complémentaires : FNMF, FMF, FFA, FFSA, CTIP • Les ordres professionnels : médecins, chirurgiens-dentistes, sages femmes, pharmaciens • Les organismes utilisateurs : OPHIS, MG France, SSA, CNEH.
GSIT	<i>Groupement pour un Système Interbancaire de Télécompensation</i>
Hors tiers payant	Montant payé au Professionnel de Santé par le bénéficiaire.

Identification	Fonction permettant de reconnaître un interlocuteur de manière unique dans un système donné (numéro ou adresse).
IETF	Internet Engineering Task Force
IFD	Indemnité Forfaitaire de Déplacement
Informations conventionnelles AMO	Informations relatives à la situation de facturation du Professionnel de Santé. Constituées du code spécialité, du code conventionnel, du code zone tarifaire et du code zone IK.
IK	Indemnité Kilométrique
Informations médicales à caractère nominatif	Informations relatives à une personne physique protégées par le secret médical (par exemple : codes acte, codes pathologie).
Intégrité	Fonction de sécurité garantissant qu'une information n'est pas altérée de manière intentionnelle ou non.
Inter- régime	Terme qui, appliqué à la carte Vitale, indique que le support physique possède toujours le même visuel et qu'il peut contenir les informations relatives au bénéficiaire, même en cas de changement de régime.
IPS	Indicateur de parcours de soins. Cette notion est liée à la Réforme d'Assurance Maladie – loi du 13 août 2004 (mesure parcours coordonné de soins).
Lecteur PC/SC	Lecteur sans application propriétaire embarquée répondant au standard PC/SC.
Lecteur SESAM-Vitale	Lecteur de cartes à microprocesseur (CPS et carte Vitale).
LOI	<i>Liste d'Opposition Incrémentale</i> Liste des cartes en opposition présente sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé.
LPP	Liste des Produits et Prestations remboursables au titre de l'article L165-1 du code de la sécurité sociale
Masque	Système d'exploitation de la carte à microprocesseur.
M.B.D	<i>Médecine Bucco-Dentaire</i>
Médecin correspondant	Médecin vers lequel le bénéficiaire est orienté par son médecin traitant.
Médecin généraliste	Voir Généraliste
Médecin orienté (Médecin pour un bénéficiaire orienté)	Médecin vers lequel le bénéficiaire est orienté par un autre médecin que le MT dans le respect du parcours coordonné de soins
Médecin spécialiste	Voir Spécialiste
Médecin traitant de substitution	Dans le cadre du parcours coordonné de soins, lorsque le patient a déclaré un médecin traitant mais que celui-ci est indisponible, le patient se rend chez un autre médecin qui est appelé médecin traitant de substitution. Cette notion est liée à la Réforme d'Assurance Maladie – loi du 13 août 2004 (mesure parcours coordonné de soins).
MFP	<i>Mutualité de la Fonction Publique</i>
MG	<i>Mutuelle Générale</i>
NGAP	<i>Nomenclature Générale des Actes Professionnels</i>
MGEN	<i>Mutuelle Générale de l'Education Nationale</i>
MGP	<i>Mutuelle Générale de la Police</i>
MIF	<i>Management Information Format</i> Standard établi par la DMTF
MIME	<i>Multipurpose Internet Mail Extensions</i>

MODEM	Modulateur DEModulateur Équipement électronique permettant l'envoi et la réception de données sur une ligne téléphonique.
MT	Médecin Traitant
Module de saisie à la source	Sous-ensemble logiciel du progiciel du Professionnel de Santé développé par les sociétés éditrices et objet du présent Cahier des Charges. Il intègre les modules SESAM-Vitale.
Modules SESAM-Vitale	Ensemble des modules logiciels, fourni par l'Assurance Maladie, comprenant les services offerts par SESAM-Vitale (SSV, STS, SRT,...)
MUTAME	<i>Mutuelle des Agents territoriaux et des Membres Extérieurs</i>
MFGAM	<i>Mutuelle de Fonctionnaires pour la Gestion de l'Assurance Maladie</i> regroupant les régimes <i>MGEN, MG, MGP, MFP, MNH, MNAM et MNT</i>
MGAT	<i>Mutuelle Générale des Agents Territoriaux</i>
MNH	<i>Mutuelle Nationale des Hospitaliers</i>
MNAM	<i>Mutuelle Nationale Aviation Marine</i>
MNT	<i>Mutuelle Nationale Territoriale</i>
MSA	<i>Mutualité Sociale Agricole</i>
MTM	<i>Modulation du Ticket Modérateur</i>
NABM	<i>Nomenclature des Actes de Biologie Médicale</i>
NGAP	<i>Nomenclature Générale des Actes Professionnels</i>
NIR	<i>Numéro d'Inscription au Répertoire</i>
NIR étendu	Il est constitué du NIR de l'assuré, de la date de naissance et du rang du bénéficiaire
NOEMIE	<i>Norme Ouverte d'Echange pour la Maladie avec les Intervenants Extérieurs</i> Norme d'échange utilisée pour transmettre les flux retour du centre informatique AMO vers le partenaire de santé ; ces échanges se font aussi avec les AMC (télétransmission du double magnétique des décomptes).
Non répudiation d'origine d'un message	Fonction de sécurité garantissant au destinataire l'origine d'un message et empêchant l'émetteur de nier l'avoir envoyé.
Non répudiation de réception d'un message	Fonction de sécurité protégeant l'émetteur d'un message en empêchant le destinataire de nier l'avoir reçu.
Non concerné	Les cas non concernés par le parcours de soins correspondent aux cas d'exclusions et d'Urgence. Cette notion est liée à la Réforme d'Assurance Maladie – loi du 13 août 2004 (mesure parcours coordonné de soins).
OCT	<i>Organisme Concentrateur Technique</i> se chargeant de centraliser, pour le compte des Professionnels de Santé, la télétransmission des échanges avec les organismes d'Assurance Maladie.
Opérateur de diffusion LOI	Intermédiaire entre le distributeur d'Opposition et le progiciel pour la diffusion de la liste LOI. (Editeurs ou OCT)
OPTAM	<i>Option Pratique TARifaire Maitrisée</i>
OPTAM-CO	<i>Option Pratique TARifaire Maitrisée pour les Chirugiens – Obstétriciens</i>
Ordonnance médicale	Document réalisé par un prescripteur permettant soit la délivrance de médicaments et/ou de produits de la LPP soit l'exécution d'actes par un auxiliaire médical. L'ordonnance est également appelée la prescription médicale.
PAB	<i>Port Autonome de Bordeaux</i>
PeSIT	<i>Protocole d'Echange pour un Système Interbancaire de Télécompensation</i>
PINPad	Clavier numérique de saisie sur un lecteur de carte.
PIRES	Protocole Inter Régime d'Examens Spéciaux
PKCS	<i>Public Key Cryptographic Standards</i>

Poste de travail du Professionnel de Santé	Ensemble de matériels et progiciels contribuant à l'ensemble des activités du Professionnel de Santé.
Prescripteurs	Les Professionnels de santé (PS) dits « prescripteurs » sont les médecins, les chirurgiens-dentistes, et les sages-femmes.
Prescrits	Les Professionnels de santé (PS) dits « prescrits » sont les auxiliaires médicaux, les sages-femmes, les laboratoires d'analyse de biologie médicale, les pharmaciens, et les professionnels de la LPP (famille Fournisseurs).
Prestation en nature	Remboursement des frais médicaux, dentaires, paramédicaux, pharmaceutiques, de radiologie, d'analyse ou d'appareillage, ainsi que des dépenses engagées pour obtenir certaines de ces prestations (frais de séjour notamment).
Prévention	Sauf mention contraire ce terme désigne le risque prévention géré par les organismes Assurance Maladie Obligatoires.
Prévention commune AMO/AMC	Cette disposition est introduite par la réforme d'Assurance Maladie (loi du 13 août 2004). Elle n'est pas liée au risque prévention géré par les organismes AMO.
Prise en charge	<i>Prise en charge au titre de l'assurance complémentaire</i> : procédure visant à informer l'assuré des conditions de remboursement de l'assurance complémentaire au préalable à la réalisation de certains actes ou traitements. <i>Prise en charge au titre de l'assurance obligatoire</i> : accord de prise en charge délivré par l'organisme de base faisant généralement suite à une demande d'entente préalable ou à un devis.
Progiciel	Ensemble autonome et indivisible regroupant un ou plusieurs modules logiciels et permettant de réaliser toutes les fonctionnalités de ces modules.
Progiciel du Professionnel de Santé	Progiciel comprenant : <ul style="list-style-type: none"> • les modules propres aux fonctionnalités spécifiques offertes par le progiciel (aide à la prescription, dossier médical, ...), • le module de saisie à la source.
PS	<i>Professionnel de Santé</i> Médecin, kinésithérapeute, infirmier, pharmacien, etc. <i>Pour la famille « Fournisseurs »</i> , Il faut comprendre également dans le terme PS, des « non PS » qui sont des Professionnels de domaines associés à la Santé, en plus de la définition habituelle.
PSS	<i>Protocole Santé/Social</i>
RAMAGE	<i>Réseau de l'Assurance Maladie du régime Général</i> Réseau privé X.25 du régime général.
RC	<i>Régime Complémentaire</i>
Référentiel PS	Référentiel constitué par l'éditeur à partir du référentiel RPPS diffusé par l'ASIP et de la table de correspondance des spécialités diffusée par le GIE SESAM-Vitale. Ce référentiel est mis à jour régulièrement à partir des informations obtenues par l'éditeur. Se reporter au document « Guide d'intégration et d'utilisation du référentiel PS », FACT-GU-001 du GIE SESAM-Vitale)
Répertoire de stockage des fichiers de conventions et de regroupements normés	Répertoire utilisé par le Professionnel de Santé pour stocker les fichiers de conventions et de regroupements normés. C'est depuis ce répertoire que le progiciel importe les fichiers normés pour la mise à jour des tables de conventions.

Réponse de prise en charge	<p><u>Organisme d'Assurance Maladie Complémentaire</u></p> <p>Lorsque la « réponse de prise en charge » est positive, elle correspond à un acte de garantie de remboursement d'un organisme d'Assurance Maladie Complémentaire vis-à-vis d'un Professionnel de Santé dans le cadre des prestations en tiers-payant ou vis-à-vis d'un assuré dans le cadre d'une prestation hors tiers-payant, sauf élément contraire dans la convention signée entre le Professionnel de Santé et l'organisme complémentaire.</p> <p>Il ne s'agit pas d'un support de droits. Cette définition n'est valable que dans le cadre du contexte de facturation ambulatoire.</p> <p>Cette « réponse de prise en charge » est caractérisée par une référence.</p> <p><u>SMG</u></p> <p>Lorsque la « réponse de prise en charge » est positive, elle correspond à un acte de garantie de remboursement de la CNMSS. Il ne s'agit pas d'un support de droits.</p>
Ressource	Unité de traitement à laquelle les applications du Poste de Travail peuvent accéder. Il s'agit soit d'une application implantée dans un lecteur programmable, soit d'une carte à microprocesseur insérée dans le lecteur SESAM-Vitale
RFC	Requests for Comments
RG	Régime Général
RNIS	Réseau Numérique à Intégration de Service
RO	Régime Obligatoire
RSI	Régime des salariés Indépendant A compter du 01/01/2018 : Sécurité sociale Indépendants
RSS	Réseau Santé Social
RTC	Réseau Téléphonique Commuté
Sauvegarde	Copie des données permettant de relancer les traitements en cas d'avarie. Leur délai de conservation est limité à la fréquence des opérations de sauvegarde.
SD_SMG	Supplément Dérogatoire SMG
Série d'actes	Série d'actes isolés Cas du dentiste ou du laboratoire qui exécute plusieurs actes.
Service	voir fonction
SESAM	Système Electronique de Saisie de l'Assurance Maladie Système dont l'objectif est le traitement électronique des feuilles de soins. Ses trois composantes de base sont : <ul style="list-style-type: none"> • la carte le support Vitale de l'assuré social : carte Vitale ou ApCV (avec l'usage du service ADR) • la carte d'identification et d'habilitation du Professionnel de Santé : CPS • le logiciel d'élaboration de feuilles de soins électroniques et de demandes de remboursement électroniques.
Services SESAM-Vitale (SSV)	Module fourni par l'Assurance Maladie.
SGD	Service de Gestion de Données Offre une interface simplifiée au progiciel pour les différents modules SESAM-Vitale.
Signature numérique	Mécanisme de sécurité utilisé pour remplir les fonctions de non répudiation.
SIRET	Numéro d'identification professionnelle de l'établissement.
Situation conventionnelle	Nature de la convention liant le Professionnel de Santé et l'Assurance Maladie.
Situation d'exercice	Lien entre le Professionnel de Santé et la structure dans laquelle il exerce.

Situation de facturation	Ensemble des informations relatives au Professionnel de Santé intervenant dans la tarification et la facturation pour l'Assurance Maladie.
SLM	<i>Section Locale Mutualiste</i>
S/MIME	<i>Secure Multipurpose Internet Mail Extensions</i>
SMG	<i>Soins Médicaux Gratuits</i>
SMTP	<i>Simple Mail Transfer Protocol</i>
SNCF	<i>Société Nationale des Chemins de Fer</i>
Sous-système « Equipement Professionnel de Santé »	Ensemble matériel et logiciel composé du terminal lecteur et du Poste de Travail
Spécialiste	Professionnel de Santé Médecin (famille Prescripteur) non généraliste
SRT	<i>Services de Réglementation et Tarification de la part AMO</i>
SSV	<i>Services SESAM Vitale</i>
STS	<i>Services de Tarification Spécifique</i> Module d'aide à la tarification de la part complémentaire
Support de droits AMC	Le support de droits AMC, reflet de la situation d'un assuré / bénéficiaire vis à vis d'un AMC. Ce support comporte l'ensemble des informations d'identification et certaines informations de tarification (période couverte, garanties/couverture ou formules de tarification).
Support Vitale	Le support Vitale est le support nominal du processus de facturation, à savoir la carte Vitale ou l'ApCV. C'est un support d'identification et de signature (la carte Vitale étant aussi un support de droits contrairement à l'ApCV).
Taux UNCAM	Le taux UNCAM est le taux de diminution utilisé dans le hors parcours de soins. Il est défini par avis du CA de l'UNCAM publié au JO.
TCP/IP	<i>Transmission Control Protocol / Internet Protocol</i>
TFR	Tarif Forfaitaire de Responsabilité
Terminal lecteur	Ensemble matériel et logiciel composé du lecteur et des logiciels embarqués comme EI96
Ticket modérateur	Différence entre le tarif servant de base au remboursement de l'AMO et le montant de ce remboursement (n'équivaut pas aux dépenses restant à charge notamment en cas de dépassements d'honoraires).
Ticket Vitale	Le Ticket Vitale est une facture récapitulative éditée par le pharmacien, au dos de l'ordonnance rendue au patient, « afin de garantir aux assurés sociaux une bonne information sur le cout des produits de santé qui leurs sont délivrés, incluant les honoraires de dispensation, et, le cas échéant, d'autres catégories d'honoraires » (convention nationale des pharmaciens §36.5.2)
Tiers payant	Processus permettant la dispense d'avance des frais pour les parts obligatoire et ou complémentaire.
Traitement en série	Dès qu'il s'agit d'actes facturés dans le cadre d'une prescription et par un Professionnel de Santé de la famille Auxiliaires médicaux ou par une sage-femme (famille Prescripteurs).
TRSS	Tarif de responsabilité de sécurité sociale
TTP	<i>Trusted Third Party (tierce partie de confiance)</i>
UNCAM	<i>Union Nationales des Caisses d'Assurance Maladie</i>

UNRS	<i>Union Nationale des Régimes Spéciaux</i> Composée de : Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel de la SNCF Unité Décentralisée de Protection Sociale de la RATP Etablissement National des Invalides de la Marine Caisse Autonome de Sécurité Sociale dans les Mines Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale Caisse de Retraite et de Prévoyance des Clercs et Employés de Notaire Caisse Autonome de Sécurité Sociale de l'Assemblée Nationale Caisse de Prévoyance du Port Autonome de Bordeaux Caisse Autonome de Sécurité Sociale du Sénat Caisse d'Assurance Vieillesse, Invalidité et Maladie des Cultes
Version du Cahier des Charges	Numéro de version du Cahier des Charges éditeurs pour lequel le progiciel du Professionnel de Santé a été agréé.
Vitale	Carte à microprocesseur d'identification et de droits du patient. Dans l'étape 2, elle contiendra le Volet d'Informations Médicales.
Volet de facturation	Partie de la feuille de soins réservée à la délivrance de la prescription.
Volet de santé	Partie de la carte Vitale comportant les informations à caractère médical.
Volet d'identification	Partie de la carte Vitale permettant une identification fiable de l'assuré : nom, prénom, numéro national d'identification.
Volet Régime Complémentaire	Partie de la carte Vitale permettant la reconnaissance de l'organisme d'affiliation complémentaire et des droits de l'assuré.
Volet Régime Obligatoire	Partie de la carte Vitale permettant la reconnaissance de l'organisme d'affiliation obligatoire et des droits de l'assuré.
X509	Norme ISO définissant le contenu d'un certificat électronique.
XMODEM-CNAMTS	Protocole de transfert de fichiers entre un centre informatique de l'Assurance Maladie et l'Équipement Informatique du Professionnel de Santé. Produit du domaine public adapté par la CNAMTS.

7 Références

Dans le Cahier des Charges SESAM-Vitale, l'adjectif « réglementaire » couvre l'ensemble des textes référencés ci-dessous.

7.1 Ordonnances, Lois, Décrets, Codes

Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. Elle aborde, dans le titre 4, les systèmes d'information de l'Assurance Maladie et la carte de santé et fixe la distribution à l'ensemble des français de la carte familiale avant le 31 décembre 1998 et d'une carte individuelle avant le 31 décembre 1999.

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie, sur le dispositif du médecin traitant et du parcours coordonné de soins.

Décret N°97-1321 du 30/12/97 relatif aux documents ouvrant droit aux prestations de l'Assurance Maladie et modifiant le code de la sécurité sociale et le code de la santé publique (les articles mentionnés dans le présent document sont issus de ce décret).

Décret n°98-271 du 9 avril 1998 relatif à la Carte de Professionnel de Santé et modifiant le code de la sécurité sociale et le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en conseil d'Etat).

Décret n°98-275 du 9 avril 1998 relatif à la carte d'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en conseil d'Etat).

Décret n°2003-399 du 28 avril 2003 relatif aux documents ouvrant droit aux prestations de l'Assurance Maladie et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : décret en conseil d'état).

Décret n° 2005-1369 du 3 novembre 2005 relatif aux limites et conditions de fixation de la majoration de participation de l'assuré prévue à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale et modifiant le code de la sécurité sociale

Décret n° 2005-1368 du 3 novembre 2005 relatif à la majoration de participation de l'assuré prévue à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale et modifiant ce code.

Décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 relatif au contenu des dispositifs d'assurance complémentaire bénéficiant d'un aide et modifiant le code de la sécurité sociale.

Arrêté du 10 février 2004 pris pour l'application de l'article R. 161-43-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pour lesquels la signature de la feuille de soins, électronique ou sur support papier, par l'assuré ou le bénéficiaire n'est pas exigée.

Arrêté du 30 juin 2004 et du 22 sept 2004 pour les médecins (concernant l'addendum n°3 au CdC SESAM-Vitale).

Décret n°2007-199 du 14 février 2007 relatif à la carte d'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).

Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre (CPMIVG)

Arrêté du 31 mars 2011 paru au JO le 19 avril 2011 (concernant la prise en compte des nouvelles spécialités dentaires dans l'addendum 7)

Articles L. 713-1-1 et L. 713-20 du code de la sécurité sociale (concernant l'intégration des APIAS dans l'addendum 7)

Décret n°2014-1144 du 8 octobre (concernant l'intégration du TPI ACS)

Arrêté de marge (concernant la mise en place des Honoraires de Dispensation):
Arrêté du 28 novembre 2014 modifiant l'arrêté du 4 août 1987 relatif aux prix et aux marges des médicaments remboursables et des vaccins et des allergènes préparés spécialement pour un individu
(Référence - NOR : AFSS1420392A)

Pour le ticket Vitale :

Arrêté du 24 décembre 2014 modifiant l'arrêté du 27 juin 2014 fixant le modèle normalisé et les spécifications techniques applicables pour la mise en œuvre de l'information des patients sur le coût des produits de santé délivrés
(Référence - NOR : AFSS1427692A)

7.2 Conventions

Convention nationale des médecins généralistes :

- Arrêté du 4 décembre 1988
- Arrêté du 11 août 1999 – avenant n°1
- Avenant n°4, JO n°71 du 24 mars 2001

Convention nationale des médecins libéraux :

- Signé le 12 janvier 2005
- Avenant de mars 2005
- Avenant n°8, JO du 7 Août 2005
- Avenant n°8, JO du 7 décembre 2012.

Convention nationale des sages-femmes :

- Avenant n°3, JO n° 297 du 21 décembre 2002
- Avenant n°6, JO du 21 novembre 2004
- Arrêté paru au JO du 21/11/2004, modifiant la NGAP

Convention nationale des chirurgiens dentistes :

- Avenant n°4, JO n°49 du 27 février 2003
- Avenant n°3, JO du 30 novembre 2013

Convention nationale des Pharmaciens d'officine :

- Avenant au protocole d'accord du 30 septembre 1975 entre les syndicats nationaux représentant les pharmaciens d'officine et les trois caisses nationales d'assurance maladie (Date : le 19 août 1996).
- Arrêté du 12 août 1999 portant approbation de la convention nationale fixant les modalités de transmission des feuilles de soins électroniques entre les caisses nationales d'assurance maladie et les syndicats représentant les pharmaciens d'officine.
- Arrêté du 26 juin 2003 (JO du 06 septembre 2003) obligation de codage LPP.
- Arrêté de la convention Pharmacien du 11 juillet 2006.
- Arrêté du 28 novembre 2014 portant approbation des avenants nos 3, 4 et 5 à la convention nationale du 4 mai 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie (Référence - NOR : AFSS1420396A)
- Arrêté du 18 décembre 2014 relatif aux modalités d'application de la convention nationale pharmaceutique aux pharmacies mutualistes et minières (Référence - NOR : AFSS1429105A)

Convention nationale des fournisseurs de biens médicaux inscrits aux Titres I et IV de la L.P.P :

- Signé le 7 aout 2002

7.3 Normes et standards

B2	Utilisée pour la télétransmission de factures entre les Professionnels de santé et les Organismes d'Assurance Maladie Obligatoire.
DRE	Demande de Remboursement Electronique Format d'échanges électroniques « Santé » entre Professionnel de Santé et l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire -
DSN	Delevery Status Notification Request For Comments n° 1891, 1893, 1894 ³³
FIPS-180-2	Secure Hash Standard
IP	Internet Protocol Version 4 Request For Comments n°791
ISO 646	Jeu de caractères codés à 7 éléments pour l'échange d'information (équivalence NF Z 62-010) Janvier 1987
ISO 7816	Cartes d'identification Cartes à circuit(s) intégré(s) à contacts (équivalence NF EN 27816) Décembre 1989
MIME	Multipurpose Internet Mail Extensions Requests for Comments n°1521
NOEMIE	Norme Ouverte d'Echange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs IRIS Inter-Régime. Télétransmission de retour d'informations entre les Organismes d'Assurance Maladie et les Professionnels de Santé
PC/SC	Spécifications rédigées par le PC/SC Workgroups* et permettant d'interfacer un ordinateur avec une (ou des) carte(s) à puce via un (ou des) lecteur(s) répondant à ce standard. L'interface permet de solliciter directement la carte avec des « ordres carte ». www.pcscworkgroup.com
PeSIT/Hors SIT	Groupement pour le Système Interbancaire de Télécompensation Version D 15 novembre 1987
POP3	Post Office Protocol Version 3 Request for Comments n°1460
Retour OC –PS	Télétransmission de retours d'informations entre les Organismes d'Assurance Maladie complémentaire et les Professionnels de Santé - 1996
RFC 2459	Internet X.509 Public Key Infrastructure Certificate and CRL Profile
RFC 2630	Cryptographic Message Syntax
RFC2633	S/MIME Version 3 Message Specification
RSA – 2002	PKCS#1 version 2.1
SMTP	Simple Mail Transfer Protocol Request for Comments n°821, 822
V.32 bis	Recommandation V.32 bis Union Internationale des Télécommunications Comité Consultatif International Télégraphique et Téléphonique Genève 1991
V.34	Recommandation UIT-T V.34

³³ Sous réserve d'éventuelles mises à jour.

X.1 à X.32

Union Internationale des Télécommunications Secteur de la normalisation des télécommunications de l'UIT

Recommandations X1 à X.32

Union Internationale des Télécommunications

Comité Consultatif International Télégraphique et Téléphonique

Melbourne, 14-25 novembre 1988



Annexe 1-A

Présentation fonctionnelle des Modules SESAM-Vitale

Flux Aller de FSE/DRE émis par le Professionnel de Santé

Intégrant l'Addendum n°8

Ce document a été élaboré par le GIE SESAM-Vitale.

Conformément à l'article L.122-4 du Code de la Propriété Intellectuelle, toute représentation ou reproduction (intégrale ou partielle) du présent ouvrage, quel que soit le support utilisé, doit être soumise à l'accord préalable écrit de son auteur.

Il en est de même pour sa traduction, sa transformation, son adaptation ou son arrangement, quel que soit le procédé utilisé.

Tout manquement à ces obligations constituerait un délit de contrefaçon, au sens des articles L 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, susceptible d'entraîner des sanctions pour l'auteur du délit.

Sommaire

1	Introduction	5
1.1	Présentation du document	5
1.2	Présentation générale des interfaces.....	5
2	Constitution de la facture.....	7
2.1	Identifications	7
2.1.1	Acquisition des informations relatives au Professionnel de Santé à partir de la carte CPS ..	7
2.1.1.1	Acquisition des informations pour un centre de santé	7
2.1.1.2	Acquisition des informations pour un Professionnel de Santé remplaçant	7
2.1.1.3	Acquisition des informations pour un pharmacien	8
2.1.1.4	Acquisition sur le Poste de Travail, des informations relatives au Professionnel de Santé Fournisseurs	8
2.1.1.5	Acquisition des informations de la carte CPX.....	8
2.1.2	Données paramétrées sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé	11
2.1.2.1	Caisse de rattachement du Professionnel de Santé (pour la CCAM).....	11
2.1.2.2	Adhésion au Contrat Tarifaire PS.....	11
2.1.2.3	Date de première installation en exercice libéral.....	12
2.1.2.4	Date d'installation en zone sous médicalisée.....	12
2.1.2.5	Type de dispositif de tiers-payant complémentaire ACS.....	12
2.1.2.6	Tiers-Payant AMO.....	13
2.1.3	Acquisition des informations relatives au bénéficiaire des soins	14
2.1.3.1	La fonction «Lecture Droits Vitale»	14
2.1.3.2	La fonction « Demander l'authentification de l'utilisateur d'une ApCV »	22
2.1.3.3	La fonction « Acquérir les droits en ligne »	22
2.1.3.4	Identification de certaines catégories de bénéficiaires	23
2.1.3.4.1	Identification d'un bénéficiaire de C2S CMU-C	23
2.1.3.4.2	Identification d'un sortant de C2S CMU-C	23
2.1.3.4.3	Identification d'un bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire.....	23
2.1.3.4.4	Aide Médicale d'Etat.....	23
2.1.3.4.5	Les Migrants de passage	24
2.1.3.4.6	Les « autre situation de migrant »	24
2.1.3.4.7	Victime d'Attentat	24
2.1.3.5	Détermination du mode de gestion	24
2.1.3.6	Détermination des identifiants de l'organisme complémentaire en gestion unique	29
2.1.3.7	Correction du siècle de la date de naissance du bénéficiaire.....	33
2.1.3.8	Affichage des périodes de droits AMO	33
2.1.4	Le parcours coordonné de soins	33
2.1.5	Principes pour la gestion des AT dans SESAM-Vitale.....	37
2.1.5.1	Présentation générale	37
2.1.5.2	Principes et définitions	37
2.1.5.2.1	Code Organisme gestionnaire.....	37
2.1.5.2.2	Support AT	38
2.1.5.2.3	Numéro d'accident du travail AT	38
2.1.5.3	Tableau de synthèse.....	38
2.1.5.4	Conditions pour une FSE au risque AT	39
2.2	Zones d'Echange de la facture	41
2.3	Phases AMO	41
2.3.1	Règles 41	
2.3.2	Schémas d'enchaînement des règles de l'annexe 1 et de l'annexe 2	41
2.3.2.1	Répartition des spécifications entre Annexe 1 et Annexe 2	41
2.3.2.2	Détail des schémas de cinématique et liens entre eux	41
2.3.2.3	Schémas SC et SR : Réglementation	42
2.3.2.3.1	Schéma SC1 : Contexte de réglementation	42
2.3.2.3.2	Schéma SR1 : Réglementation Maladie.....	44
2.3.2.3.3	Schéma SR1bis : Honoraires de dispensation globaux.....	45
2.3.2.3.4	Schéma SR2 : Réglementation des accidents	46
2.3.2.4	Schémas SB : Base de Remboursement.....	46
2.3.2.5	Schémas SF : Base de Remboursement des Frais de déplacement	50
2.3.2.6	Schémas ST : Taux de Remboursement	52
2.3.2.7	Schéma SP1 : Montant Remboursable AMO	60
2.4	Phase Complémentaire.....	63

2.5	Mise en forme et sécurisation des factures.....	64
2.5.1	Mise en forme des factures.....	64
2.5.2	Chiffrement des factures.....	68
2.5.3	Signature Vitale des factures.....	69
2.5.3.1	Signature Vitale des factures avec une carte Vitale.....	69
2.5.3.2	Signature Vitale des factures avec une ApCV.....	70
2.5.3.2.1	MF16.01 : Contrôler la validité du contexte ApCV.....	72
2.5.3.2.2	MF16.02 : Contrôler la validité du support de droits AMO.....	72
2.5.3.2.3	MF16.03 : Calculer l'empreinte de la FSE et/ou la DRE.....	73
2.5.3.2.4	MF16.04 : Préparer les données du résumé de la facture.....	74
2.5.3.2.5	MF16.05 : Demander la signature Vitale de la FSE et/ou la DRE.....	76
2.5.3.2.6	MF16.06 : Ajouter la signature Vitale à la FSE et/ou la DRE.....	78
2.5.4	Signature CPS des factures.....	80
3	Cas particulier du forçage.....	82
3.1	Principe de la création d'un indicateur de forçage.....	82
3.2	Principes de forçage de niveau facture.....	83
3.2.1	Forçage des informations relatives au domaine de l'AMO.....	83
3.2.1.1	Forçage des droits à exonération du ticket modérateur liés à la maternité.....	83
3.2.1.2	Forçage d'une situation d'exonération modulation du ticket modérateur.....	83
3.2.1.3	Forçage des zones « service AMO famille » et « service AMO bénéficiaire ».....	84
3.2.1.4	Forçage des données liées à la nature d'assurance AT ou aux accidents de la vie privée..	84
3.2.1.5	Forçage des données liées au parcours coordonné de soins.....	84
3.2.1.6	Forçage des données liées aux régimes à taux particuliers.....	84
3.2.1.7	Forçage de l'accès au tiers payant.....	84
3.2.1.8	Forçage des données liées à la nature d'assurance SMG.....	84
3.2.2	Forçage des informations relatives au domaine de la complémentaire.....	84
3.2.2.1	Principes de forçage des données de la zone AMC.....	85
3.2.2.2	Principes de forçage des données de la zone mutuelle.....	85
3.2.2.3	Principes de forçage pour des données liées à un bénéficiaire de la C2S CMU-C, à un sortant de C2S CMU-C.....	85
3.2.3	Cumul des indicateurs de forçage au regard des données de la carte Vitale et de la facturation AMO niveau facture.....	86
3.3	Principes de forçage de niveau acte.....	87
3.3.1	Forçage des informations relatives au domaine de l'AMO.....	87
3.3.1.1	Forçage des éléments de tarification hors CCAM.....	87
3.3.1.2	Forçage des éléments de tarification CCAM.....	88
3.3.1.2.1	Forçage de certains éléments liés aux codes regroupements CCAM ou à la table des plafonds.....	88
3.3.1.2.2	Forçage des données du référentiel électronique CCAM.....	89
3.3.1.2.3	Forçage des données de la facture pour une prestation CCAM.....	89
3.3.1.2.4	Forçage et débrayage.....	91
3.3.1.2.5	Valorisation de l'indicateur de forçage AMO pour une prestation CCAM.....	93
3.3.1.3	Forçage du montant remboursable par l'AMO.....	95
3.3.1.4	Forçage du plafond des honoraires.....	95
3.3.1.5	Cumul de plusieurs forçage de niveau acte.....	95
3.3.2	Forçage des informations relatives au domaine de la part complémentaire.....	96
4	Préparation du fichier à transmettre.....	98
4.1	La fonction «Mise en forme et sécurisation Lot» Les fonctions de mise en forme et de sécurisation des lots ⁹⁸	
4.1.1	Mise en forme des lots.....	99
4.1.1.1	Si constitution d'un lot de FSE.....	99
4.1.1.2	Si constitution d'un lot de DRE.....	101
4.1.2	Signature CPS des lots.....	103
4.1.2.1	Si constitution d'un lot de FSE.....	103
4.1.2.2	Si constitution d'un lot de DRE.....	104
4.1.3	Conditions d'utilisation.....	105
4.2	La fonction «Mise en forme en-tête et fin de Fichier».....	106
4.2.1	Fichier de FSE.....	106
4.2.2	Fichier de DRE.....	107

1 Introduction

1.1 Présentation du document

Ce document constitue la partie A, première partie de l'annexe1 du CdC Éditeurs SESAM-Vitale.

Cette partie a pour objet de décrire les règles de constitution des flux aller de FSE et de DRE, à l'exception des parties suivantes :

- la description de la zone d'échange facture, qui fait l'objet de la partie A0 de l'annexe 1,
- la tarification de la part obligatoire, qui fait l'objet de la partie A1 de l'annexe 1,
- la finalisation SMG de la facture, qui fait l'objet de la partie A3 de l'annexe 1,
- la tarification de la part complémentaire, qui fait l'objet de la partie A2 de l'annexe 1.

1.2 Présentation générale des interfaces

Le schéma ci-dessous présente suivant les différentes étapes de la constitution de la facture, les différentes interfaces d'échanges avec lesquelles le progiciel travaille :

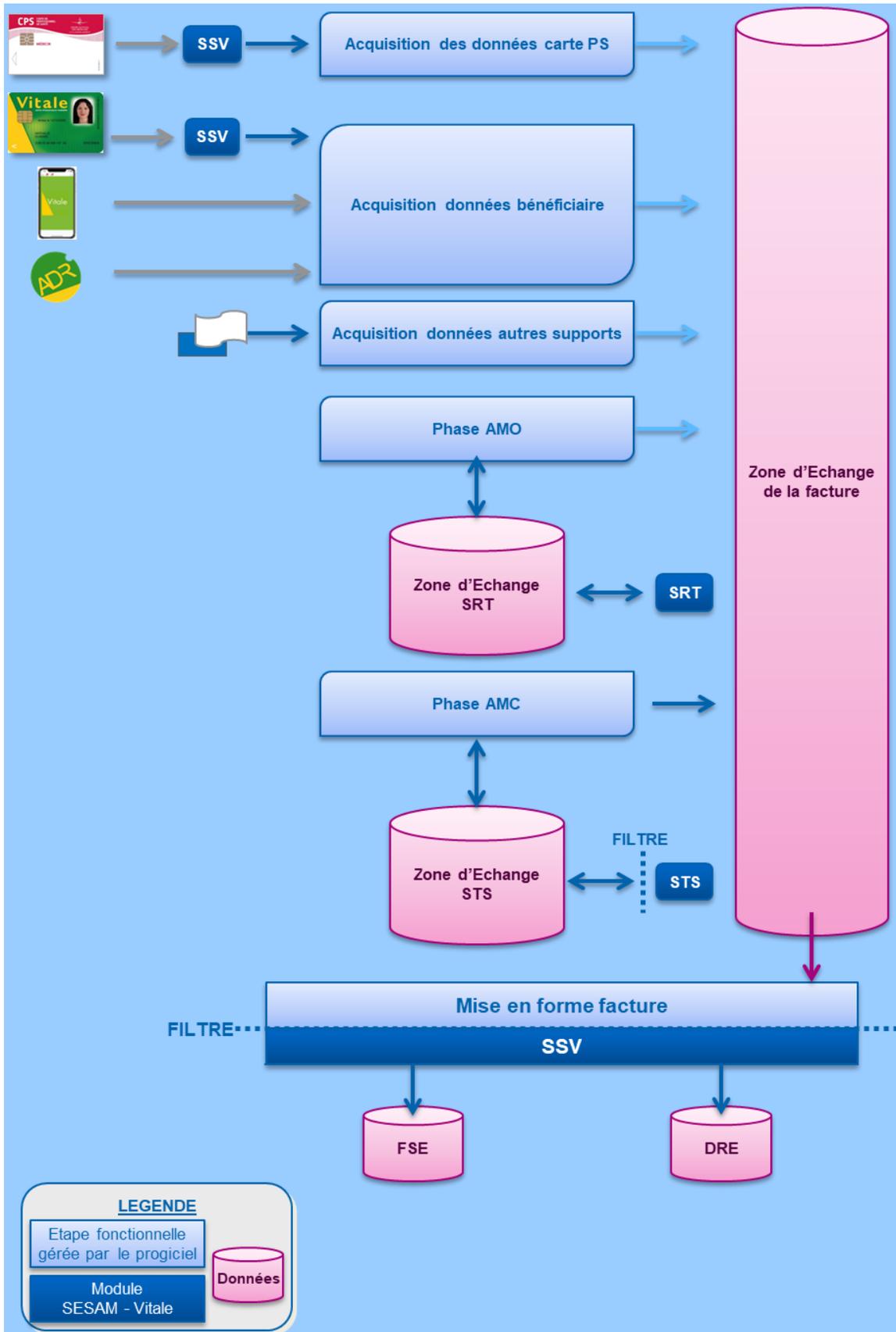
- La première concerne la zone d'échange de la facture : celle-ci est enrichie au fur et à mesure du processus de facturation et est transmise à la fonction « Mise en forme facture » pour la génération des flux à transmettre : FSE et DRE. Ces 2 flux sont donc constitués à partir des mêmes données.
- La deuxième est la zone d'échange avec les modules des SRT.
- La troisième est la zone d'échange avec les modules des STS.

Les lignes pointillées indiquent qu'un filtre est appliqué à la zone d'échange. Ce filtre est mis en œuvre par les fournitures SESAM-Vitale. Ce filtre consiste à rendre indisponibles certaines données.

Définitions

- Zone d'échange de la facture : Ensemble des groupes de données utilisées pour la mise en forme facture.
- Zone d'échange SRT : Ensemble des groupes de données utilisées par le module SRT.
- Zone d'échange STS : Ensemble des groupes de données utilisées par le module STS.

La liste des groupes de données entrant dans la constitution de ces zones d'échange est récapitulée dans le document Annexe1-D.



2 Constitution de la facture

2.1 Identifications

Deux phases d'identification sont nécessaires à la réalisation des factures. La première consiste à acquérir les données du Professionnel de Santé, la seconde à acquérir les données du Bénéficiaire des soins.

Ces deux phases apportent les informations nécessaires au progiciel pour réaliser une facture (FSE et DRE).

2.1.1 Acquisition des informations relatives au Professionnel de Santé à partir de la carte CPS

La phase d'acquisition des données relatives au Professionnel de Santé a pour objet de restituer au progiciel du Professionnel de Santé l'ensemble des informations d'identification du Professionnel de Santé nécessaires à l'élaboration d'une feuille de soins électronique et d'une demande de remboursement électronique.

Cette acquisition peut ne pas être effectuée systématiquement pour chaque facture, les données obtenues lors d'un accès pouvant être stockées et réutilisées ultérieurement.

2.1.1.1 Acquisition des informations pour un centre de santé

Pour les Professionnels de Santé salariés d'un centre de santé, lors de l'élaboration d'une feuille de soins électronique, le progiciel doit utiliser les informations conventionnelles contenues sur les Postes de Travail ou sur les serveurs. En effet, les informations, restituées par la fonction « **Lecture carte Professionnel de Santé** » ne sont pas significatives. A savoir :

- Au **code spécialité** est attachée la valeur « **99** »,
- Au **code conventionnel** est attachée la valeur « **9** »,
- Au **code zone tarifaire** est attachée la valeur « **99** »,
- Au **code zone IK** est attachée la valeur « **09** ».

En aucun cas, ces valeurs non significatives contenues dans la CPS centre de santé ne doivent alimenter les groupes d'entrée (annexe 1 – A0).

2.1.1.2 Acquisition des informations pour un Professionnel de Santé remplaçant

Pour les Professionnels de Santé remplaçant et les pharmaciens multi-employeur, lors de l'élaboration d'une feuille de soins électronique, le progiciel doit utiliser les informations de facturation du Professionnels de Santé titulaire (Cf. corps du Cahier des Charges § 4.2.2). En effet, les informations restituées par la fonction « **Lecture carte Professionnel de Santé** » ne sont pas significatives ((sauf le numéro de facturation et sa clé). A savoir¹ :

- Au **code spécialité** est attachée la valeur « **99** »,
- Au **code conventionnel** est attachée la valeur « **9** »,
- Au **code zone tarifaire** est attachée la valeur « **99** »,

¹ Ce descriptif est valable pour tous les PS effectuant des remplacements sauf pour *les Médecins ayant un cabinet remplaçant leur collègue*.

- Au **code zone IK** est attachée la valeur « **09** »,
- Aux **codes agrément 1, 2 et 3** est attachée la valeur « **9** »,

Pour les Professionnels de Santé remplaçants, le type de carte sera CPS ou CPF (valeur 00 ou 01),

Pour les Professionnels de Santé Pharmaciens dits multi-employeurs, le type de carte sera CPS ou CPE (valeur 00 ou 02).

2.1.1.3 Acquisition des informations pour un pharmacien

A l'attention de société éditrice de progiciels pour pharmaciens : suite aux problèmes rencontrés lors de la personnalisation de certaines cartes CPS Pharmacien, il convient d'appliquer les règles suivantes :

- si le **code Spécialité** est valorisé avec la valeur « 00 », il convient de la remplacer par la valeur 50 ;
- si le **code conventionnel** ne reflète pas la situation réelle du pharmacien, le progiciel ne doit pas interdire au Professionnel de Santé l'élaboration de FSE en mode tiers payant.

2.1.1.4 Acquisition sur le Poste de Travail, des informations relatives au Professionnel de Santé Fournisseurs

En présence d'une carte Fournisseur, lors de l'élaboration d'une feuille de soins électronique, le progiciel doit utiliser les informations conventionnelles contenues sur les Postes de Travail. A savoir :

- le **code spécialité**,
- le **code conventionnel**,
- le **code zone tarifaire**,
- le **code zone IK**.

En effet, les informations, restituées par la fonction « **Lecture carte Professionnel de Santé** » ne sont pas significatives. En aucun cas, ces valeurs non significatives contenues dans la CPx fournisseurs ne doivent alimenter les groupes d'entrée (annexe 1 – A0).

Une carte Fournisseur est caractérisée par :

- un code catégorie de valeur « 2 » : cette information figure en troisième position de l'identifiant de facturation (1120-1)
- et par une ou plusieurs des informations conventionnelles ci-avant renseignées à la valeur « 99 » ou « 9 » en carte.

2.1.1.5 Acquisition des informations de la carte CPX

Fonction à utiliser

SSV_LireCartePS

Les paramètres en entrée

Code porteur

Cette information peut être fournie par le progiciel du Professionnel de Santé.

Les paramètres en sortie

1 Groupe *Titulaire carte PS*

Type de carte PS

Cette information indique le type de carte lue (CPS, CPE, CPF).

Type d'identification nationale

N° ADELI, N° DRASS, Id Cabinet + N° employé, RPPS, etc.

N° d'identification nationale

Identification nationale du Professionnel de Santé.

Clé du n° d'identification nationale

Code civilité

Nom du PS

Prénom du PS

Catégorie carte PS

2 Groupe *Situation du PS*

1 à 16 occurrences

N° logique de la situation de facturation du PS

Cette information est à transmettre à la fonction «Mise en forme et sécurisation FSE».

Mode d'exercice

Libéral, salarié, remplacement, etc.

Statut d'exercice

Codification des niveaux de responsabilité dans les établissements

Secteur d'activité

Cabinet Médical, Pharmacie, Laboratoire, Dispensaire, ...

Type d'identification structure

N° d'identification structure

Clé du n° d'identification structure

Raison sociale structure

Raison sociale ou mnémorique pour identifier un cabinet médical.

N° d'identification de facturation du PS

Identification du Professionnel de Santé au regard de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Clé du n° d'identification de facturation du PS

N° d'identification du PS remplaçant

Non utilisé

Clé du n° d'identification du PS remplaçant

Non utilisé

Code conventionnel

Nature de la convention liant le Professionnel de Santé et l'Assurance Maladie Obligatoire

Code spécialité

Le code spécialité est un des critères pour déterminer les règles de tarification relatives au Professionnel de Santé et appliquer la réglementation qui le concerne (cf. annexe 2).

Code zone tarifaire

Le code zone tarifaire est un élément de détermination de la base de remboursement des frais de déplacement (cf. annexe 2).

Code zone IK

Le code zone Indemnité Kilométrique définit le type d'indemnités dont bénéficie le Professionnel de Santé.

Code agrément 1

Code agrément pour radiologue ou fournisseur.

Code agrément 2

Zone réservée pour utilisation future.

Code agrément 3

Zone réservée pour utilisation future.

Habilitation à signer une facture

Oui/non.

Habilitation à signer un lot

Oui/non.

2.1.2 Données paramétrées sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé

2.1.2.1 Caisse de rattachement du Professionnel de Santé (pour la CCAM)

Certaines règles spécifiques aux actes CCAM dépendent, entre autres données, de la caisse de rattachement du Professionnel de Santé. Or cette information ne figure pas sur la carte CPS. En conséquence il est nécessaire que le progiciel la connaisse, et pour cela il convient de prévoir la saisie de cette information par le Professionnel de Santé *au minimum une fois préalablement à la constitution des factures.*

2.1.2.2 Adhésion au Contrat Tarifaire PS

Certaines règles spécifiques de ce Cahier des Charges dépendent de l'adhésion du Professionnel de Santé à un contrat tarifaire avec l'AMO : soit l'OPTAM soit l'OPTAM-CO.

Or cette information ne figure pas sur la carte CPS. En conséquence il est nécessaire que le progiciel la connaisse, et pour cela il convient de prévoir la saisie de cette information par le Professionnel de Santé au minimum une fois préalablement à la constitution des factures.

Ce paramétrage concerne les Professionnel de Santé de secteur 1 DP et de secteur 2.

Le « contrat tarifaire PS » correspond à l'une des valeurs suivantes :

- OPTAM,
- OPTAM-CO,
- Aucun (Pas de contrat)

Pour les Professionnels de Santé de secteur 1, le LPS positionne par défaut cette information à « Aucun ». Cependant le Professionnel de Santé doit pouvoir la modifier en cas d'adhésion à un contrat tarifaire.



L'information de l'adhésion à un contrat tarifaire est transmise dans les factures.

2.1.2.3 Date de première installation en exercice libéral

Dans le cadre du parcours de soins un Médecin généraliste² récemment installé pour la première fois en libéral peut être consulté sans orientation préalable du médecin traitant. La situation au regard du parcours de soins prend alors une valeur spécifique et le patient est considéré « dans le parcours de soins ».

La durée de cette dérogation par rapport à la date d'installation est fixée par décret.

Pour un Professionnel de Santé dans cette situation, il est donc nécessaire que le progiciel connaisse sa date de première installation en exercice libéral. Or cette information ne figure pas sur la carte CPS. Pour cela il convient de prévoir la saisie de cette information par le Professionnel de Santé concerné *au minimum une fois préalablement à la constitution des factures.*

2.1.2.4 Date d'installation en zone sous médicalisée

Dans le cadre du parcours de soins un médecin installé en zone sous médicalisée peut être consulté sans orientation préalable du médecin traitant. La situation au regard du parcours de soins prend alors une valeur spécifique et le patient est considéré « dans le parcours de soins ».

La durée de cette dérogation par rapport à la date d'installation est fixée par décret.

Pour un Professionnel de Santé dans cette situation, il est donc nécessaire que le progiciel connaisse sa date d'installation en zone sous médicalisée. Or cette information ne figure pas sur la carte CPS. Pour cela il convient de prévoir la saisie de cette information par le Professionnel de Santé concerné *au minimum une fois préalablement à la constitution des factures.*

2.1.2.5 Type de dispositif de tiers-payant complémentaire ACS

Dans le cadre du dispositif « TPi ACS », le progiciel doit permettre, pour les Professionnels de Santé, **hors opticiens et audioprothésistes**, un paramétrage initial du type de dispositif de tiers-payant complémentaire ACS :

1. TPi ACS – Procédure standard SESAM-Vitale

« La part AMC est payée par l'organisme gestionnaire de la part complémentaire au regard du support de droits AMC »

2. TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO

« La part AMC est payée par l'organisme gestionnaire de la part obligatoire au regard du support de droits AMO »

Le progiciel doit afficher le texte explicatif ci-dessus pour chaque type de dispositif.

Le paramétrage initial ne doit pas être positionné à une valeur par défaut.

Le système de facturation doit permettre au PS de modifier son choix pour une facture ou de modifier son paramétrage initial.

² Les médecins généralistes sont définis dans le Corps du CdC § 6 Glossaire.

2.1.2.6 Tiers-Payant AMO

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé (hors pharmacies, centres de santé, fournisseurs et laboratoires), par paramétrage, d'activer ou de désactiver le positionnement automatique du TP AMO.

Ce paramétrage s'applique uniquement :

- dans le cas général (cf. annexe 2 – R29 : 1-Cas général)
 - ce paramétrage ne s'applique pas dans les autres situations de Tiers-Payant AMO (ALD, Maternité, Accident du travail, CMU-C C2S, etc.)
- entre le 01/01/2017 et le 29/11/2017 31/12/2099 (période durant laquelle le Professionnel de Santé aura la possibilité, et non l'obligation, de pratiquer le TP AMO)

Le paramétrage initial ne doit pas être positionné à une valeur par défaut et doit être modifiable à tout moment par le Professionnel de Santé.

Les dates de début (01/01/2017) et fin (29/11/2017 31/12/2099) doivent pouvoir être modifiées par paramétrage du progiciel. La modification est effectuée par l'éditeur à partir des consignes / fiches d'information de l'Assurance Maladie. Le Professionnel de Santé n'a pas la possibilité de modifier ces dates.

A partir du lendemain de la date de fin (29/11/2017 31/12/2099), si le paramétrage indiquait une désactivation du positionnement automatique du TP AMO, le progiciel doit alerter le Professionnel de Santé que celui-ci est modifié (TP AMO activé par défaut).

2.1.3 Acquisition des informations relatives au bénéficiaire des soins

~~Ce paragraphe a pour objet de présenter l'acquisition des données du bénéficiaire des soins à partir des supports de droits AMO suivant :~~

- ~~• soit la carte Vitale,~~
- ~~• soit le service ADR.~~

Ce paragraphe a pour objet de présenter l'acquisition des données du bénéficiaire de soins nécessaires pour le renseignement de la facture au regard de la part obligatoire et de la part complémentaire.

Les données d'identification du bénéficiaire de soins et de son organisme gestionnaire sont acquises à partir d'un des supports Vitale, à savoir :

- la carte Vitale ou l'ApCV

Les données de droits du bénéficiaire de soins sont acquises à partir d'un des supports de droits suivants :

- la carte Vitale ou le service ADR si le support Vitale utilisé est la carte Vitale,
- le service ADR si le support Vitale utilisé est l'ApCV

Les données bénéficiaires issues d'un autre support de droits ne font pas l'objet d'une fonction proposée par l'Assurance Maladie. Le progiciel doit permettre leur saisie par le Professionnel de Santé.

SESAM-Vitale restitue, par lecture de la carte Vitale ou par consultation du service ADR, au progiciel du Professionnel de Santé l'ensemble des informations administratives du (des) bénéficiaire(s) ainsi que ses droits au regard de l'Assurance Maladie Obligatoire et éventuellement tout ou partie de ses droits à l'Assurance Maladie Complémentaire.

Les informations remontées au progiciel sont :

- Les informations administratives de l'assuré
- Pour le bénéficiaire :
 - Les données de type administratif relatives au régime d'assurance obligatoire,
 - Les données relatives aux codes couverture du bénéficiaire (accessibles seulement en présence d'une CPx),
 - Les périodes de droits AMO,
 - Les données Mutuelle et la période de droits Mutuelle,
 - Les données AMC et la période de droits AMC (uniquement avec la carte Vitale).

2.1.3.1 La fonction «Lecture Droits Vitale»



Remarques

- L'appel à cette fonction peut être indépendant d'un contexte d'élaboration de la facture. Le progiciel doit permettre l'affichage des données sous réserve des restrictions données dans ce Cahier des Charges.
- La carte Vitale peut posséder une date de fin de validité (à partir de la carte Vitale V1Ter). Si cette date de fin de validité de la carte Vitale est dépassée, aucune information de la carte n'est restituée.

- **Données d'adressage** : Les données d'adressage sont réputées complètes et utilisables seulement si les trois données code routage, identifiant de l'hôte et nom de domaine sont présentes en carte Vitale. Le progiciel doit ignorer les données d'adressage si l'une de ces trois données est absente de la carte Vitale.

Fonction à
utiliser

SSV_LireDroitsVitale

Les paramètres en entrée

Code porteur PS

Cette information peut être fournie par le progiciel du Professionnel de Santé.

Date consultation de droits

Acquisition des données Vitale dans le cadre du processus de facturation

Le progiciel renseigne systématiquement la date de consultation à la valeur « 01/06/2012 ».

Acquisition des données Vitale hors processus de facturation

Dans le cadre de l'activation par le Professionnel de Santé de la fonction lecture Droits Vitale indépendamment du processus de facturation il convient de proposer au Professionnel de Santé le choix de la date de consultation pouvant être: soit une date par défaut (01/06/2012), soit la date du jour, soit la date de prescription...

Les paramètres en sortie

101	Groupe Données Assuré	1 occurrence
	Type de carte Vitale	
	Numéro de série de la carte Vitale	
	Date de fin de validité carte Vitale	
	Données administration carte RUF1	
	Zone réservée pour porter des informations concernant l'administration carte.	
	Données administration carte RUF2	
	Zone réservée pour porter des informations concernant l'administration carte.	
	Données RUF administration	
	Zone réservée pour porter des informations concernant l'administration carte.	
	Type d'identification du porteur de la carte	
	Le type d'identification indique si le N° national d'immatriculation est celui de l'assuré ou celui de l'ayant-droit.	
	N° national d'immatriculation : NIR	
	Clé du NIR	
	Code régime	
	Le code régime est une des principales informations de détermination des règles de tarification liées au bénéficiaire (cf. annexe 2).	
	Caisse gestionnaire	
	Centre gestionnaire	
	Code gestion	
	Code régime de prestations ou « code gestion (budget global) » défini par chaque organisme gestionnaire. Il permet la répartition de la dotation globale à l'intérieur d'un régime et correspond au code régime d'imputation comptable.	
	Données RUF Famille	
	Zone réservée à une utilisation future. Elle est réservée pour porter des informations de niveau famille (concernant tous les ayants-droit portés dans la carte).	
102	Groupe Service AMO Famille	0 à 1 occurrence

Code service AMO Famille

Ces données permettent d'identifier et d'individualiser les services que l'AMO est tenue d'offrir réglementairement à ses assurés.

Date de début du service AMO Famille

Date de fin du service AMO Famille

103	Groupe <i>Données Accident du Travail</i>	0 à 1 occurrence
------------	---	------------------

Ce groupe contient les informations qui permettent de gérer les accidents du travail de l'assuré.

Il est subdivisé en trois blocs d'information. Lorsque ce groupe est renseigné, le premier bloc est systématiquement présent.

Il indique alors la caisse gestionnaire par défaut du risque AT et les champs « code AT BGDH » et « Identifiant AT » de ce bloc ne sont pas renseignés.

Les 2 blocs suivants contiennent chacun les informations caractérisant un accident du travail donné.

Bloc 1	Organisme gestionnaire du risque AT	« Gestionnaire AT par défaut »
---------------	--	---------------------------------------

Code AT BGDH (ce champ n'est pas renseigné pour ce premier bloc)

Code Budget Global Des Hôpitaux.

Identifiant AT (ce champ n'est pas renseigné pour ce premier bloc)

Bloc 2	Organisme gestionnaire AT1	« 1er AT inscrit »
---------------	-----------------------------------	---------------------------

Code AT1 BGDH

Code Budget Global Des Hôpitaux.

Identifiant AT1

Bloc 3	Organisme gestionnaire AT2	« 2nd AT inscrit »
---------------	-----------------------------------	---------------------------

Code AT2 BGDH

Code Budget Global Des Hôpitaux.

Identifiant AT2

104	Groupe <i>Données Bénéficiaire</i>	1 à 19 occurrences
------------	------------------------------------	--------------------

Nom usuel du bénéficiaire

Nom de famille du bénéficiaire

Prénom du bénéficiaire

Adresse ligne 1

Contient : Chez..., N° d'appartement ou de boîte aux lettres, escalier, couloir, étage.

Adresse ligne 2

Cette zone contient un complément d'identification du point géographique : résidence, bâtiment, immeuble, tour, entrée.

Adresse ligne 3

N° et libellé de la voie.

Adresse ligne 4

Lieu-dit ou service particulier de distribution.

Adresse ligne 5

Code postal et localité de destination.

NIR certifié

Cette zone contient le NIR du bénéficiaire certifié par le RNIAM. Cette zone est facultative.

Clé du NIR certifié

Date de certification du NIR

Date de naissance du bénéficiaire

Rang de naissance

Numéro distinguant des ayants-droit nés le même jour

Qualité

La qualité indique le lien de parenté entre l'ayant-droit et l'assuré.

Code service AMO bénéficiaire

Ces données permettent d'identifier et d'individualiser les services que l'AMO est tenue d'offrir réglementairement ou décide d'offrir à ses assurés (exemple : Bénéficiaire de la **CMU Complémentaire C2S**, Sortant de **CMU-C C2S**).

Date de début de service AMO bénéficiaire

Date de fin du service AMO bénéficiaire

Données RUF AMO bénéficiaire

Zone réservée à une utilisation future. Elles sont réservées pour porter des informations AMO liées à un ayant-droit porté dans la carte.
Le premier caractère de cette zone correspond à la donnée « Code existence d'une déclaration de Médecin Traitant »

105

Groupe *Période de droits AMO*

0 à 3 occurrences
par bénéficiaire

Date de début droits AMO

Date de début de la période

Date de fin droits AMO

Date de fin de la période

106

Groupe *Période de code couverture*

0 à 7 occurrences
par bénéficiaire

Date de début code couverture

Date de début de la période

Date de fin code couverture

Date de fin de la période

Code ALD

Code situation

107

Groupe *Données Mutuelle*

0 à 1 occurrence
par bénéficiaire

Identification mutuelle

Cette zone est construite selon les règles spécifiques à chaque organisme d'assurance maladie. Selon les régimes cette zone peut contenir :

- l'identification de la mutuelle seule,
- l'identification de la mutuelle et l'identification du contrat regroupées.

Garanties effectives

Cette donnée indique les garanties (honoraires, pharmacie, transport, prothèses dentaires, hospitalisation, forfait journalier, indemnité chambre particulière, frais d'accompagnement) pour lesquelles le bénéficiaire est couvert par l'organisme

d'Assurance Maladie Complémentaire, l'aide médicale ou au titre de la **CMU-C**
C2S.

Indicateur de traitement mutuelle

Cet indicateur permet de préciser le traitement que la mutuelle accepte d'appliquer à la facture.

Type de services associés

Cette information est à transmettre aux STS en tarification complémentaire.
Cette information permet au progiciel de connaître la nature des données contenues dans le champ « **Services associés au contrat** ».

Services associés au contrat

- Les quatorze premières positions de cette zone sont réservées au numéro d'organisme complémentaire. Seules les 10 premières positions de cette zone réservée sont utilisées.
- Lorsque la zone « services associés au contrat » (groupe 107-5) de la carte est valorisée et que la donnée « type de services associés » (groupe 107-4) est égal à « 7 » (correspondant à Information structurée à traiter), alors la donnée n° d'organisme complémentaire restituée par le progiciel au Professionnel de Santé, doit être valorisée avec les 10 premiers caractères de cette zone « services associés au contrat ».

Code aiguillage STS

Cette information est à transmettre aux STS en tarification complémentaire.

108	Groupe <i>Période de droits mutuelle</i>	0 à 3 occurrences par bénéficiaire
------------	--	---------------------------------------

Si les deux dates sont renseignées, le contrat Mutuelle est ouvert entre la date de début et la date de fin.

Date de début droits mutuelle

Date de début de la période
Si seule la date de début est renseignée, le contrat Mutuelle est ouvert depuis la date de début.

Date de fin droits mutuelle

Date de fin de la période
Si seule la date de fin est renseignée, le contrat Mutuelle est ouvert jusqu'à la date de fin.

109	Groupe <i>Données Complémentaire</i>	0 à 1 occurrence par bénéficiaire
------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Ce groupe permet l'identification de l'organisme complémentaire, donne les informations nécessaires au calcul de la part complémentaire, et les informations nécessaires au routage.

Numéro de complémentaire B2

Cette zone est appelée numéro d'organisme complémentaire.

Numéro de complémentaire EDI

Cette information est utilisée pour définir les critères « type de convention » et « critère secondaire » pour l'accès aux tables des regroupements et des conventions.
Cette zone comporte 2 données

- Type de description
- Données d'accès à la table

Une description de type 1 comporte 1 type de convention et 1 critère secondaire.
~~Une description de type 2 comporte 2 types de convention et 4 critères secondaires.~~
NB : Seuls les 17 premiers caractères de cette zone sont à prendre en compte. Les 18ème et 19ème caractères sont réservés à un usage autre que la facturation ; ils doivent être ignorés par le Progiciel.

Numéro d'adhérent AMC

Indicateur de traitement AMC

Cette information est utilisée pour définir

- le type de service que l'AMC accepte (tiers payant et/ou hors tiers payant, CMU C2S),
- si l'AMC accepte ou non la DRE,
- si l'AMC accepte ou non la transmission de ses coordonnées à l'AMO pour d'éventuels flux de rectification.

Date de début de validité de présence des données AMC

Si seule la date de début est renseignée et valide, les données AMC sont valides depuis la date de début.

Date de fin de validité de présence des données AMC

Si les deux dates sont renseignées et valides, les données AMC sont valides entre la date de début et la date de fin.

Si seule la date de fin est renseignée et valide, les données AMC sont valides jusqu'à la date de fin.

Code de routage AMC

Cette information sert à déterminer l'adresse de routage des DRE vers l'organisme complémentaire du bénéficiaire.

Identifiant d'hôte

Donnée utilisée dans l'adressage de la DRE

Nom de domaine AMC

Cette information constitue le nom de domaine qui suit immédiatement le caractère « @ » d'une adresse e-mail. Elle constitue l'intégralité du nom de domaine (aucun préfixe, ni suffixe ne doit être ajouté). Ce champ est facultatif.

Code aiguillage STS

Cette information est à transmettre aux STS en tarification complémentaire.

Type de services associés

Cette information est à transmettre aux STS en tarification complémentaire.

Services associés au contrat

Cette information est à transmettre aux STS en tarification complémentaire.

111

Groupe *Zone Commune Complémentaire*

0 à 1 occurrence par bénéficiaire

Données Zone commune complémentaire (appelée aussi RUF bénéficiaire)

Données utilisées dans le calcul de la part complémentaire.



Remarques

• Périodes de Droits Mutuelle et AMC

Au cas où les périodes de Droits Mutuelle et AMC sont détectées simultanément en carte, les Services SESAM-Vitale retournent une erreur au Progiciel sans restituer les données du bénéficiaire des soins.

- **Données zones communes complémentaire (RUF Bénéficiaire Complémentaire)**

La zone RUF n'est pas directement exploitable par le progiciel. Il est interdit au progiciel de développer un affichage ou un traitement de la zone RUF. Par conséquent, seuls les modules SESAM-Vitale sont capables de traiter l'information.

Cette zone RUF est associée soit au groupe "*Mutuelle*", soit au groupe "*Organisme complémentaire*".

- **Groupes "*Données Mutuelle*" et "*Données complémentaire*"**

Ces deux groupes sont exclusifs l'un par rapport à l'autre pour un bénéficiaire donné.

2.1.3.2 La fonction « Demander l'authentification de l'utilisateur d'une ApCV »

L'acquisition d'un contexte ApCV s'effectue à partir du service de demande d'authentification de l'utilisateur d'une ApCV (WS_ApCV01). L'appel de ce service (et la gestion du cycle de vie du contexte ApCV) est décrit dans la documentation spécifique du service.

Données du contexte ApCV

Groupe		Nom de la donnée	Référence de la donnée		Référence ApCV
ApCV		Numéro de série de l'ApCV	EF_BS26_01	←	EF_ApCVsi01_S03.01
		Type de l'ApCV	EF_BS26_02	←	EF_ApCVsi01_S03.02
		Identifiant du contexte ApCV	EF_BS26_03	←	EF_ApCVsi01_S30.01
		Date de fin de validité du contexte ApCV	EF_BS26_04	←	EF_ApCVsi01_S30.02
Pour chaque carte Vitale individuelle dématérialisée	Bénéficiaire de soins	Nom usuel	104-01	←	EF_ApCVsi01_S06.01
		Nom de famille	104-01 ou 104-02	←	EF_ApCVsi01_S06.02
		Prénom	104-03	←	EF_ApCVsi01_S06.03
		NIR certifié	104-09	←	EF_ApCVsi01_S05.01 ou EF_ApCVsi01_S08.01
		Clé du NIR certifié	104-10	←	EF_ApCVsi01_S05.02 ou EF_ApCVsi01_S08.02
		Date de naissance	104-12	←	EF_ApCVsi01_S06.04
		Rang de naissance	104-13	←	EF_ApCVsi01_S06.05
		Qualité	104-14	←	EF_ApCVsi01_S06.06
	Assuré	NIR de l'assuré	101-08	←	EF_ApCVsi01_S07.02
		Clé du NIR de l'assuré	101-09	←	EF_ApCVsi01_S07.03
	Organisme AMO	Code régime	101-10	←	EF_ApCVsi01_S09.01
		Code caisse gestionnaire	101-11	←	EF_ApCVsi01_S09.02
		Code centre gestionnaire	101-12	←	EF_ApCVsi01_S09.03

2.1.3.3 La fonction « Acquérir les droits en ligne »

L'acquisition des informations relatives au bénéficiaire des soins à partir de la réponse du service ADR est décrite dans la documentation spécifique du service.

2.1.3.4 Identification de certaines catégories de bénéficiaires

L'identification du statut du bénéficiaire se détermine à la date de consultation des droits (cf. « Lecture droits Vitale » et « Acquérir les Droits en ligne »).

La correspondance entre les groupes de données (cités dans les tableaux d'identification ci-après) et les données issues du service ADR est décrite dans la documentation spécifique du service.

2.1.3.4.1 Identification d'un bénéficiaire de **C2S CMU-C**

Statut du bénéficiaire	Code service AMO bénéficiaire renseigné (groupe 104)	Code service AMO bénéficiaire non renseigné (groupe 104)
Bénéficiaire de la C2S CMU Complémentaire	01 ou attestation AMO	Identification Mutuelle (groupe 107) = 99999997 ou attestation AMO
	02 ou 03 ou attestation AMO	Identification Mutuelle (groupe 107) = 88888888 ou attestation AMO

2.1.3.4.2 Identification d'un sortant de **C2S CMU-C**

Statut du bénéficiaire	Code service AMO bénéficiaire renseigné (groupe 104)	Code service AMO bénéficiaire non renseigné (groupe 104)
Sortants de C2S CMU-C	10 ou attestation AMO	Identification Mutuelle (groupe 107) = 55555551 ou attestation AMO

2.1.3.4.3 Identification d'un bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire

Statut du bénéficiaire	Code service AMO bénéficiaire renseigné (groupe 104)	Code service AMO bénéficiaire non renseigné (groupe 104)
Bénéficiaire du dispositif ACS TP Social AMO	11 ou attestation AMO	attestation AMO
Bénéficiaire du dispositif TPI ACS A	12 ou attestation AMO	Identification Mutuelle (groupe 107) = 11111119 ou attestation AMO
Bénéficiaire du dispositif TPI ACS B	13 ou attestation AMO	Identification Mutuelle (groupe 107) = 22222228 ou attestation AMO
Bénéficiaire du dispositif TPI ACS C	14 ou attestation AMO	Identification Mutuelle (groupe 107) = 33333337 ou attestation AMO

2.1.3.4.4 Aide Médicale d'Etat

L'identification d'un bénéficiaire « AME » s'effectue de cette façon :

	AME
Identifiant mutuelle	75500017

	Sauf exception ADR : dans ce cas, l'identification est décrite dans la documentation spécifique du service
Carte Vitale	Absente
Attestation papier	Attestation d'admission à l'aide médicale de l'état qui identifie un bénéficiaire de l'AME

Le Professionnel de Santé, à qui l'attestation est présentée, est alors seul en mesure d'indiquer s'il s'agit d'une AME. Le progiciel du Professionnel de Santé doit donc prévoir la saisie de cette information dans ce cas-là.

2.1.3.4.5 Les Migrants de passage

Un bénéficiaire « migrant de passage » est caractérisé par son NIR dont la première composante est égale à 5 ou 6.

2.1.3.4.6 Les « autre situation de migrant »

Un bénéficiaire « autre situation de migrant » est caractérisé par son code régime égale à « 01 » et son code gestion égale à « 70 ».

2.1.3.4.7 Victime d'Attentat

Un bénéficiaire « Victime d'Attentat » est identifié à partir de son attestation.

Le Professionnel de Santé, auquel l'attestation est présentée, est alors seul en mesure d'indiquer si les soins facturés sont en lien avec des actes de terrorisme.

2.1.3.5 Détermination du mode de gestion

Tableau de détermination de la situation de l'assuré et du mode de gestion de la complémentaire au regard des informations issues du support de droits AMO ou sur un autre support de droits

Cette détermination doit, dans certains cas, être complétée par des informations fournies sur un autre support de droits (colonne action du PS).

Par ailleurs, les informations en provenance d'attestation papier ou autre support de droits présentés par l'assuré peuvent venir en annule et remplace des informations acquises à partir de la carte.

Tableau des différentes situations :

Cas	Remontée des SSV ou d'ADR	Interprétation logiciel	Situation	Mode de gestion à partir du support de droits AMO	Action du PS
Support de droits AMO avec données AMO (Absence zone Mutuelle et absence zone AMC)	Données AMO	Si code service AMO non renseigné	Pas de complémentaire en carte	Pas de déduction possible	Autre support de droits possible
		Si code service AMO = 01	Bénéficiaire de C2S CMU-C gérée par un AMO	Assimilation au mode de gestion unique	
		Si code service AMO = 02	Bénéficiaire de C2S CMU-C gérée par un AMC en convention de gestion ou en délégation de gestion	Gestion unique	
		Si code service AMO = 03	Bénéficiaire de C2S CMU-C gérée par un AMC	Pas de déduction possible	Consultation attestation papier AMC pour voir si mode de gestion séparée possible sinon assimilation au mode de gestion unique
		Si code service AMO = 10	Sortant de C2S CMU-C	Pas de déduction possible	Autre support de droits possible Consultation attestation papier pour voir si mode de gestion séparée ou unique
Support de droits AMO avec zone Mutuelle	Données AMO	Si code service AMO non renseigné et zone mutuelle remplie hors C2S CMU-C (99999997 et 88888888) et sortant C2S CMU-C (55555551)	Complémentaire en carte	Gestion unique	Autre support de droits possible

Cas	Remontée des SSV ou d'ADR	Interprétation logiciel	Situation	Mode de gestion à partir du support de droits AMO	Action du PS
<i>(Présence zone Mutuelle – Groupes 107 et 108)</i>	Données zone Mutuelle	Si code service AMO non renseigné et zone mutuelle = 99999997	Bénéficiaire de C2S CMU-C gérée par un AMO	Assimilation au mode de gestion unique	
		Si code service AMO non renseigné et zone mutuelle = 88888888	Bénéficiaire de C2S CMU-C gérée par un AMC	Pas de déduction possible	Consultation attestation papier AMC pour voir si mode de gestion séparée possible sinon assimilation au mode de gestion unique
		Si code service AMO non renseigné, avec zone mutuelle = 55555551	Sortant de C2S CMU-C	Pas de déduction possible	Autre support de droits possible
		Si code service AMO = 10, avec zone mutuelle différente de 55555551	Sortant de C2S CMU-C avec complémentaire	Gestion unique	Autre support de droits possible
<i>Carte Vitale avec zone AMC (Présence zone AMC – Groupe 109)</i>	Données AMO Données zone AMC	Si code service AMO non renseigné et zone AMC	Complémentaire en carte	Gestion séparée	Autre support de droits possible
		Si code service AMO = 03	Bénéficiaire de C2S CMU-C gérée par un AMC	Gestion séparée	"Possibilité d'accepter ou de refuser la transmission séparée, et dans ce dernier cas, faire du TP coordonné Hors période de droits AMC, faire du TP coordonné."
		Si code service AMO = 10	Sortant de C2S CMU-C avec complémentaire	Gestion séparée	Autre support de droits possible



Cas particulier du bénéficiaire de l'ACS :

N°	Remontée du système de facturation. Support de droits AMO avec :			Situation du bénéficiaire au regard de l'ACS	Mode de gestion à partir du support de droits AMO			Action du PS (2)
	données AMO (code service AMO)	zone Mutuelle ? (groupe 107)	zone AMC ? (Groupe 109)		PS sauf opticiens et audioprothésistes		Opticiens et audioprothésistes	
					Paramétrage initial = « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO » (1)	Paramétrage initial = «TPi ACS – Procédure Standard SESAM- Vitale » (1)		
1	11	-	-	ACS TP Social AMO	Pas de déduction possible			Autre support de droits possible
2	11	Renseignée	-	ACS TP Social AMO	Gestion unique			
3	11	-	Renseignée	ACS TP Social AMO	Gestion séparée			
4	12	-	-	ACS A	Tiers-Payant coordonné par l'AMO (assimilation au mode de gestion unique)	Pas de déduction possible	Pas de déduction possible	Autre support de droits possible
5	13	-	-	ACS B				
6	14	-	-	ACS C				
7	12	Renseignée	-	ACS A	Tiers-Payant coordonné par l'AMO (assimilation au mode de gestion unique)	Gestion unique	Gestion unique	Autre support de droits possible
8	13	Renseignée	-	ACS B				
9	14	Renseignée	-	ACS C				
10	-	11111119	-	ACS A	Tiers-Payant coordonné par l'AMO (assimilation au mode de gestion unique)	Pas de déduction possible	Pas de déduction possible	Autre support de droits possible
11	-	22222228	-	ACS B				
12	-	33333337	-	ACS C				
13	12	-	Renseignée	ACS A	Tiers-Payant coordonné par l'AMO (assimilation au mode de gestion unique)	Gestion séparée	Gestion séparée	Autre support de droits possible
14	13	-	Renseignée	ACS B				
15	14	-	Renseignée	ACS C				

(1) Choix du dispositif de tiers-payant complémentaire ACS par le Professionnel de Santé :

Le Professionnel de Santé, hors opticien et audioprothésiste, peut, à tout moment lors de l'élaboration de la facture ou bien en agissant sur le paramétrage, modifier le type de dispositif de tiers-payant complémentaire ACS (passage du dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO » au dispositif « TPi ACS - Procédure standard SESAM-Vitale » et inversement), pour les bénéficiaires de l'ACS ayant souscrit un contrat ACS encadré (A, B, C) auprès d'une complémentaire.

Remarque : Pour les prestations d'optique et d'audioprothèse, ce choix de dispositif de tiers-payant complémentaire ACS ne s'applique pas. Le logiciel ne doit pas proposer le dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO ».

(2) Précision sur les autres supports de droits possibles

Le support de droits utilisé pour déterminer la situation au regard de l'ACS est le support de droits AMO :

- attestation de droit « Aide pour une complémentaire santé (ACS) - Attestation de tiers payant pour la part obligatoire (hors part complémentaire) »³
- ou attestation de droit « Aide pour une complémentaire santé (ACS) - Attestation de tiers payant pour la part obligatoire et la part complémentaire »

Le support de droits utilisé pour déterminer le mode de gestion est :

- soit le support de droits AMC dans le cadre du dispositif « TPi ACS – Procédure Standard SESAM-Vitale » ou pour les Professionnels de Santé Opticiens et audioprothésistes,
- soit le support de droits AMO dans le cadre du dispositif « TPi ACS – Paiement coordonné par l'AMO ».

³ Tiers payant social AMO

Information pour identifier le mode de gestion de la complémentaire (Gestion Unique ou Gestion Séparée)

Dès lors qu'une zone mutuelle (groupe 107 ou équivalent) est renseignée dans le support de droits AMO ou que l'attestation identifie clairement un Organisme Complémentaire en gestion unique pour ce bénéficiaire, le mode de gestion de l'Organisme Complémentaire est « Gestion Unique ».

Un numéro de mutuelle renseigné à « 11111119 », « 22222228 », « 33333337 » ne permet pas de déduire que le mode de gestion de l'Organisme Complémentaire est « Gestion Unique ».

Dès lors qu'une zone AMC (groupe 109) est en carte Vitale et que l'attestation identifie un Organisme Complémentaire en gestion séparée pour ce bénéficiaire, le mode de gestion de l'Organisme Complémentaire est « Gestion Séparée ».

2.1.3.6 Détermination des identifiants de l'organisme complémentaire en gestion unique

Règles de gestion

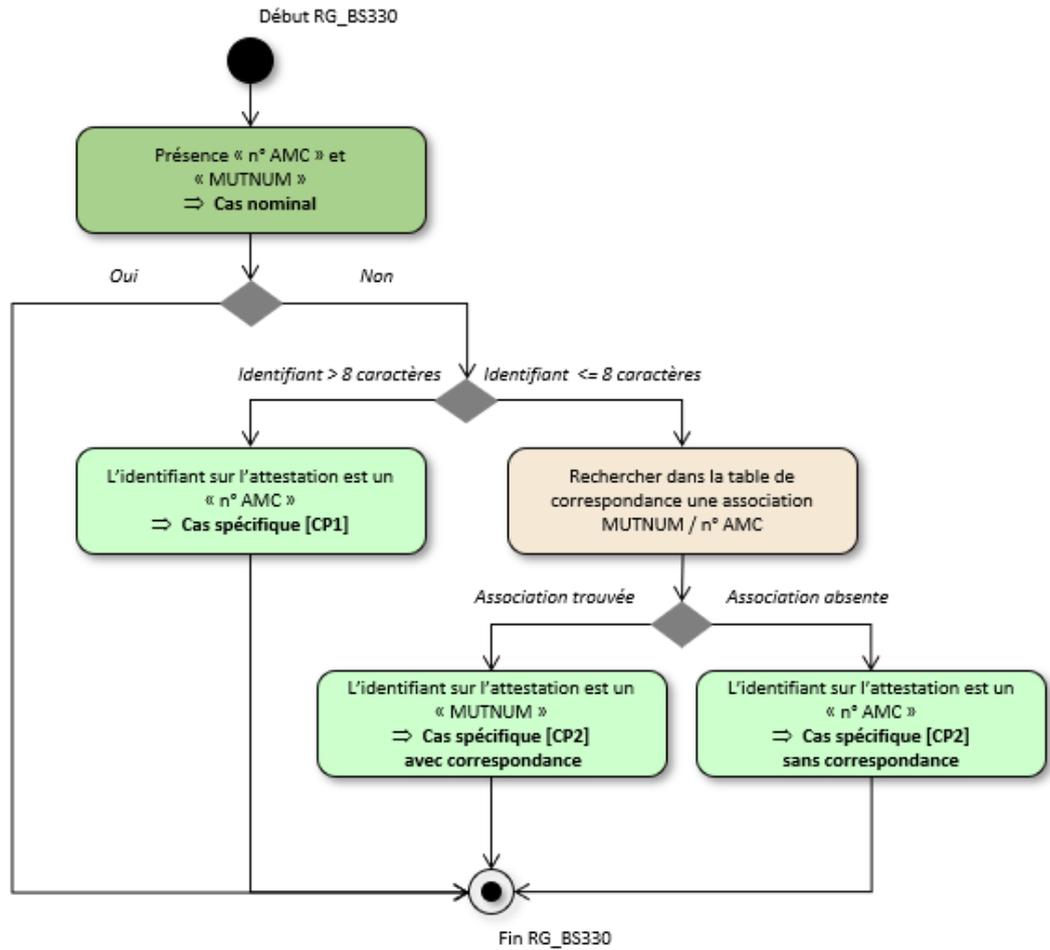
ATTESTATION

[RG_BS330] Déterminer les identifiants de l'organisme complémentaire (à partir d'une attestation) (EF_BS13_01 et EF_BS13_05)

		PR							
M	CD	SF	AM	LB	PH	FR	TR		

Principes

La détermination des identifiants de la complémentaire en gestion unique se déroule en fonction de l'identifiant présent sur l'attestation (il peut s'agir d'une attestation AMO comme AMC).



Règles

Une attestation comporte un « MUTNUM » et un « n° AMC ». Dans ce cas la règle suivante est appliquée.

Donnée		Règle
Libellé	Référence	
MUTNUM	EF_BS13_01 107-1 1321-2	L'identifiant de l'organisme complémentaire en gestion unique (MUTNUM) est renseigné avec le « MUTNUM » présent sur l'attestation.
n° AMC	EF_BS13_05 107-5 1330-1	L'identifiant de l'organisme complémentaire (n° AMC) est renseigné avec le « N°AMC » présent sur l'attestation.

[RG_BS330] [CP1] « N° AMC » sur l'attestation a une longueur > 8 caractères

		PR					
M	CD	SF	AM	LB	PH	FR	TR

Si le « N° AMC » présent sur l'attestation a une longueur > à 8 caractères alors il s'agit d'un identifiant de l'organisme complémentaire (n°AMC).

Dans ce cas, les données sont renseignées de la façon suivante :

Donnée		Règle
Libellé	Référence	
MUTNUM	EF_BS13_01 107-1 1321-2	L'identifiant de l'organisme complémentaire en gestion unique (MUTNUM) est renseigné avec le « N° AMC » présent sur l'attestation. Dans ce cas, le MUTNUM (donnée 107-1) est renseignée avec les 8 premiers caractères <u>uniquement</u> .
n° AMC	EF_BS13_05 107-5 1330-1	L'identifiant de l'organisme complémentaire (N°AMC) est renseigné avec le « N° AMC » présent sur l'attestation.

[RG_BS330] [CP2] « N° AMC » sur l'attestation a une longueur inférieure ou égale à 8 caractères

			PR						
M	CD	SF	AM	LB	PH	FR	TR		

Dans le cas où le « n° AMC » présent sur l'attestation a une longueur inférieure ou égale à 8 caractères alors le système recherche dans la table de correspondance une association « MUTNUM / n° AMC » (cf. RG_BS366).

Avec correspondance à un numéro d'organisme complémentaire (N°AMC)

Si une correspondance à un numéro d'organisme complémentaire (N°AMC) est trouvée, alors les données sont renseignées de la façon suivante :

Donnée		Règle
Libellé	Référence	
MUTNUM	EF_BS13_01 107-1 1321-2	L'identifiant de l'organisme complémentaire en gestion unique (MUTNUM) est renseigné avec le « MUTNUM » présent sur l'attestation.
n° AMC	EF_BS13_05 107-5 1330-1	L'identifiant de l'organisme complémentaire (N°AMC) est renseigné avec le « N° AMC » trouvé dans la table de correspondance.

Sans correspondance à un numéro d'organisme complémentaire (N° AMC)

Dans le cas où aucune correspondance n'est trouvée, alors les deux identifiants sont renseignés de la façon suivante :

Donnée		Règle
Libellé	Référence	

MUTNUM	EF_BS13_01 107-1 1321-2	L'identifiant de l'organisme complémentaire en gestion unique (MUTNUM) est renseigné avec le « N° AMC » présent sur l'attestation.
n° AMC	EF_BS13_05 107-5 1330-1	L'identifiant de l'organisme complémentaire (N°AMC) est renseigné avec le « N° AMC » présent sur l'attestation.

Règles de gestion

CARTE VITALE / ADRI

[RG_BS328] Déterminer l'identifiant de l'organisme complémentaire (à partir de la carte Vitale) (EF_BS13_05)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En gestion unique, si le « type de service associé au contrat » (EF_BS13_04) (groupe 107-4) contient la valeur 7 alors il faut interpréter les 10 premiers caractères de « services associés au contrat » (EF_BS13_05) (groupe 107-5) comme le N°AMC.

Sinon, aucun n°AMC ne peut être remonté de cette zone (EF_BS13_05).



Remarque : Les quatorze premières positions de la zone « services associés au contrat » (groupe 107-5) sont réservées au numéro d'organisme complémentaire. Seules les 10 premières positions de cette zone réservée sont utilisées.

[RG_BS328] [CP1] Absence de l'identifiant de l'organisme complémentaire représenté

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En l'absence de l'identifiant de l'organisme complémentaire en carte << l'identifiant de l'organisme complémentaire est recherché >> à partir de la recherche de la table de correspondance (MUTNUM =>N°AMC) (cf. RG_BS366).

Si aucun <<identifiant >> n'est trouvé, alors <<l'identifiant de l'organisme complémentaire>> n'est pas renseigné et ne doit pas contenir le MUTNUM.

Cette règle s'applique également lorsque les données sont acquises à partir du service ADRI.

[RG_BS368] Déterminer le type de convention en cas de gestion unique (à partir d'une attestation) (EF_BS20_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de gestion unique, le type de convention est égal à « RO ».

Règles de gestion

TABLE DE CORRESPONDANCE

[RG_BS366] Recherche dans la table de correspondance

		PR					
M	CD	SF	AM	LB	PH	FR	TR

↳ Valorisation des critères d'accès à la table de correspondance

Le « MUTNUM » et le code organisme obligatoire associé (code régime, caisse, centre) doivent être valorisés à partir des informations acquises.

Pour le Régime Agricole, si le 5ème caractère (correspond au 3ème caractère du code caisse gestionnaire) est égal à « 1 » ou « 5 », le remplacer par « 1 ».

↳ Récupération du résultat issu de la recherche dans la table de correspondance

Le progiciel récupère une ligne de correspondance contenant le numéro d'organisme complémentaire, associé au « MUTNUM » recherché dans la table de correspondance.

Dans ce cas, le numéro d'organisme complémentaire peut être utilisé pour accéder aux tables des regroupements et de conventions.

Si aucune ligne n'est restituée, la table de correspondance ne fournit pas le numéro d'organisme complémentaire.

Si plusieurs lignes sont restituées, le progiciel est en présence d'un cas d'erreur et ne permet pas la prise en compte de la complémentaire.

2.1.3.7 Correction du siècle de la date de naissance du bénéficiaire

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de modifier le siècle de naissance, car dans certains cas la fonction de lecture d'une carte Vitale remonte une date de naissance erronée.

En effet, les bénéficiaires de moins de 16 ans dont la qualité en carte Vitale est différente de « enfant » sont considérés comme des adultes par la fonction « Lecture droit Vitale ». Dans ce cas le siècle de naissance est erroné.

2.1.3.8 Affichage des périodes de droits AMO

Les périodes de droits ne doivent pas être affichées. Le progiciel doit afficher « Droits AMO ouverts » quelles que soient les périodes de droits AMO lues sur le support de droits AMO.

Cette règle d'affichage ne concerne pas les bénéficiaires « autre situation de migrant », ni les adhérents à la CFE pour lesquels le progiciel doit afficher les périodes de droits AMO : « droits AMO du xx/xx/20xx au xx/xx/20xx ».

2.1.4 Le parcours coordonné de soins

Le tableau A-T1 ci-après récapitule, en fonction des différents contextes du parcours coordonné de soins, les 4 composantes du parcours coordonné de soins à savoir :

- les informations liées au parcours de soins (renseignées par le Professionnel de Santé, utilisées par le progiciel et transmises dans la facture),
- les majorations autorisées,

- les dépassements possibles,
- la modulation éventuelle du Ticket Modérateur.

INFORMATIONS DU PARCOURS DE SOINS					MAJORATIONS	DEPASSEMENTS ⁽³⁾		TAUX	
Donnée interne progiciel cf. Annexe 2 règles 37 et 37bis	Saisie PS			Identification dans la facture (1180)		Annexe 2 Règle R39	Dépassements (1610)		Annexe 2 Table T14
Position par rapport au parcours de soins	Contexte du parcours de soins			IPS	Top MT (Médecin Traitant)	Majorations de coordination autorisées (MCG, MCS, MCC selon la spécialité PS)	DA	DA+ED	Modulation du Ticket Modérateur
	Situation au regard du parcours de soins		Existence de la déclaration d'un Médecin traitant						
Non concerné	Cas d'exclusion			blanc	blanc	NON sauf exception ⁽⁹⁾			NON
	Urgence		--(sans objet) ⁽²⁾	U	blanc	OUI sous condition ⁽⁴⁾			
Dans le parcours	Médecin Traitant		--(sans objet) ⁽²⁾	T	O	NON	NON	NON	NON
	Nouveau Médecin Traitant		-- (sans objet) ⁽²⁾	N	O				
	Médecin traitant de substitution ⁽¹⁾		Oui	R	O				
	Généraliste récemment installé		Oui	J	O				
	Médecin installé en zone sous médicalisée		Oui	B	O				
	Hors résidence habituelle du patient		Oui	H	O				
			Non ou ne sait pas	H	N				
	Accès direct spécifique		Oui	D	O				
	Médecin orienté par le MT		--(sans objet) ⁽²⁾	O	O				
Médecin orienté par un médecin autre que le MT (médecin en accès direct spécifique, généraliste récemment installé, médecin installé en zone sous médicalisée...)		Oui	M	O	OUI sous condition ⁽⁴⁾				
Hors parcours	Généraliste récemment installé		Non ou ne sait pas	S	N ou blanc	NON	NON	NON	OUI sauf exception ⁽⁸⁾
	Médecin installé en zone sous médicalisée		Non ou ne sait pas	S	N ou blanc				
	Accès Direct Spécifique		Non ou ne sait pas	S	N ou blanc				
	Hors Accès Direct Spécifique		Oui	S	O				
			Non ou ne sais pas		N ou blanc				
	Médecin orienté par un médecin autre que le MT (médecin en accès direct spécifique, généraliste récemment installé, médecin installé en zone sous médicalisée...)		Non ou ne sait pas	S	N ou blanc				
Non respect du parcours (PS non Médecin Traitant, non orienté...)		-- (sans objet) ⁽²⁾	S	O, N ou blanc					

(1) Le Professionnel de Santé se trouve dans la situation de « Médecin traitant de substitution » uniquement lorsque le bénéficiaire l'informe de l'existence d'une déclaration du médecin traitant.

Dans le cas contraire, la situation au regard du parcours de soins à saisir est « Non respect du parcours ».

(2) Saisie non nécessaire par le Professionnel de Santé, du fait du renseignement de la situation au regard du parcours de soins.

(3) Les règles de compatibilité entre la situation au regard du parcours de soins et les dépassements autorisés sont spécifiées ici à titre indicatif. Elles peuvent donner lieu à des signalements au Professionnel de Santé sur le poste lors de la facturation mais ne doivent en aucun cas être bloquantes et interdire la facturation d'un dépassement.

(4) **Annexe 2 - Table 17bis** (tout Professionnel de Santé pour bénéficiaire **C2S CMU-G** et selon secteurs pour les autres bénéficiaires).

(5) **Annexe1-A0 groupe 1610 Table A0-T2bis** (Secteur I et spécialité différente de 01, 22, 23 sauf bénéficiaire **C2S CMU-G**)

(6) **Annexe 1-A0 groupe 1610 Table A0-T2bis** (Secteur I et spécialité 18 ou 44 ou 45 ou 69 sauf bénéficiaire **C2S CMU-G**)

(8) hors cas particulier (cf. Table 14 de l'annexe 2)

(9) **Annexe 2 - Table 17**



AVERTISSEMENT

Cette table est donnée ici uniquement pour présentation d'une vision synthétique du parcours (et non pour implémentation directe). Elle regroupe les différentes tables détaillées dans les autres annexes du CdC SESAM-Vitale :

- *Annexe1-A0 groupe 1180 pour l'identification dans la facture : table A0-T1*
- *Annexe 2 règle R39 pour les majorations : table 17 et 17bis*
- *Annexe1-A0 groupe 1610 pour les dépassements : tables A0-T2 et A0-T2bis*
- *Annexe 2 règle P0 bis pour la modulation du Ticket Modérateur : table 14.*

Ces tables sont susceptibles d'évoluer selon la réglementation. Les éditeurs doivent en prévoir le paramétrage au niveau du progiciel.

2.1.5 Principes pour la gestion des AT dans SESAM-Vitale

2.1.5.1 Présentation générale

Le Professionnel de Santé a la possibilité de facturer sur le risque AT si et seulement si, a minima un Feuillet AT (FAT) lui est présenté. Pour établir la facture, il peut en plus du feuillet AT s'appuyer sur une attestation d'affiliation / appartenance à une caisse gestionnaire de l'AT, et/ou un courrier de la caisse et/ou une déclaration de la victime.

En l'absence de Feuillet AT, le Professionnel de Santé ne réalise pas de FSE sur le risque AT.

Le système de facturation sur le poste doit gérer les cas suivants :

- Cas N°1 : le Professionnel de Santé n'est pas en mesure d'identifier sur le FAT ou les autres supports AT, l'organisme gestionnaire de l'AT. Dans ce cas, le système peut acquérir l'organisme gestionnaire de l'AT à partir du support de droits AMO pour pouvoir faire une FSE sécurisée sur le risque AT.



En l'absence de carte Vitale (support de droits AMO = « service ADR ») le mode de sécurisation est nécessairement dégradé (cf § 4.2.1.13 Constitution et sécurisation des FSE et des DRE en mode SESAM-Vitale du corps du CDC).

- Cas N°2 : le Professionnel de Santé est en mesure d'identifier sur le FAT ou les autres supports AT l'organisme gestionnaire de l'AT. Dans ce cas, pour pouvoir sécuriser la FSE au risque AT le système compare l'organisme gestionnaire de l'AT ainsi identifié avec les organismes gestionnaires issus du support de droits AMO. En cas de différence, la FSE au risque AT est réalisée en mode dégradé ou papier.

2.1.5.2 Principes et définitions

2.1.5.2.1 Code Organisme gestionnaire

Un code organisme gestionnaire est composé des 3 informations suivantes :

1. un code régime (sur 2 car.),
2. un code caisse gestionnaire (sur 3 car.),
3. un code centre gestionnaire (sur 4 car.).

Sur le support de droits AMO (carte Vitale ou service ADR) :

Dans le groupe 103 (ou équivalent), chaque bloc de données AT (3 max) présente un code organisme gestionnaire

Cet organisme correspond :

- dans le bloc n°1, à l'organisme gestionnaire du risque AT par défaut, i.e. à l'organisme à qui la FSE doit être adressée quand l'accident n'est pas identifié,
- dans les blocs n°2 et n°3, à l'organisme gestionnaire dédié à la gestion de l'accident identifié dans ce même bloc.

Dans le groupe 101 les 3 informations code régime, code caisse gestionnaire et code centre gestionnaire apparaissent distinctement

Ces informations correspondent à l'organisme gestionnaire du risque Maladie.

Sur le feuillet AT l'organisme gestionnaire est désigné

- soit par son code complet (9 car.)
- soit par un code régime et un code caisse. Dans ce cas là, le code centre est renseigné par défaut par le progiciel à la valeur 0000, hormis pour le régime 08 (CNMSS) pour lequel une valeur par défaut n'est pas admise.
- soit par un libellé. Dans ce cas là, l'information est insuffisante pour identifier l'organisme gestionnaire.

2.1.5.2.2 Support AT

Le Professionnel de Santé dispose nécessairement d'un Feuillelet AT (FAT), sur lequel figure au minimum la date de l'accident.

L'organisme gestionnaire n'est pas systématiquement renseigné sur le FAT.

Dans le cas où l'organisme gestionnaire n'est pas identifié à partir du FAT, il peut l'être à partir des supports suivants :

- soit une attestation d'affiliation / appartenance à une caisse gestionnaire de l'AT,
- soit un courrier de la caisse,
- soit la déclaration de la victime.



Remarque : Le service ADR et la carte Vitale ne sont pas dénommés support AT pour la mise en œuvre des règles décrites.

2.1.5.2.3 Numéro d'accident du travail AT

Pour le régime général, le numéro d'accident du travail est constitué de la manière suivante :



Dans certains cas (exemple : deux accidents de travail subis le même jour), la règle de constitution du numéro d'accident du travail n'est pas respectée en ce qui concerne le premier bloc de ce numéro (i.e. date de l'AT).

Même si certains logiciels opèrent un contrôle de cohérence entre la date de l'accident du travail et le numéro d'accident du travail, le renseignement par le Professionnel de Santé d'un numéro d'accident du travail dont la composition n'est pas conforme à la règle générique doit être possible.

2.1.5.3 Tableau de synthèse

Contexte facturation AT		Organisme gestionnaire issu du support de droits AMO (cf. R25.0)			Comparaison Organismes gestionnaires	Résultat					
Feuillelet AT présenté	Organisme gestionnaire AT identifié sur le support AT	Groupe 103 bloc. 2 ou 3	Groupe 103	Groupe 101		Type de facturation	Risque	Organisme gestionnaire AT issu du support de droits	Commentaires	N° de cas	
NON	HORS REGLEMENTATION AT					FSE	Maladie	s.o.*		1	
OUI	NON	X			s.o.*	FSE	AT	OUI		2	
			X			FSE	AT	OUI		3	
				X		FSE ou Papier	AT ou maladie	OUI	<ul style="list-style-type: none"> FSE si le régime accepte une FSE AT adressée à l'organisme maladie inscrit en carte Vitale (R25.4, table 11.3) sinon papier au risque AT ou maladie (R25.4, table 11.1) 	4	
						FSE ou Papier	AT ou maladie	OUI			
	à partir : <ul style="list-style-type: none"> soit du feuillelet AT soit de l'attestation d'affiliation / appartenance à une caisse gestionnaire de l'AT soit d'un courrier de la caisse, soit de la déclaration de la victime. 	X			IDENTIQUE	FSE	AT	OUI		5	
			X			FSE ou Papier	AT ou maladie	OUI	<ul style="list-style-type: none"> FSE si l'assuré est couvert pour le risque AT (R25.1, table 11.1) et que l'organisme gestionnaire accepte des FSE au risque AT (R25.2, table 11.2) sinon papier au risque AT 	7	
				X		DIFFERENT	FSE Dégradée ou Papier	AT ou maladie	Autre	<ul style="list-style-type: none"> FSE si l'assuré est couvert pour le risque AT (R25.1, table 11.1) et que l'organisme gestionnaire accepte des FSE au risque AT (R25.2, table 11.2) sinon papier au risque AT 	8
											9
		Pas de données issues d'ADR ni de carte présentée					s.o.*				

*s.o. : sans objet

2.1.5.4 Conditions pour une FSE au risque AT

Les différents cas de figure (identifiés chacun par un n° de ligne) synthétisés dans le tableau ci-dessus correspondent au déroulement suivant :

1	<p>Le Professionnel de Santé dispose nécessairement d'un feuillet AT (support papier), sur lequel figure au minimum la date de l'accident. Cette date est utilisée pour identifier l'accident.</p> <p>La présentation du feuillet AT conditionne le choix du risque Accident du Travail.</p>
2	<p>➤ Si le feuillet AT ne mentionne pas d'organisme gestionnaire, et aucun autre support AT ne permet d'identifier un organisme gestionnaire. 2 cas de figure sont possibles :</p> <p>1. soit l'AT est renseigné au niveau du support de droits AMO (date de l'identifiant AT (groupe 103 bloc 2 ou 3) = date de l'AT inscrite sur le feuillet AT) → FSE au risque AT transmise à l'organisme gestionnaire de l'AT correspondant</p>
3	<p>2. soit l'AT n'est pas renseigné dans le support de droits AMO. L'organisme gestionnaire est :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ en priorité l'organisme gestionnaire AT par défaut s'il est renseigné (groupe 103 bloc1 ou équivalent.) → FSE au risque AT transmise à l'organisme gestionnaire de l'AT par défaut issu du support de droits AMO
4	<ul style="list-style-type: none"> ○ ou sinon l'organisme gestionnaire du risque maladie (groupe 101 en l'absence de groupe 103). → FSE au risque AT transmise à l'organisme maladie identifié sur le support de droits AMO si le régime accepte une FSE AT (R25.4, table 11.3) →sinon Feuille de soins papier au risque AT ou maladie selon que l'assuré est couvert pour le risque AT (R25.4, table 11.1) ou non
5	<p>➤ Si un organisme gestionnaire est identifié à partir d'un support AT (feuillet AT, attestation d'affiliation / appartenance à une caisse gestionnaire de l'AT, courrier de la caisse ou déclaration de la victime), alors une FSE au risque AT est possible quelles que soient les données issues du support de droits AMO.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En présence de données issues du support de droits AMO <ul style="list-style-type: none"> ○ soit l'organisme gestionnaire présent sur le support AT est identique à celui issu du support de droits AMO (groupe 103 bloc 2 ou 3 si l'AT est renseigné dans le support de droits AMO, sinon groupe 103 bloc1 ou à défaut groupe 101). Si l'organisme gestionnaire du support de droits AMO est issu : <ul style="list-style-type: none"> ▪ du groupe 103 bloc 2, 3 → FSE au risque AT
6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ du groupe 103, bloc 1 → FSE au risque AT
7	<ul style="list-style-type: none"> ▪ du groupe 101 → FSE si l'assuré est couvert pour le risque AT (R25.1, table 11.1) et que l'organisme gestionnaire accepte des FSE au risque AT (R25.2, table 11.2) → sinon FSE au risque maladie ou Feuille de soins papier au risque AT
8	<ul style="list-style-type: none"> ○ soit l'organisme gestionnaire présent sur le feuillet AT est différent des organismes issus du support de droits AMO (103 si présent ou 101 sinon) → FSE dégradée au risque AT si l'assuré est couvert pour le risque AT (R25.1, table 11.1) et que l'organisme gestionnaire accepte des FSE au risque AT (R25.2, table 11.2) → sinon FSE dégradée au risque maladie ou Feuille de soins papier au risque AT
9	<ul style="list-style-type: none"> • En l'absence de données issues du support de droits AMO → FSE dégradée à l'organisme gestionnaire présent sur le support AT si l'assuré est couvert pour le risque AT (R25.1, table 11.1) et que l'organisme gestionnaire accepte des FSE au risque AT (R25.2, table 11.2) → sinon FSE dégradée au risque maladie ou Feuille de soins papier au risque AT

2.2 Zones d'Echange de la facture

 Consulter Annexe 1-A0.

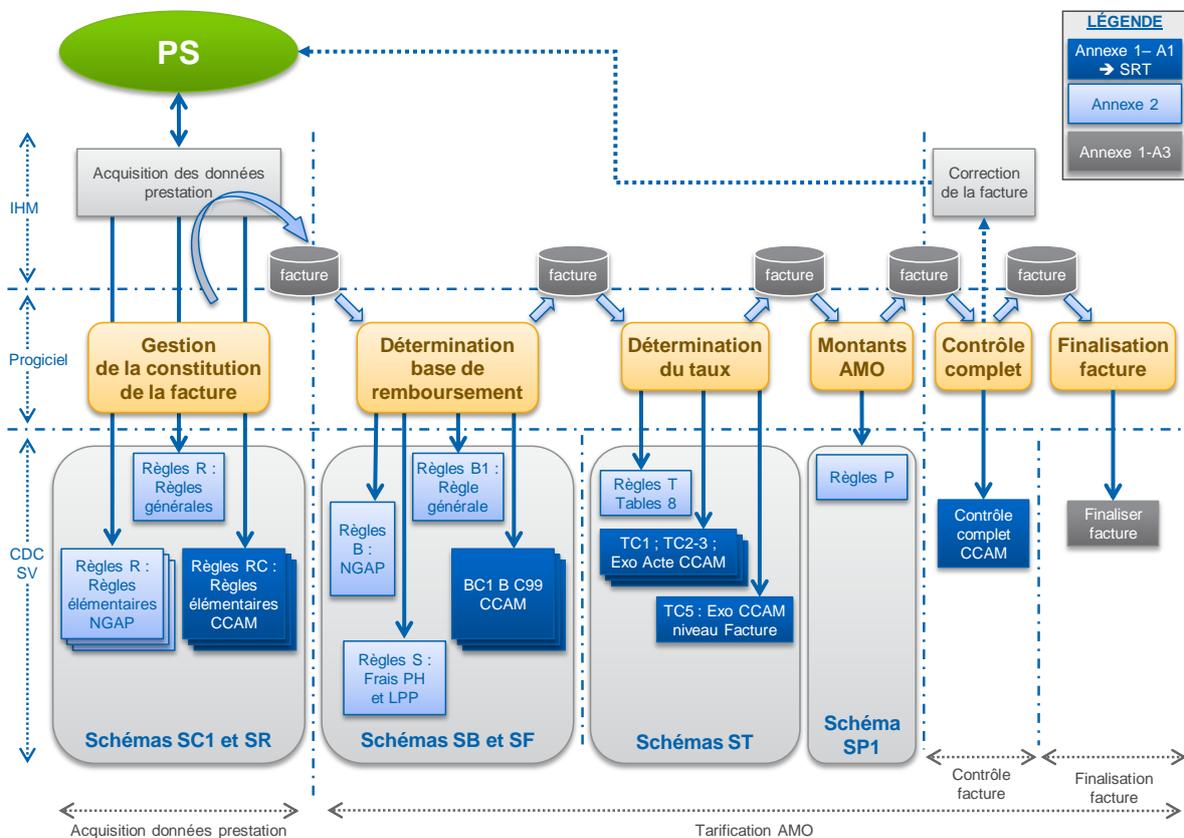
2.3 Phases AMO

2.3.1 Règles

 Consulter Annexe 1-A1, Annexe 1-A3 et l'annexe 2

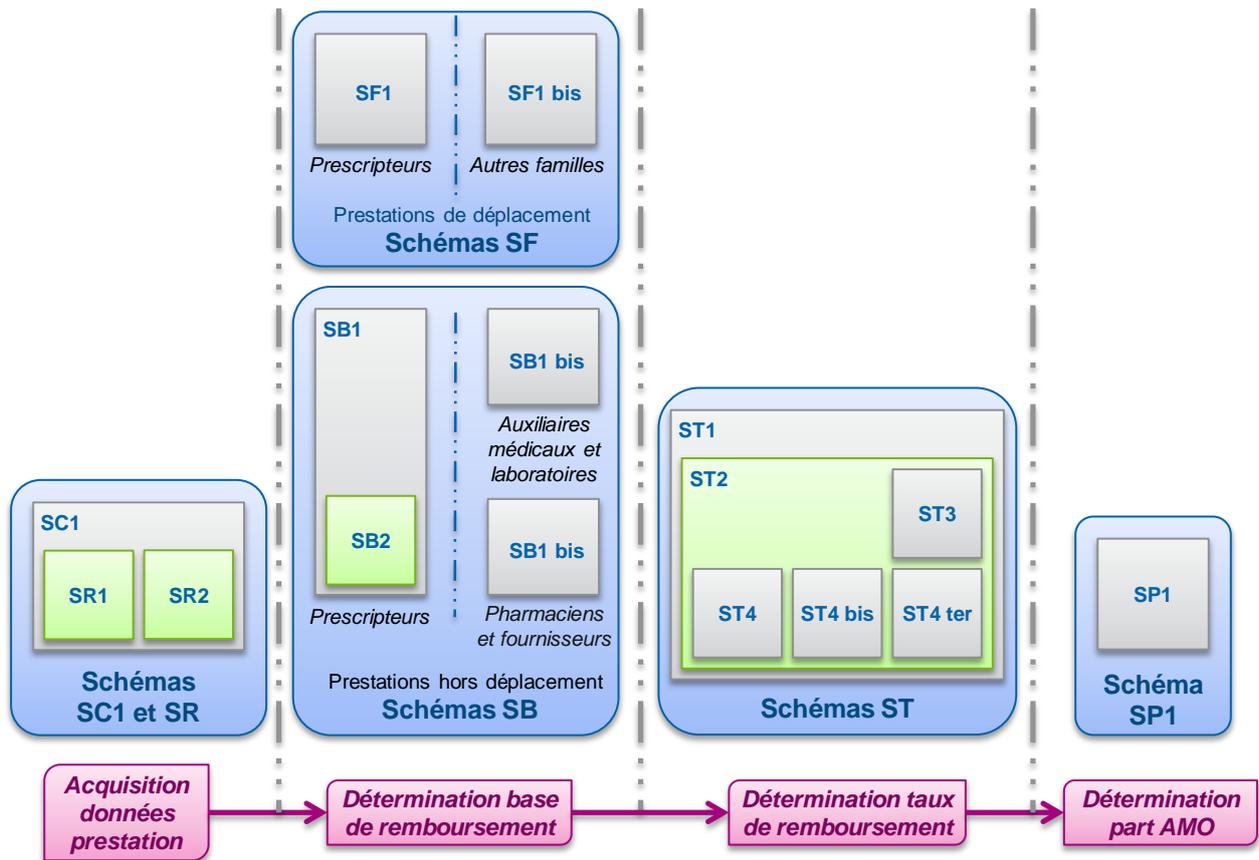
2.3.2 Schémas d'enchaînement des règles de l'annexe 1 et de l'annexe 2

2.3.2.1 Répartition des spécifications entre Annexe 1 et Annexe 2



Le schéma ci-dessus décrit la répartition des traitements pour la constitution de la facture pour l'ensemble de la phase AMO et précise les parties des annexes 1 et 2 où se trouvent respectivement les spécifications des règles à mettre en œuvre.

2.3.2.2 Détail des schémas de cinématique et liens entre eux



Ce schéma, en complément du précédent, présente :

- l'ensemble des schémas d'enchaînement des règles de la phase AMO,
- l'étape fonctionnelle à laquelle ils se rapportent :
 - Étape "acquisition des données prestation" : décrite par le schéma SC1 qui inclut les schémas SR1 et SR2
 - Étape "Détermination Base de Remboursement" : décrite par les schémas SF pour les prestations de déplacement et par les schémas SB pour toutes les prestations hors prestations de déplacement.
 - Étape "Détermination du Taux de Remboursement" : décrite par les schémas ST
 - Étape "Détermination Part AMO" : décrite totalement par le schéma SP1

Ces 4 étapes sont à enchaîner dans l'ordre présenté.

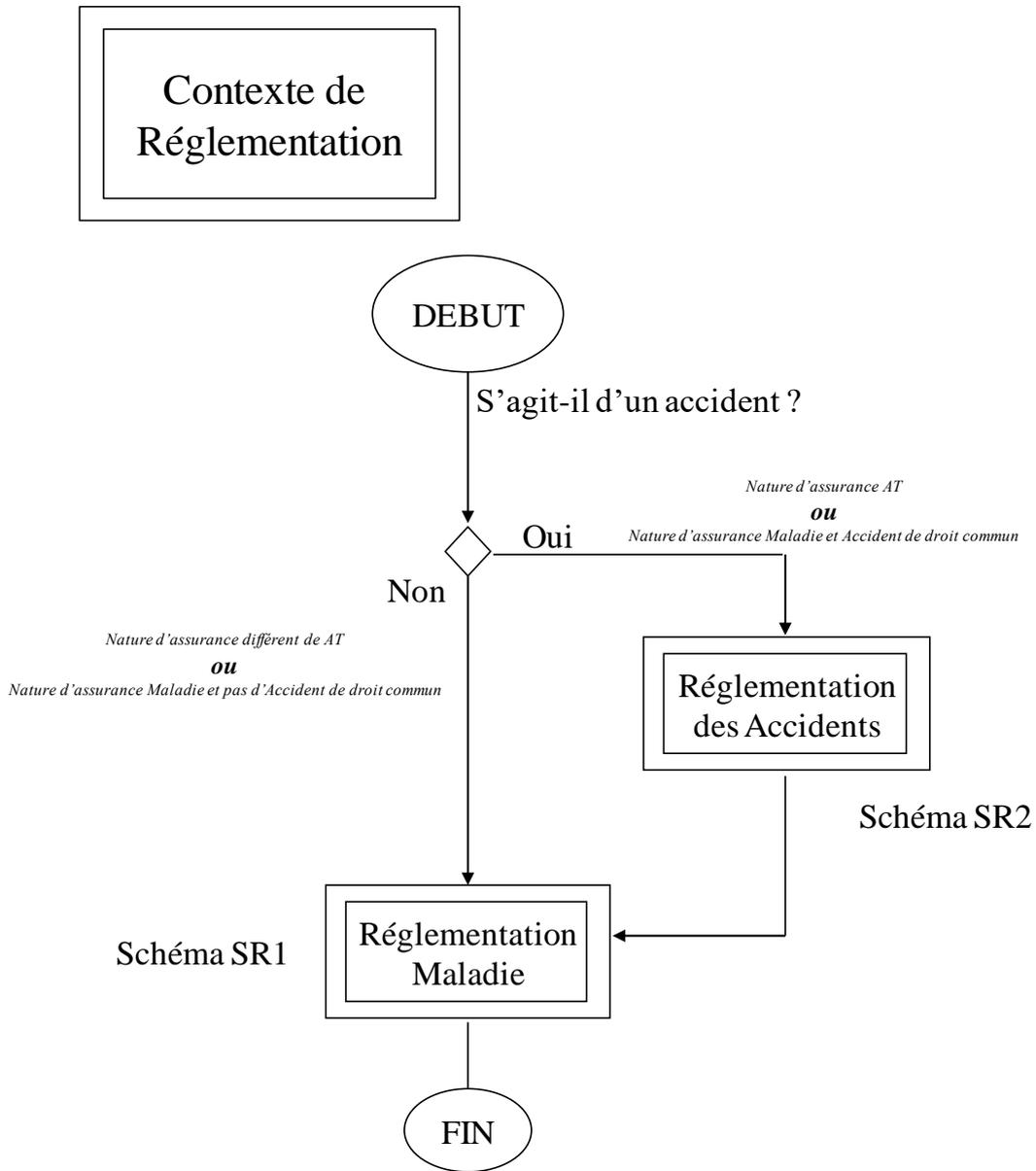
- la façon dont ils s'imbriquent les uns par rapport aux autres :
 - le schéma SB2 est inclus dans le schéma SB1
 - les schémas ST3, ST4, ST4bis et ST4ter sont inclus dans le schéma ST2, lui-même inclus dans le schéma ST1.

Tous ces schémas sont présentés ci-après.

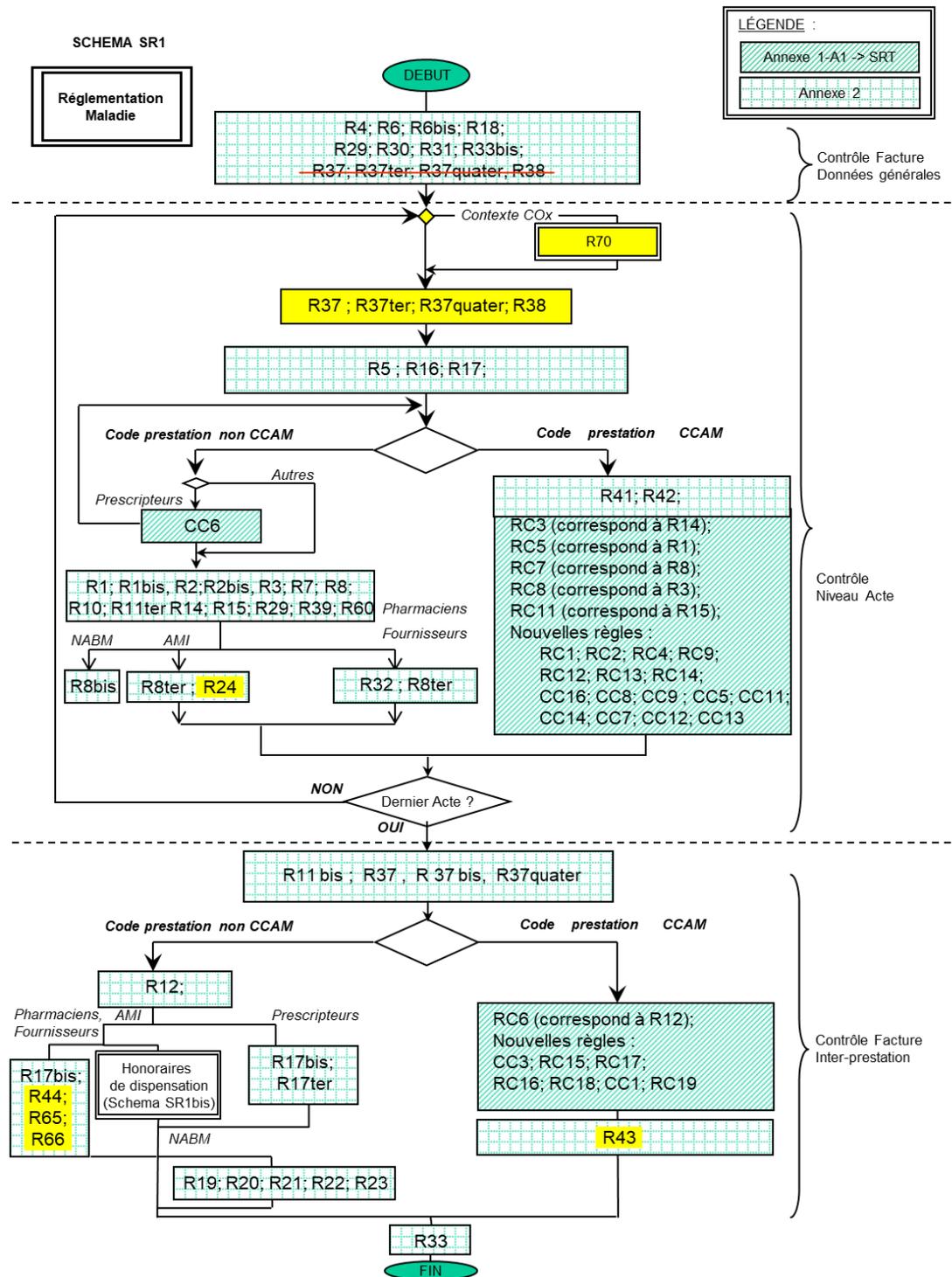
2.3.2.3 Schémas SC et SR : Réglementation

2.3.2.3.1 Schéma SC1 : Contexte de réglementation

SCHEMA SC1



2.3.2.3.2 Schéma SR1 : Réglementation Maladie



Le schéma ci-dessus décrit l'enchaînement de l'ensemble des règles de contrôle et de réglementation qu'il convient d'appliquer au fur et à mesure de la constitution de la facture en dehors des règles spécifiques de gestion des accidents.

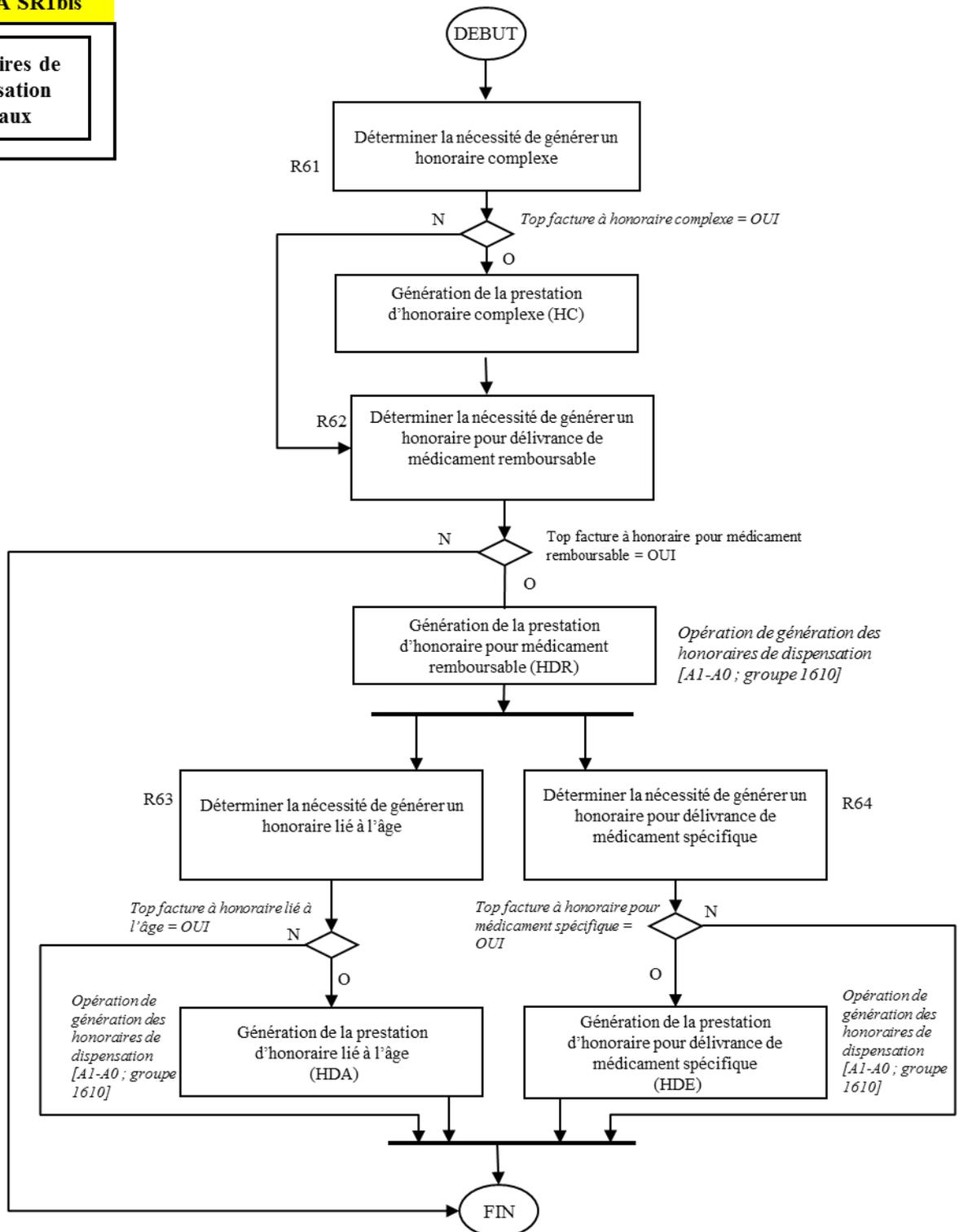
Les règles référencées RC et CC sont les règles spécifiques aux prestations CCAM et sont décrites dans le document Annexe1-A1.

Toutes les autres règles sont spécifiées dans la partie Réglementation de l'annexe 2 du CdC SESAM-Vitale.

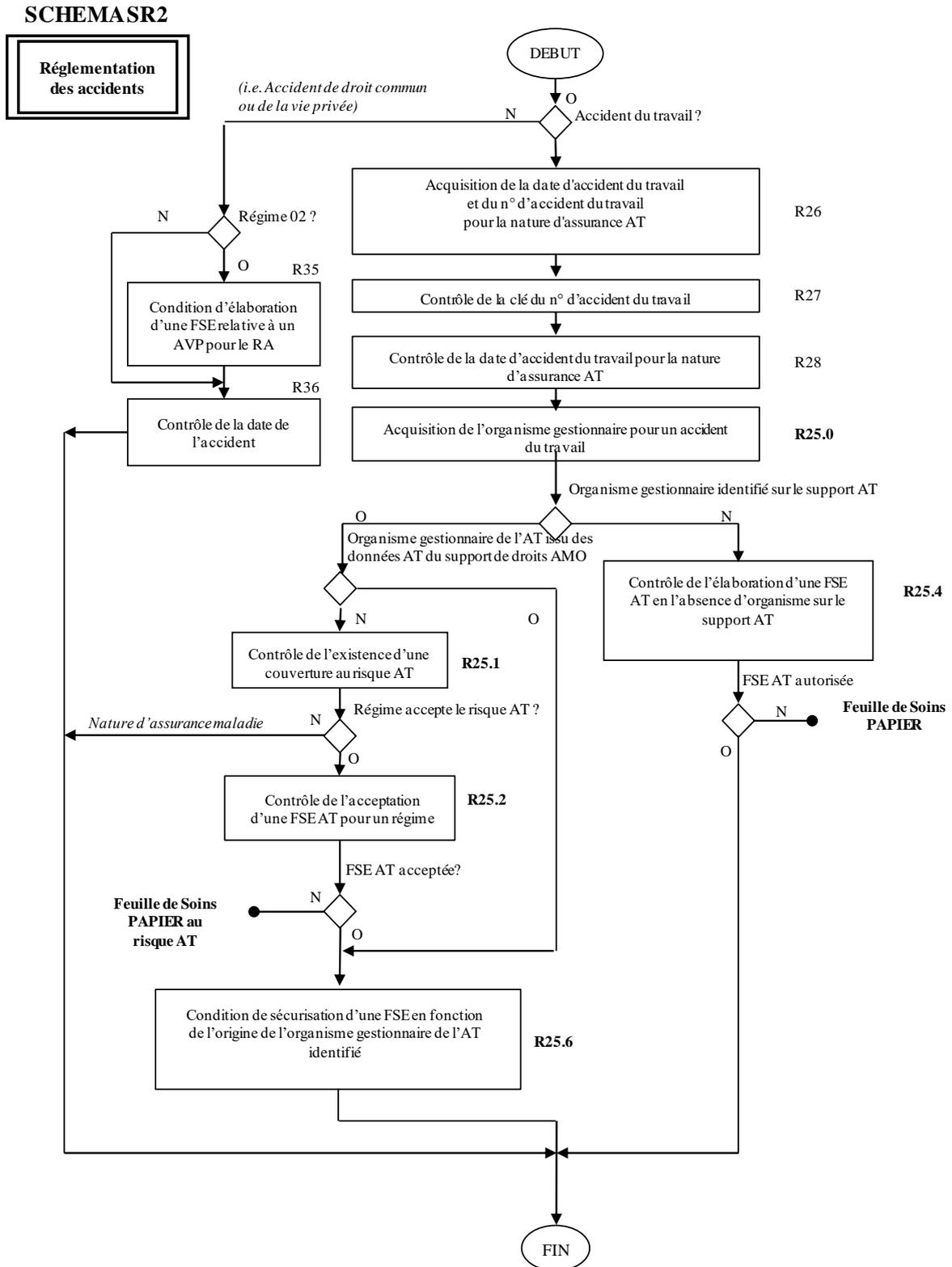
2.3.2.3.3 Schéma SR1bis : Honoraires de dispensation globaux

SCHEMA SR1bis

Honoraires de dispensation globaux



2.3.2.3.4 Schéma SR2 : Réglementation des accidents

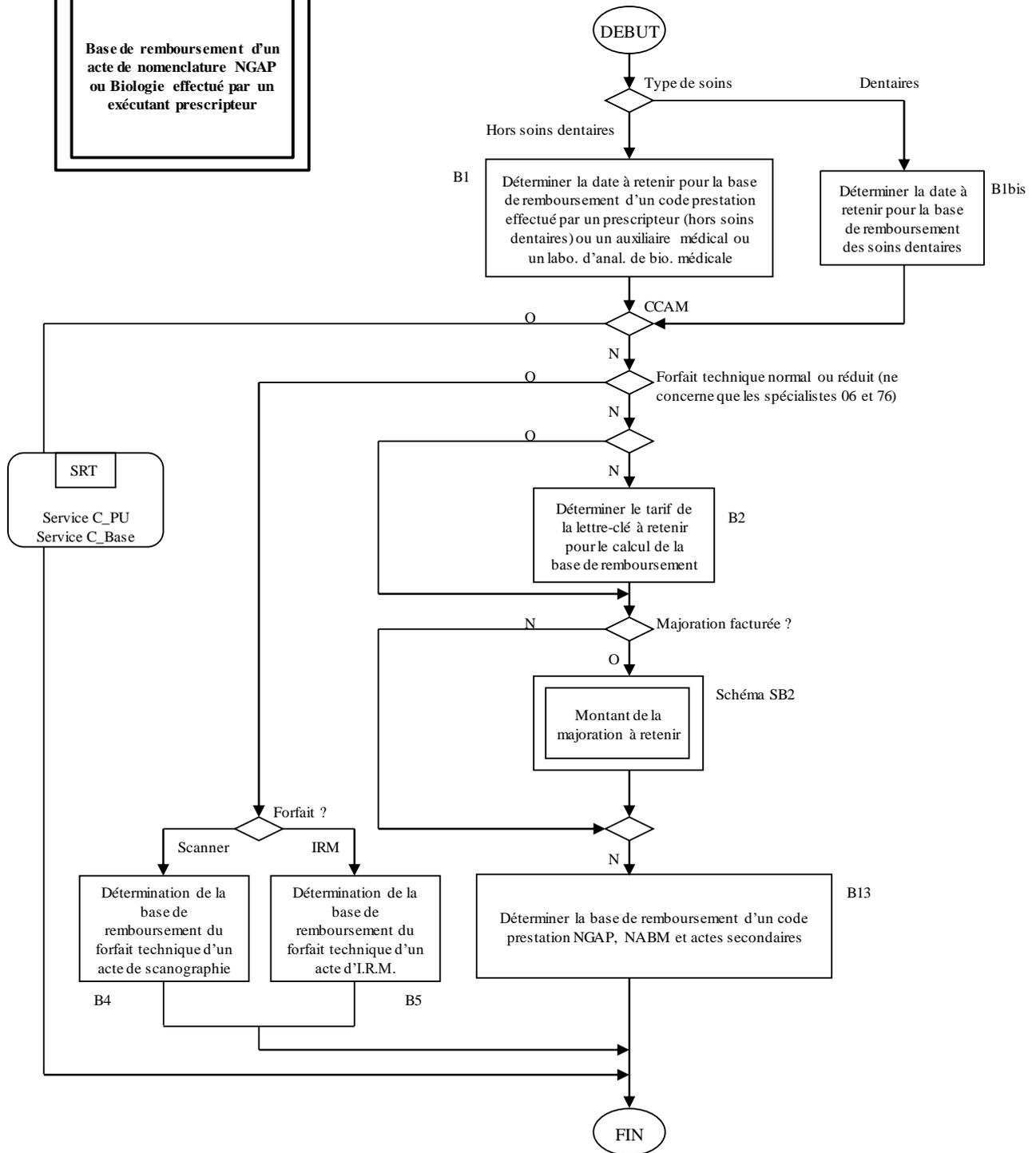


Le schéma ci-dessus décrit l'enchaînement de l'ensemble des règles de contrôle et de réglementation spécifiques à la gestion des accidents.

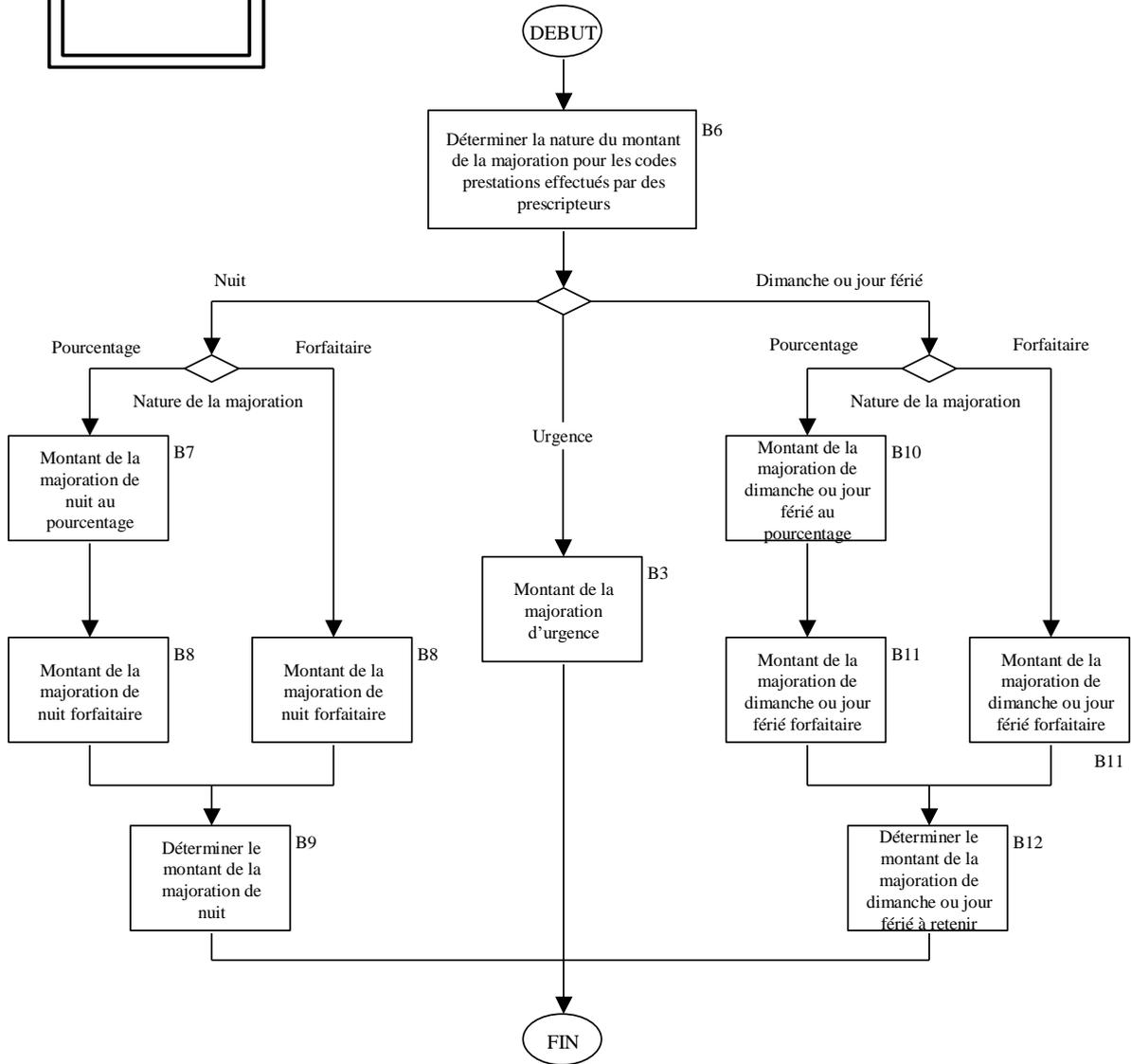
2.3.2.4 Schémas SB : Base de Remboursement

SCHEMA SB1

Base de remboursement d'un acte de nomenclature NGAP ou Biologie effectué par un exécutant prescripteur

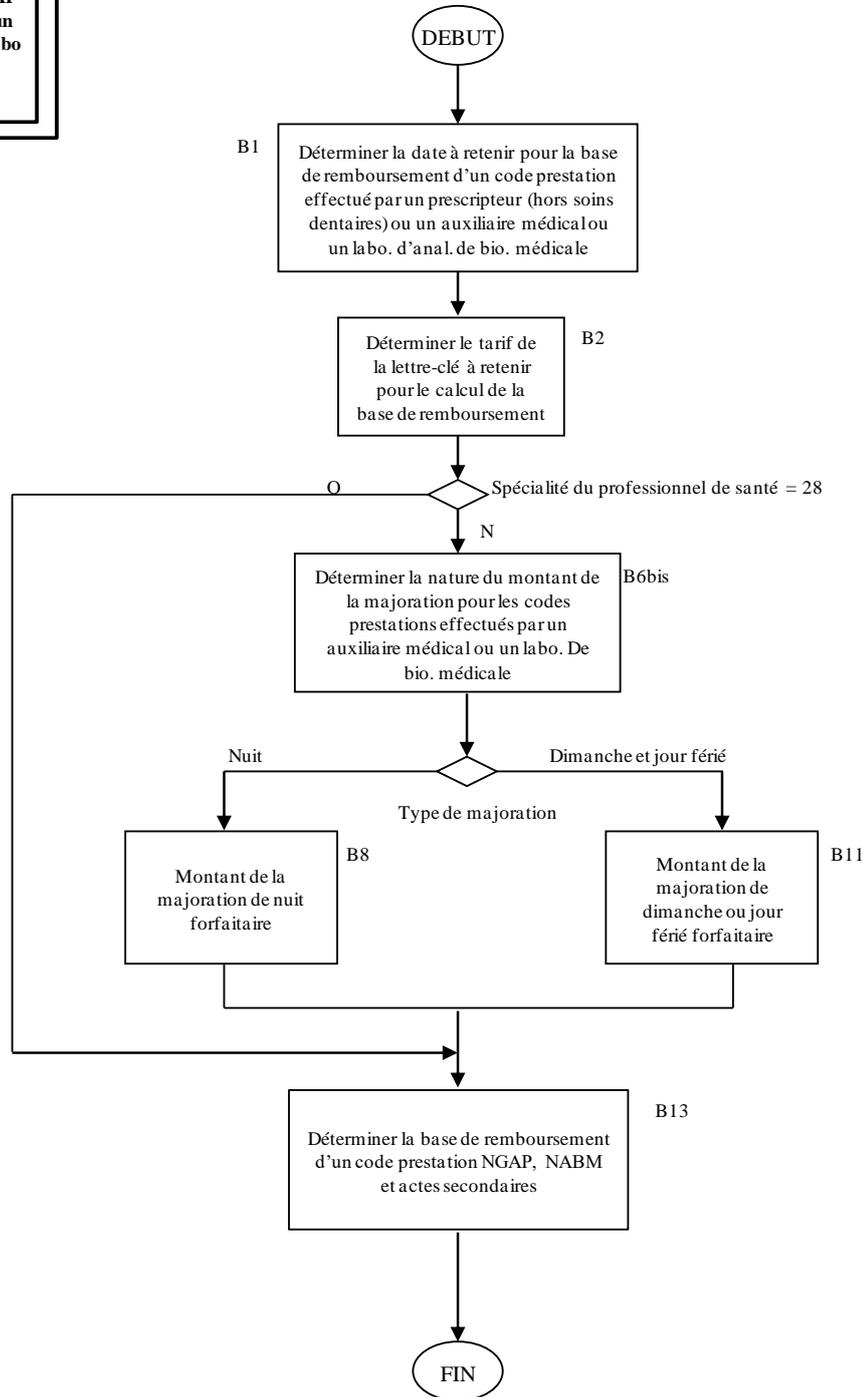


SCHEMA SB2



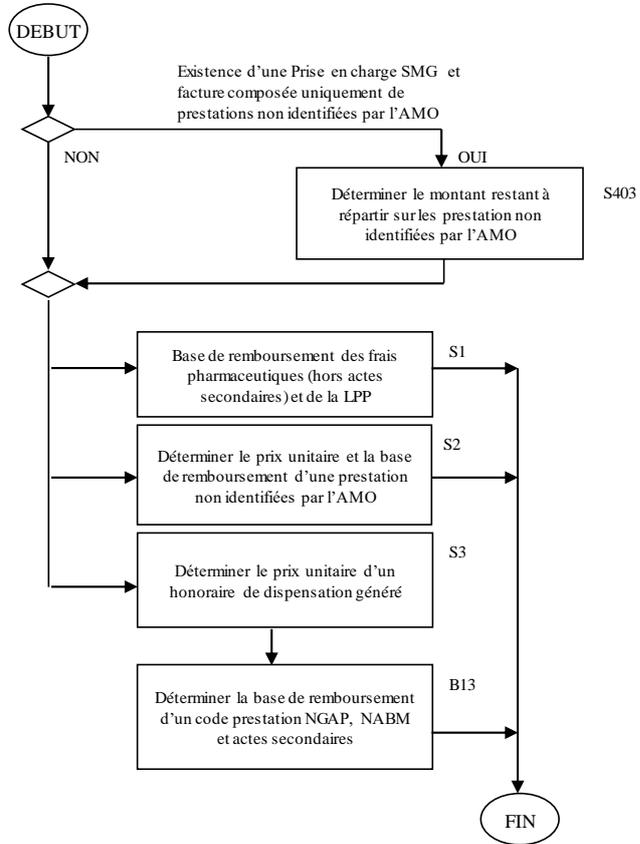
SCHEMA SB1bis

Base de remboursement d'un acte de nomenclature NGAP ou Biologie effectué par un auxiliaire médical ou un labo d'anal. De bio. médicale

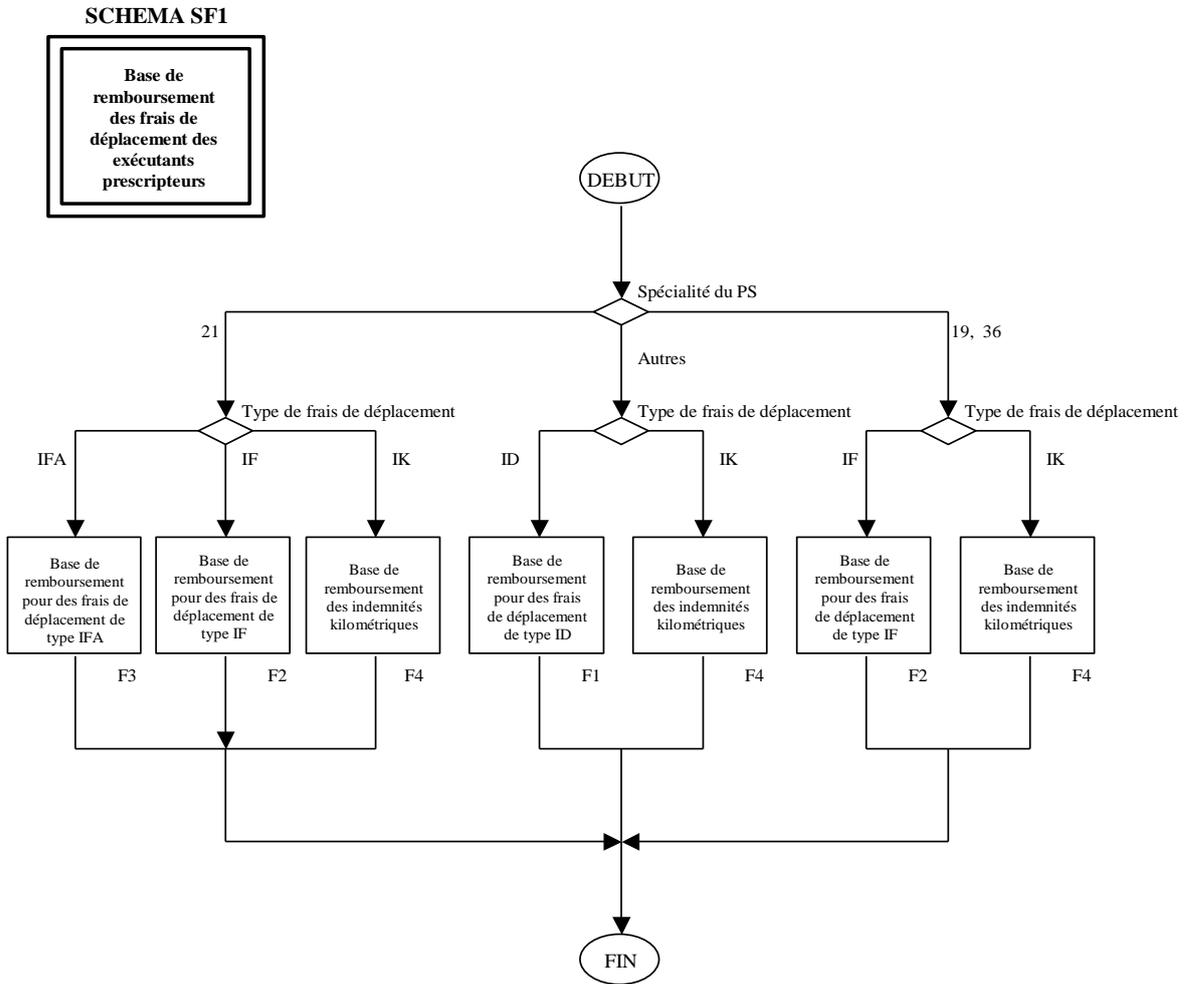


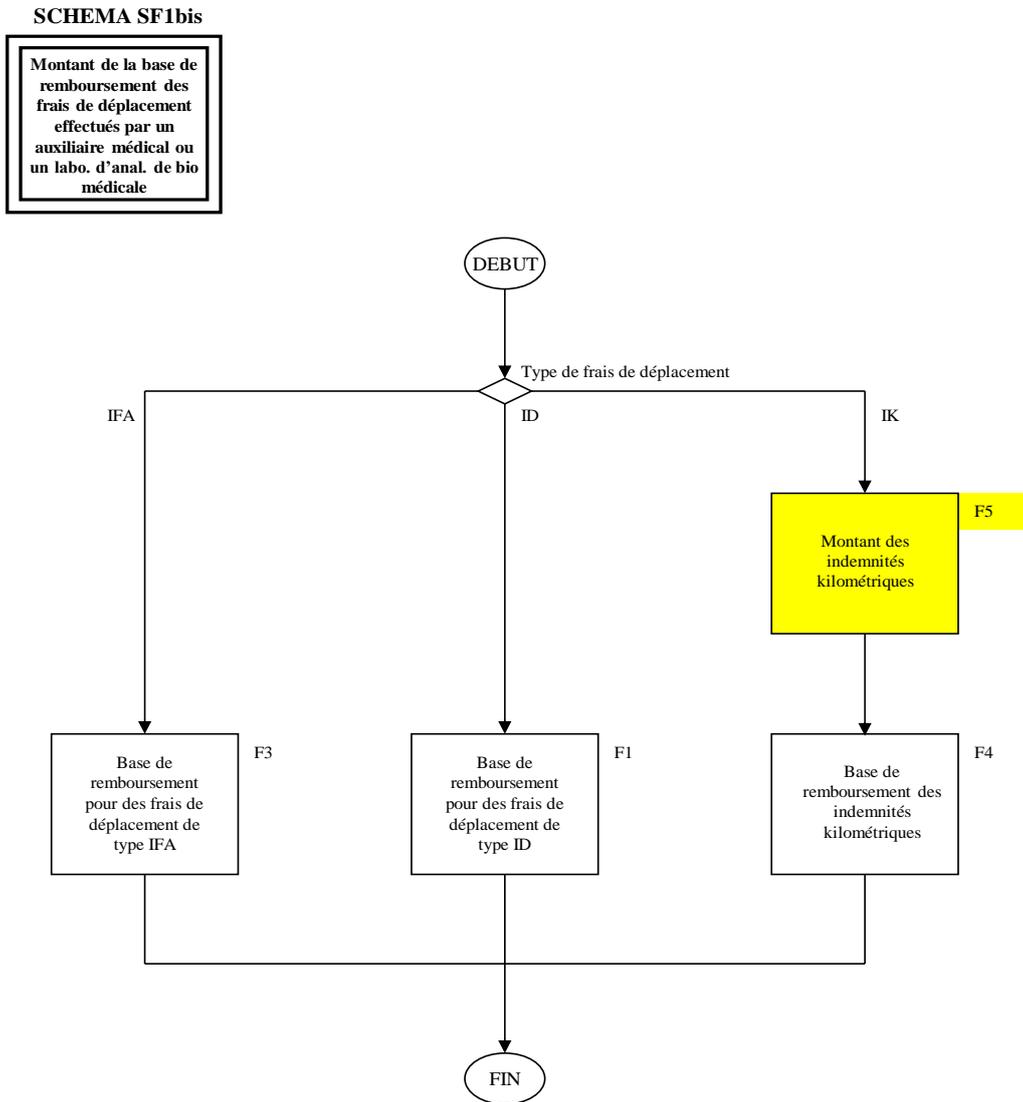
SCHEMA SB1ter

Base de remboursement
d'une prestation
de nomenclature LPP ou
Frais pharmaceutiques



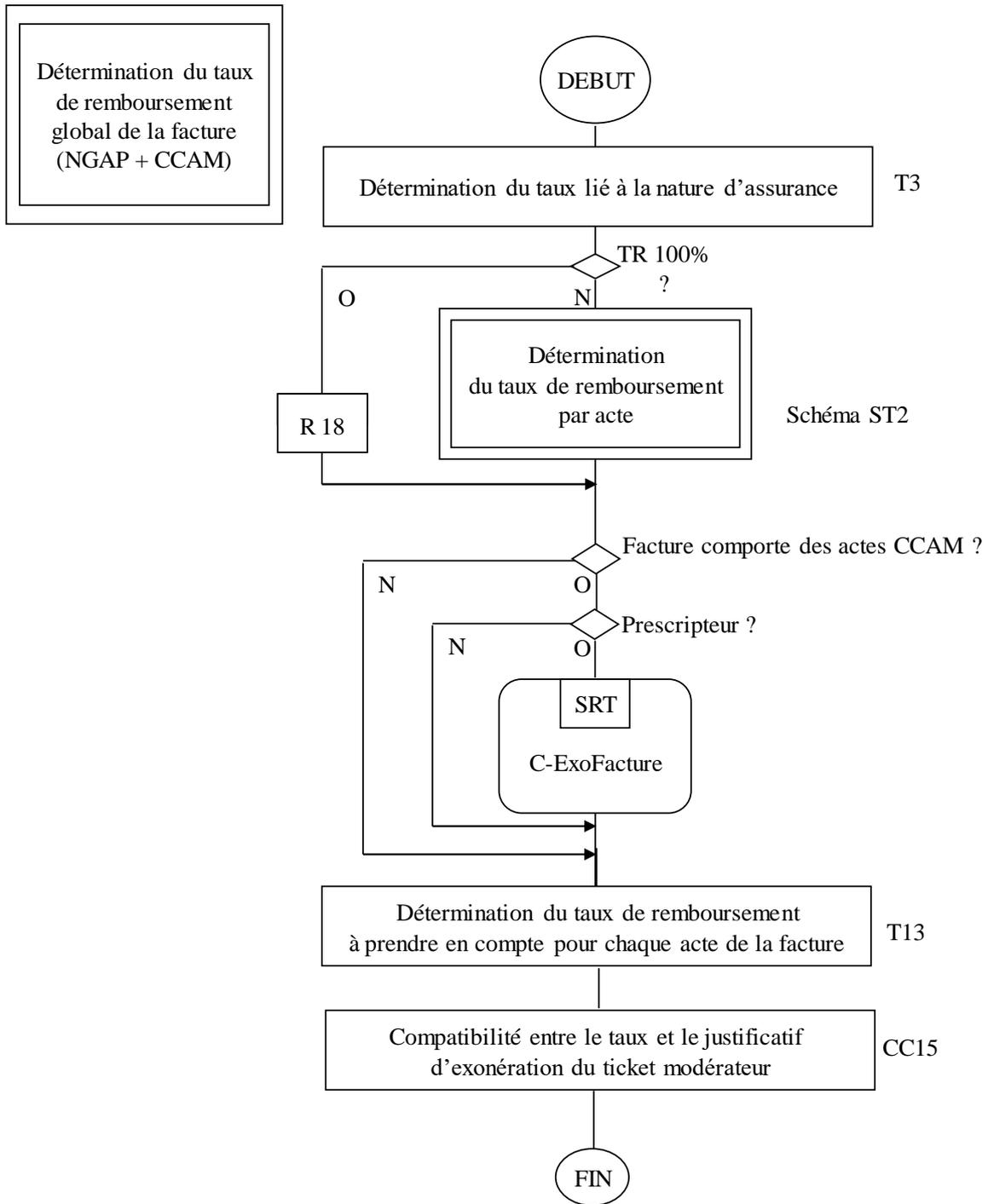
2.3.2.5 Schémas SF : Base de Remboursement des Frais de déplacement





2.3.2.6 Schémas ST : Taux de Remboursement

Schéma ST1



Cinématique Schéma ST1

Détermination du taux de remboursement global de la facture (NGAP + CCAM)

La détermination du taux de remboursement de chaque acte nécessite un examen global de la facture.

En premier lieu, le traitement consiste à déterminer le taux de remboursement lié à la nature d'assurance. Ce taux concerne alors tous les actes de la facture. Si le taux de remboursement est 100 %, la recherche est terminée. Il faut toutefois vérifier si une FSE est attendue en fonction du code situation du bénéficiaire des soins (R18).

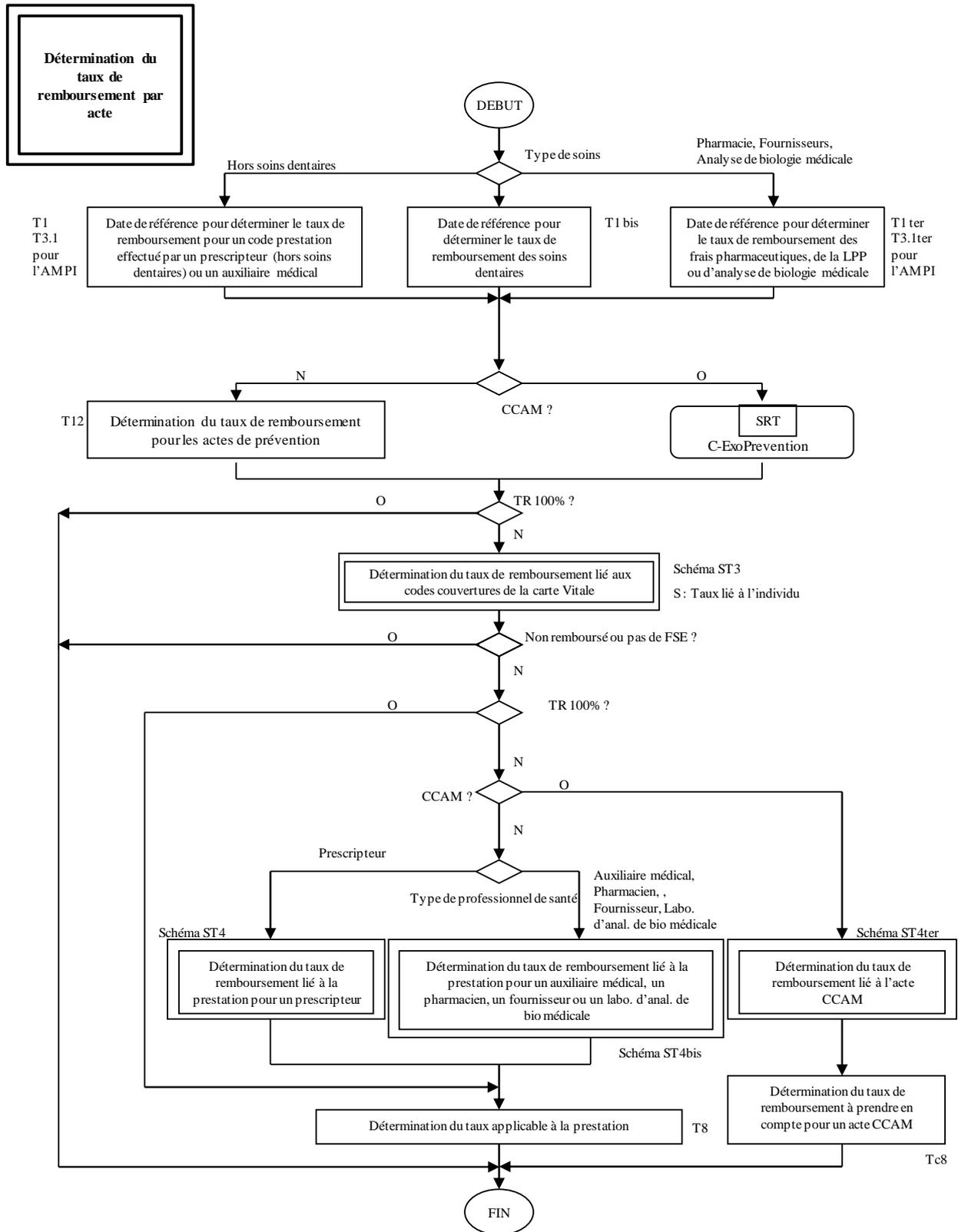
Ensuite, il convient de déterminer le taux de remboursement pour chaque acte présent sur la facture (schéma ST2).

Puis il faut rechercher dans la facture s'il existe parmi tous les actes de la facture un acte (CCAM ou NGAP) qui ne soit pas remboursé à 100 %.

- S'il en reste au moins un, il faut déterminer s'il(s) se trouve(nt) exonéré(s) par la présence d'un acte exonérant dans la facture (Tc4).
- Si ce n'est pas le cas, il reste encore à rechercher si les actes de la facture sont susceptibles d'être exonérés par la règle du seuil (Tc5).
- Il faut déterminer le taux de remboursement à prendre en compte pour chaque acte de la facture (T13) en fonction des résultats obtenus.

En dernier lieu, il convient de vérifier la compatibilité du justificatif d'exonération avec le taux de remboursement obtenu (CC15).

SCHEMA ST2



Cinématique Schéma ST2

Détermination du taux de remboursement par acte

Il s'agit ici de déterminer le taux de remboursement (TR) pour chaque acte de la facture.

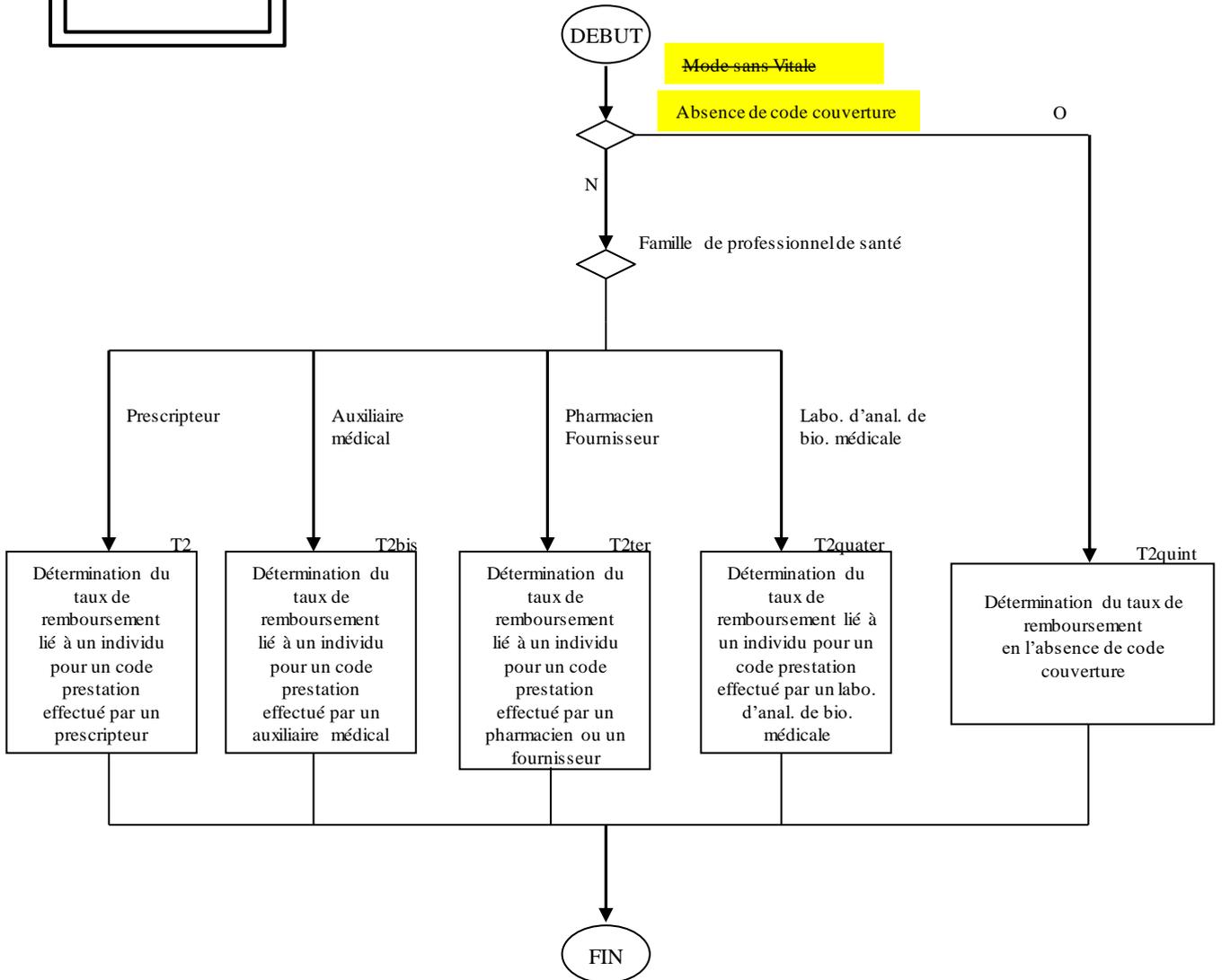
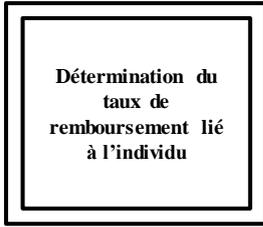
- En tout premier lieu, il convient de déterminer la date à retenir pour déterminer le taux de remboursement, d'un acte ; cette date est fonction du type de soins :
 - hors soins dentaires (T1 ou T3.1 pour le RSI),
 - soins dentaires (T1 bis),
 - pharmacie, fournisseur ou analyse de biologie médicale (T1 ter ou T3.1 ter pour RSI).
- L'étape suivante est fonction du type d'acte traité :
 - s'il s'agit d'un acte CCAM on recherche si celui-ci est exécuté dans le cadre d'un dispositif de prévention (Service C-ExoPrevention du module SRT),
 - s'il s'agit d'une prestation non CCAM délivrée dans le cadre d'un dispositif de prévention, on recherche leur TR (T12).

Si le TR est 100 %, la recherche est terminée. Il faut toutefois vérifier si une FSE est attendue en fonction du code situation du bénéficiaire des soins (R18).

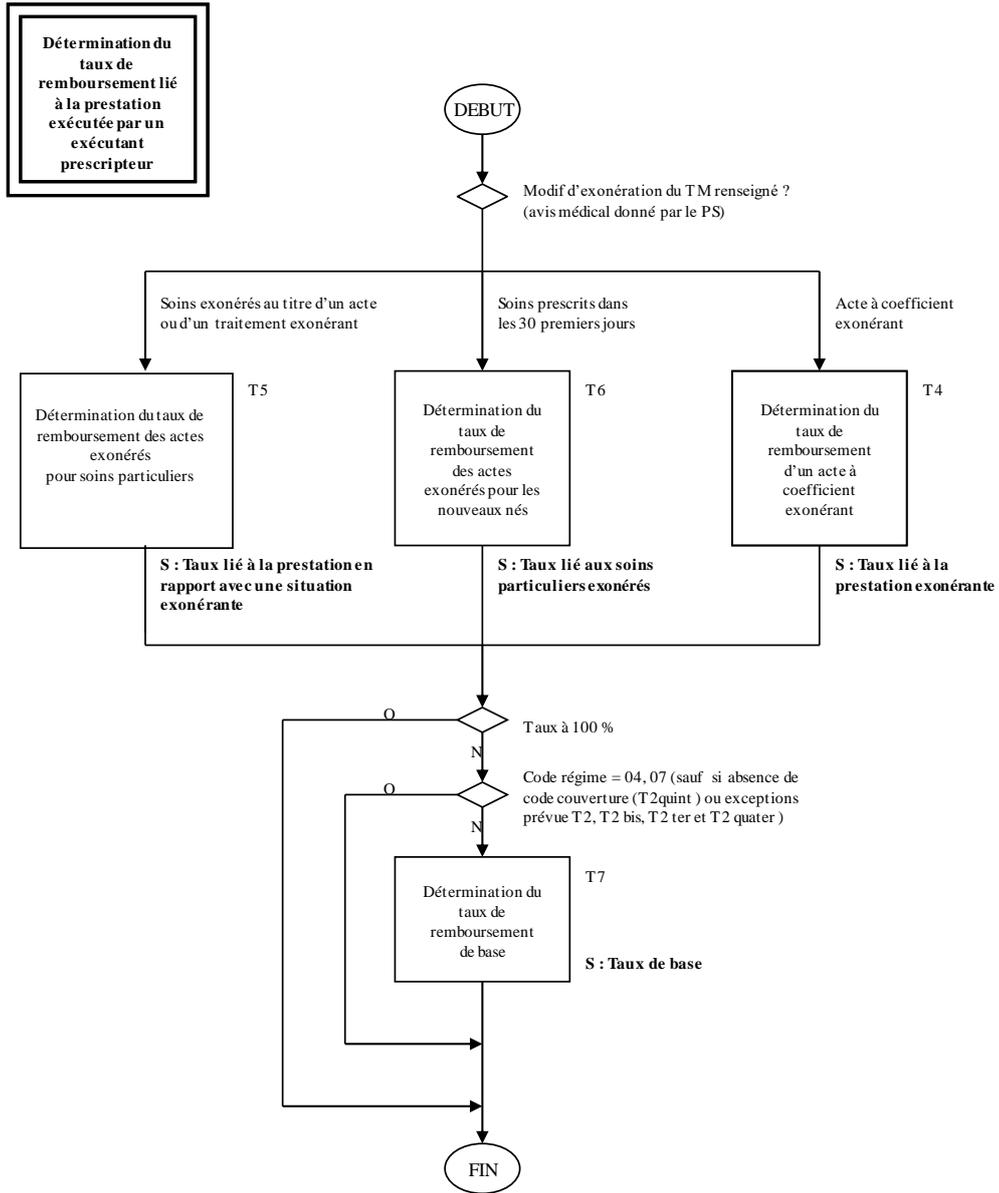
- L'étape suivante a pour finalité de déterminer le TR lié à l'individu c'est-à-dire lié aux codes couverture de la carte Vitale (schéma ST3).
- A l'issue de ce traitement si le code situation du bénéficiaire des soins fait partie de ceux pour lesquels il est demandé de ne pas effectuer de FSE (R18) alors la recherche est terminée.
- Pour les actes (dont le taux de remboursement n'est pas égal à 100 %), le traitement se poursuit selon deux modalités suivantes :
 1. S'il s'agit d'un acte CCAM, ce sont les règles de détermination du TR lié à l'acte CCAM qui sont mises en œuvre (schéma ST4ter). Après quoi, le TR à prendre en compte pour l'acte CCAM est déterminé (Tc8).
 2. Pour les autres actes, les règles de détermination du TR diffèrent selon que l'on est en présence :
 - de la prestation d'un prescripteur (schéma ST4),
 - d'un auxiliaire médical, d'un pharmacien, d'un fournisseur ou d'un laboratoire d'analyse médicale (schéma ST4bis).

Le TR à prendre en compte pour cette prestation est enfin déterminé (T8).

SCHEMA ST3

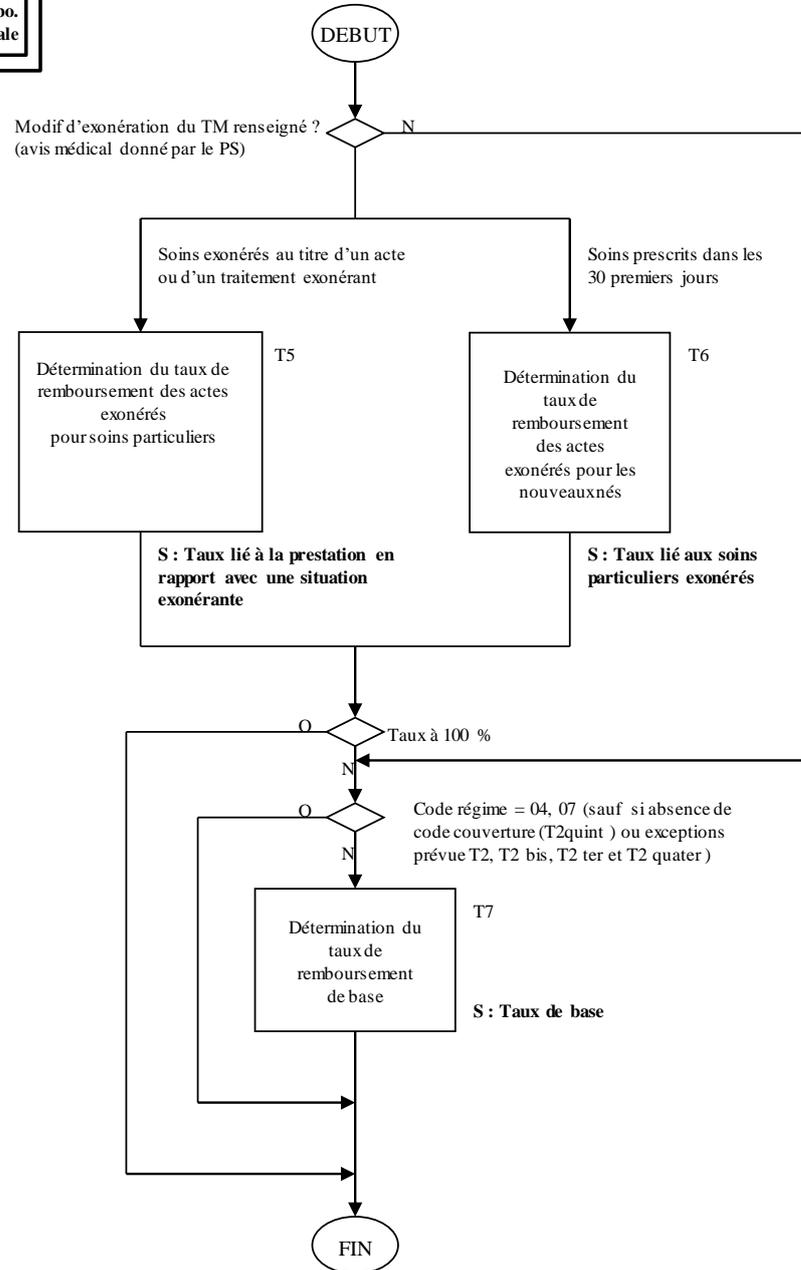


SCHEMA ST4

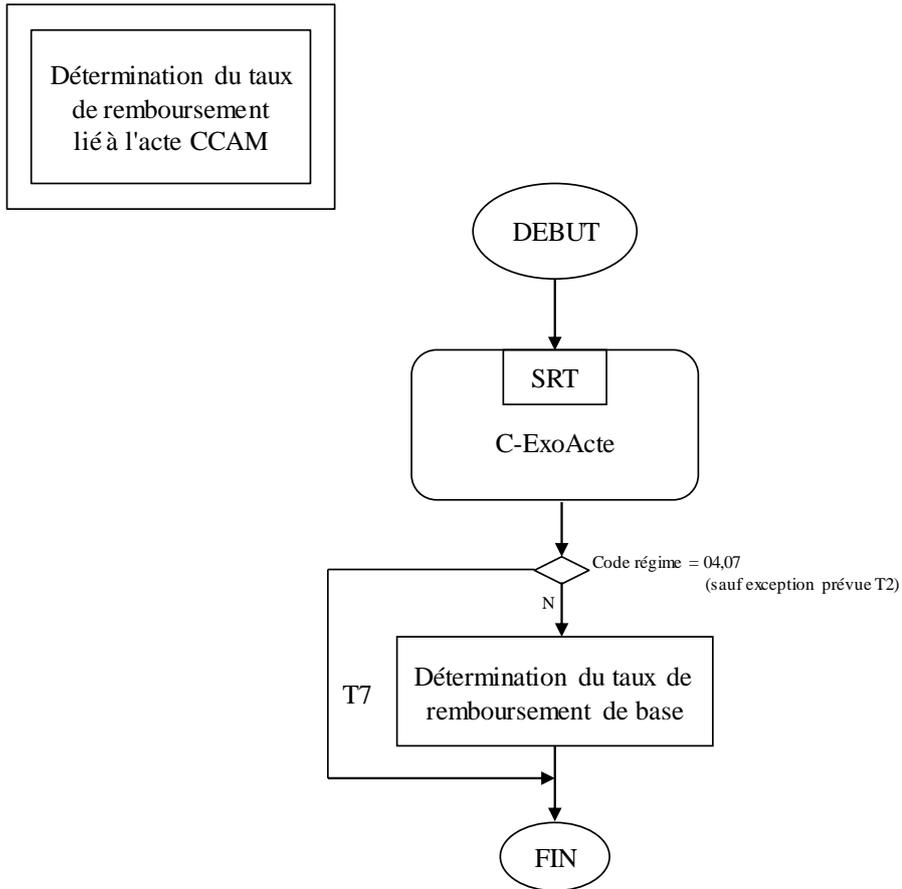


SCHEMA ST4bis

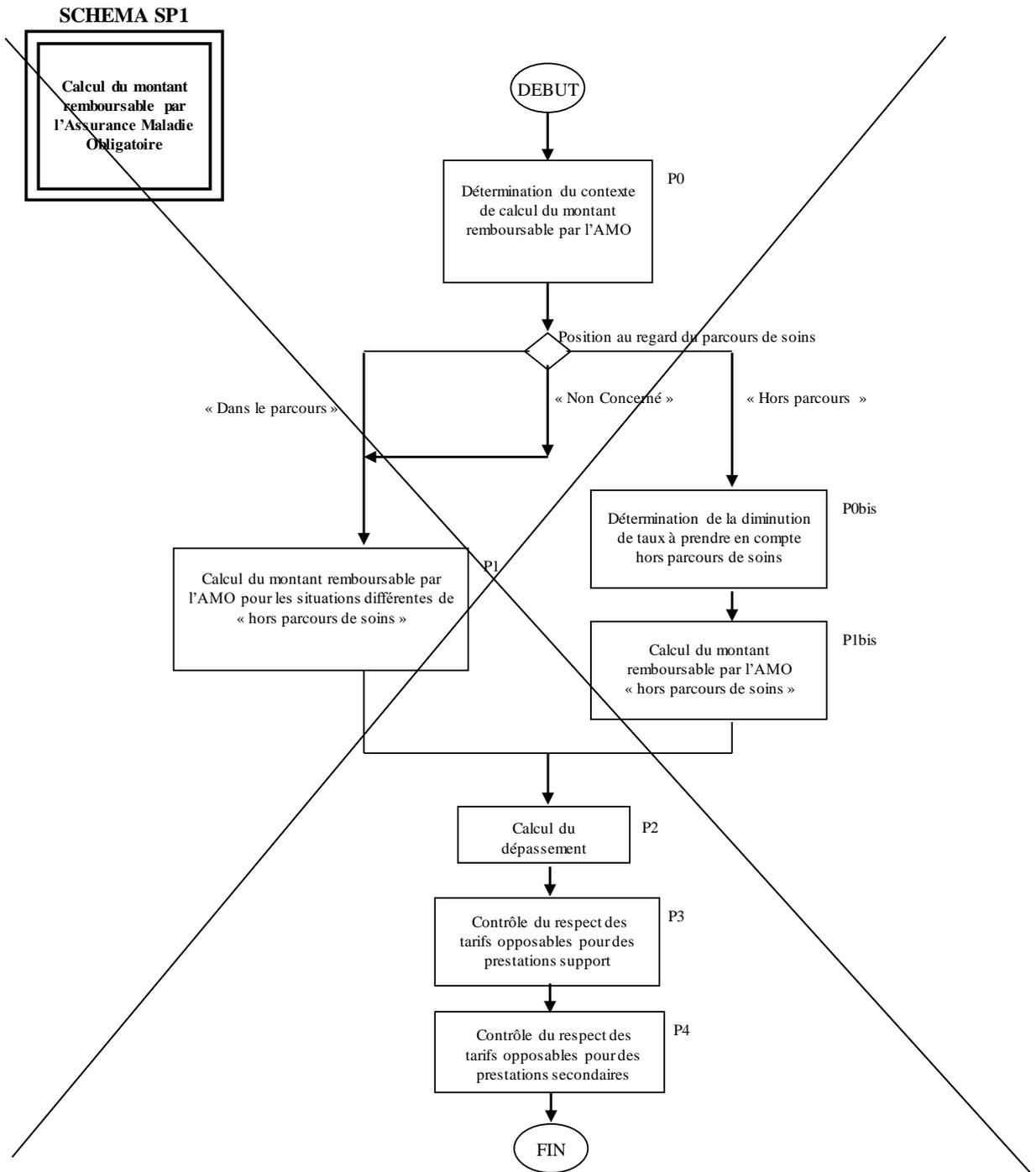
Détermination du taux de remboursement lié à la prestation exécutée par un auxiliaire médical, un pharmacien, un fournisseur ou un labo. d'anal. de bio. médicale

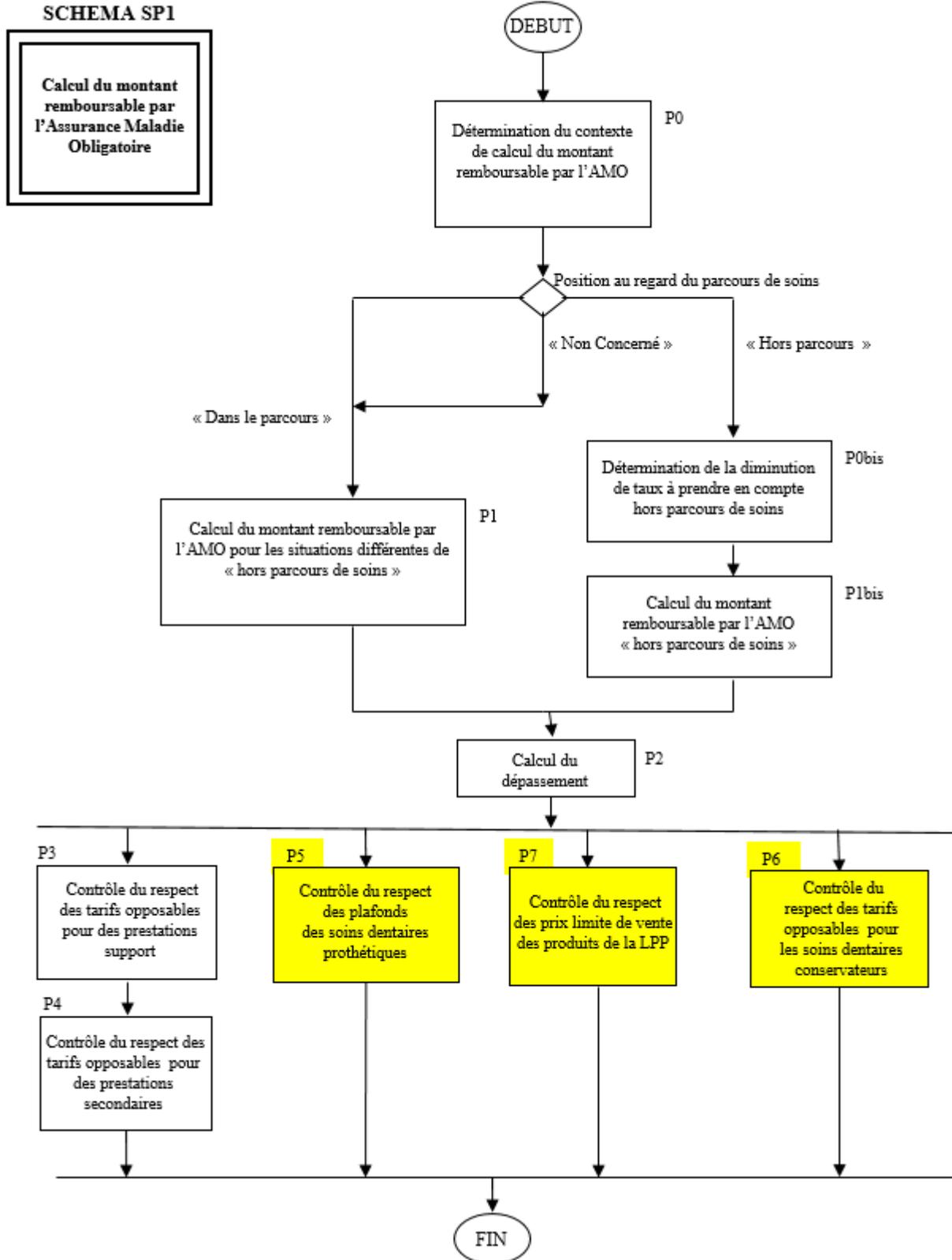


SCHEMA ST4ter



2.3.2.7 Schéma SP1 : Montant Remboursable AMO

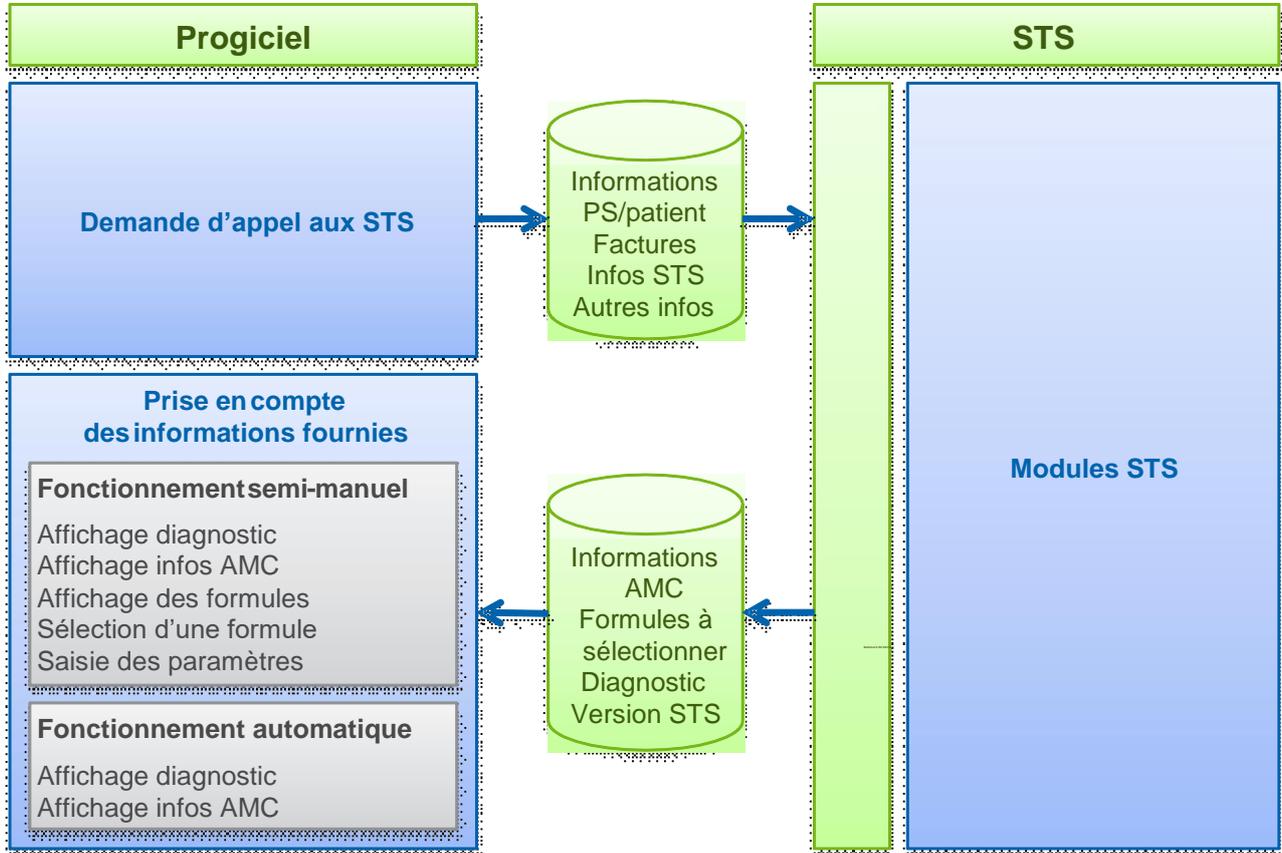




2.4 Phase Complémentaire

Le schéma ci-dessous présente le fonctionnement général de la phase complémentaire et les interactions entre le progiciel et les modules STS fournis par le GIE SESAM-Vitale.

Pour l'ensemble des règles relatives à cette phase, consulter Annexe 1-A2.



Les STS disposent d'un mode de fonctionnement identique quelle que soit la fonction appelée.

2.5 Mise en forme et sécurisation des factures

SESAM-Vitale met à disposition des fonctions permettant de mettre en forme les factures dans le but de constituer, à partir de données fournies par le progiciel du Professionnel de Santé, une feuille de soins électronique et/ou une demande de remboursement électronique formatées et sécurisées conformément aux normes d'échange attendues par les organismes d'assurance maladie. Ces fonctions répondent au besoin d'assurer la cohérence entre la génération de la DRE et celle de la FSE afin de garantir que DRE et FSE sont élaborées à partir des mêmes données.

Pour les centres de santé, il convient d'appliquer le contrôle suivant : la valeur de la troisième position d'identifiant de facturation du groupe 1120 doit être égale à zéro (Dans le périmètre actuel du Cahier des Charges SESAM-Vitale, la valeur est égale à zéro uniquement pour les centres de santé).

Pour les Professionnels de Santé salariés d'un centre de santé et pour l'élaboration de la facture, ainsi que pour les Fournisseurs le progiciel doit utiliser les informations conventionnelles contenues sur les Postes de Travail ou les serveurs.»

En cas de facturation d'acte(s) de télémédecine, si le support de droits AMO n'est ni la carte vitale ni ADRI, le logiciel du Professionnel de Santé doit alerter le Professionnel de Santé qu'il n'a utilisé ni la Carte Vitale ni ADRI pour récupérer les droits AMO du bénéficiaire des soins.

Deux fonctions sont disponibles :

- la fonction « SSV_FormaterFactures » doit être utilisée systématiquement quel que soit le mode de sécurisation. Dans le cas d'une signature désynchronisée, cette fonction s'utilise lors d'une première sécurisation avec la carte Vitale.
- la fonction « SSV_SécuriserFacture » doit être utilisée si une sécurisation partielle a été effectuée précédemment en mode désynchronisé.

Quatre fonctions - Les fonctions suivantes sont disponibles...

- | | |
|-------------------------------------|---|
| • SSV_FormaterFactures | et doivent être utilisées systématiquement ... |
| • SSV_ChiffrerFacture | quel que soit le mode de sécurisation |
| • SSV_SignerFactureVitale | quel que soit le mode de sécurisation |
| • SSV_CalculerHashFactureAssure | en mode de sécurisation SESAM Vitale si le support Vitale est la carte Vitale |
| • ApCV_SignerVitale (WS_ApCV11) | en mode de sécurisation SESAM Vitale si le support Vitale est l'ApCV |
| • SSV_AjouterSignatureAssureFacture | |
| • SSV_SignerFactureCPS | quel que soit le mode de sécurisation |

2.5.1 Mise en forme des factures

Fonction à utiliser

SSV_FormaterFactures

Les paramètres en entrée

Code porteur PS

Cette information peut être fournie par le logiciel du Professionnel de Santé.

Type de facture

Cette information est déterminée en fonction des choix réalisés par le Professionnel de Santé et du contexte de facturation possible. Cf. Corps du CDC 1.40, § Condition de génération des flux (FSE et DRE).

- « 1 » - Création d'une FSE seule.
- « 2 » - Création d'une DRE seule.
- « 3 » - Création simultanée d'une FSE et d'une DRE

Mode de sécurisation

Le mode de sécurisation s'applique à la FSE et à la DRE.

- « 1 » - SESAM sans Vitale
- « 3 » - SESAM Vitale
- « 4 » - Désynchronisation, première sécurisation avec la carte Vitale
- « 5 » - SESAM dégradé

Type de flux (*)

Les valeurs autorisées sont les suivantes :

- « T » - Flux de test
- « D » - Flux de démonstration
- « R » - Flux réel

Zone d'échange Facture

Voir description des groupes de données (Annexe 1-A0).



Remarque :



L'Éditeur peut fournir aussi les groupes 37xx, cela n'aura pas d'impact sur le traitement de la fonction **SSV_FormaterFactures**.

(*) Les types de flux possibles sont les présentés dans le tableau ci-dessous.

Type de support Vitale carte Vitale	Réelle	Test	Démo	(pas de support Vitale carte)
Catégorie de CPS				
Réelle	Réel	(interdit)	Démo	Réel
Test	(interdit)	Test	Démo	Test

Les paramètres en sortie

Les groupes de sortie sont fonction du mode de sécurisation les suivants.

- Pour les modes de sécurisation « 1 », « 3 », « 5 »

150 Groupe FSE
CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 non sécurisée

Cette zone contient la FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire et prête à ~~mettre en lot~~ être chiffrée.

Code d'authentification de la FSE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la FSE.

160 Groupe DRE

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE non sécurisée

Cette zone contient la DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire et prête à ~~mettre en lot~~ être chiffrée.

Code d'authentification de la DRE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la DRE.

- ~~Pour le mode de sécurisation « 4 » (Désynchronisée – 1ère signature avec Vitale seule)~~

151 Groupe FSE désynchronisée

~~Complément FSE désynchronisée~~

~~FSE B2 sécurisée partiellement~~

161 Groupe DRE désynchronisée

~~Complément DRE désynchronisée~~

~~DRE sécurisée partiellement~~



~~Remarques~~

Fonction à utiliser

SSV_SécuriserFacture

La sécurisation par la CPS est faite lors de l'appel à la fonction « SSV_SécuriserFacture » qui transmet au lecteur la facture partiellement sécurisée. Le lecteur vérifie l'intégrité de la facture, et la certifie avec la CPS. La fonction remonte au progiciel la facture sécurisée et son critère de regroupement en lots.

Les paramètres en entrée

Si Sécurisation d'une FSE

Code porteur PS

Cette information peut être fournie par le progiciel du Professionnel de Santé.

N° logique de situation

N° identification de facturation PS

151 Groupe FSE désynchronisée

Complément FSE désynchronisée

FSE B2 sécurisée partiellement

Si Sécurisation d'une DRE

Code porteur PS

Cette information peut être fournie par le progiciel du Professionnel de Santé.

N° logique de situation

Issu de la lecture de la carte CPS

N° identification de facturation PS

161 Groupe DRE désynchronisée

Complément DRE désynchronisée

DRE sécurisée partiellement

Les paramètres en sortie

150 Groupe FSE

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 sécurisée

Cette zone contient la FSE selon la norme d'échange de l'Assurance-Maladie Obligatoire et prête à mettre en lot.

160 Groupe DRE

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE sécurisée

Cette zone contient la DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire et prête à mettre en lot.



Remarques

La désynchronisation des signatures est également autorisée pour les factures à sécuriser en visite. Cette fonctionnalité permet ainsi à une infirmière X de sécuriser les factures de sa collègue Y en présence de la carte Vitale. Elle n'est pas prévue pour les factures élaborées en visite qui, elles, sont complètement sécurisées sur le TLA en une seule fois.

2.5.2

Chiffrement des factures

Fonction à utiliser

SSV_ChiffrerFacture

Les paramètres en entrée

Zone d'échange Facture

Voir description des groupes de données (Annexe 1-A0).

Les groupes d'entrée sont les suivants.

150 Groupe FSE

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2

Cette zone contient la FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire et prête à être chiffrée.

Code d'authentification de la FSE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la FSE

160 Groupe DRE

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE

Cette zone contient la DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire et prête à être chiffrée.

Code d'authentification de la DRE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la DRE

Les paramètres en sortie

Les groupes de sortie sont les suivants.

150	Groupe FSE
	CRL de FSE
	Critères de regroupement en lots de FSE
	FSE B2 chiffrée
	Cette zone contient la FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire et après chiffrement.
	Code d'authentification de la FSE
	Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la FSE.
160	Groupe DRE
	CRL de DRE
	Critères de regroupement en lots de DRE
	DRE chiffrée
	Cette zone contient la DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire et après chiffrement.
	Code d'authentification de la DRE
	Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la DRE.

2.5.3 Signature Vitale des factures

2.5.3.1 Signature Vitale des factures avec une carte Vitale

Fonction à utiliser

SSV_SignerFactureVitale

Les paramètres en entrée

Zone d'échange Facture

Voir description des groupes de données (Annexe 1-A0).

Les groupes d'entrée sont les suivants.

150	Groupe FSE
	CRL de FSE
	Critères de regroupement en lots de FSE
	FSE B2 chiffrée
	Cette zone contient la FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire et après chiffrement.
	Code d'authentification de la FSE
	Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la FSE.
160	Groupe DRE
	CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE chiffrée

Cette zone contient la DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire et après chiffrement.

Code d'authentification de la DRE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la DRE.

Les paramètres en sortie

Les groupes de sortie sont les suivants.

150 Groupe FSE

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 signée avec la carte Vitale

Cette zone contient la FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire et après signature par la carte Vitale.

Code d'authentification de la FSE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la FSE.

160 Groupe DRE

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE signée avec la carte Vitale

Cette zone contient la DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire et après signature par la carte Vitale.

Code d'authentification de la DRE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la DRE.

2.5.3.2 Signature Vitale des factures avec une ApCV

Vue générale

Nom MF16 : Signer la FSE et/ou la DRE avec l'ApCV

Description Si le support Vitale est l'ApCV, le système de facturation permet la signature Vitale de la FSE et/ou de la DRE, pour cela il :

- contrôle la validité du contexte ApCV ;
- contrôle la validité du support de droits AMO ;
- crée une empreinte de la FSE et/ou une empreinte de la DRE ;
- prépare les données du résumé de la facture ;
- appelle le service en ligne de signature Vitale de la FSE et/ou la DRE ;
- ajoute la signature à la FSE et/ou la signature à la DRE.

Entrées « FSE » chiffrée
« DRE » chiffrée

ApCV

Numéro de série de l'ApCV

EF_BS26_01

Identifiant du contexte ApCV

EF_BS26_03

Date de fin de validité du contexte ApCV

EF_BS26_04

Sorties « FSE »

« DRE »

**Situations
spécifiques**

Schéma

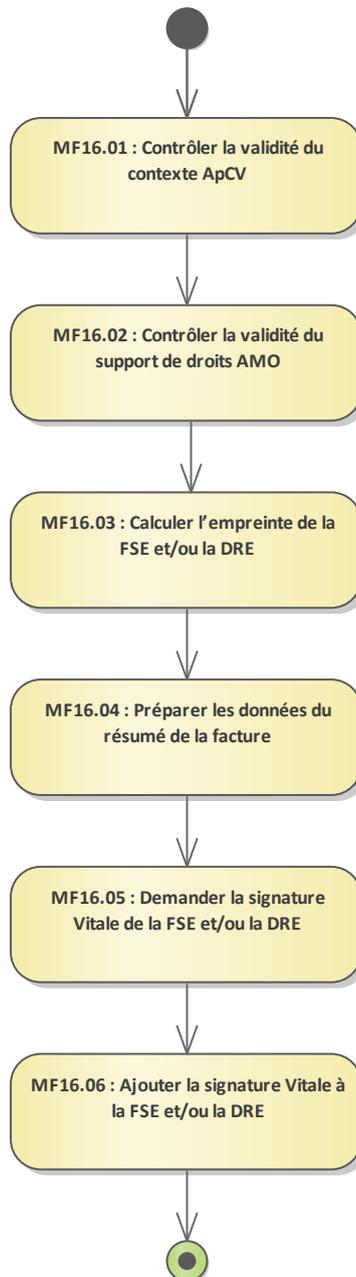


Figure 1 : Enchaînement des tâches de l'opération « MF16 : Signer la FSE et/ou la DRE avec l'ApCV »

2.5.3.2.1 MF16.01 : Contrôler la validité du contexte ApCV

Vue générale

Nom MF16.01 : Contrôler la validité du contexte ApCV

Description Cette fonction permet de contrôler que le contexte ApCV n'est pas périmé, c'est-à-dire que sa date de fin de validité n'est pas dépassée.

Règles de gestion

[RG_MF900] Contrôler la date de fin de validité du contexte ApCV (EF_BS26_04)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation contrôle que la date de fin de validité du contexte ApCV n'est pas dépassée.



Cas d'erreur

[CE1] Contexte ApCV périmé

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé ne peut pas signer la FSE et/ou la DRE.

Le système de facturation informe le Professionnel de Santé et lui propose une nouvelle authentification de l'utilisateur de l'ApCV et reprend la fonction « MF16 : Signer la FSE et/ou la DRE avec l'ApCV » du début.

2.5.3.2.2 MF16.02 : Contrôler la validité du support de droits AMO

Vue générale

Nom MF16.02 : Contrôler la validité du support de droits AMO

Description Cette fonction permet de contrôler la validité du support de droits AMO utilisé pour signer une FSE et/ou une DRE avec une ApCV.

Règles de gestion

[RG_MF901] Contrôler la validité du support de droits AMO (EF_CF12_05)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation contrôle que le support de droits AMO (i.e. nature de pièce justificative AMO) utilisé est bien valide pour effectuer la signature Vitale de la FSE et/ou DRE avec une ApCV, à savoir qu'il s'agit du service ADR.



Cas particulier

[CP1] Nature d'assurance SMG

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation autorise la signature Vitale de la FSE et/ou la DRE avec une nature de pièce justificative AMO égale à « 1 » en cas de nature d'assurance SMG.

Rappel : dans le cas particulier d'une facture en nature d'assurance SMG, quel que soit le support de droits AMO, le système de facturation renseigne la nature de pièce justificative AMO à la valeur 1 : « L'assuré a présenté une attestation de droits... ».



Cas d'erreur

[CE1] Support de droits AMO incorrect

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation retourne le message « Support de droits AMO incorrect ».

Le Professionnel de Santé ne peut pas signer la FSE et/ou la DRE.

2.5.3.2.3 MF16.03 : Calculer l'empreinte de la FSE et/ou la DRE

Vue générale

Nom MF16.03 : Calculer l'empreinte de la FSE et/ou l'empreinte de la DRE

Description Cette fonction permet de calculer l'empreinte (hash) d'une FSE et/ou l'empreinte d'une DRE. Si la fonction reçoit une FSE et une DRE, elle retourne alors une empreinte pour la FSE et une empreinte pour la DRE.

Règles de gestion

[RG_MF902] Calculer l'empreinte de la FSE et/ou l'empreinte de la DRE

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation calcule l'empreinte de la FSE et/ou l'empreinte de la DRE.

Fonction à utiliser

SSV_CalculerHashFactureAssure

Les paramètres en entrée

Zone d'échange Facture

Voir description des groupes de données (Annexe 1-A0).

Numéro de série de l'ApCV (EF_BS26_01)

Les groupes d'entrée sont les suivants.

- 150 Groupe FSE**
- CRL de FSE**
- Critères de regroupement en lots de FSE
- FSE B2 chiffrée**

Cette zone contient la FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire et après chiffrement.

Code d'authentification de la FSE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la FSE.

160 Groupe DRE

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE chiffrée

Cette zone contient la DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire et après chiffrement.

Code d'authentification de la DRE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la DRE.

**Les paramètres
en sortie**

Les groupes de sortie sont les suivants.

150 Groupe FSE

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 après calcul d'empreinte

Cette zone contient la FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire et après avoir fait l'objet d'un calcul d'empreinte.

Code d'authentification de la FSE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la FSE.

Empreinte de la FSE

Empreinte (hash) de la FSE

160 Groupe DRE

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE après calcul d'empreinte

Cette zone contient la DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire et après avoir fait l'objet d'un calcul d'empreinte

Code d'authentification de la DRE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la DRE.

Empreinte de la DRE

Empreinte (hash) de la DRE

2.5.3.2.4 MF16.04 : Préparer les données du résumé de la facture

Vue générale

Nom MF16.04 : Préparer les données du résumé de la facture

Description Cette fonction permet de préparer les données du résumé de la facture.

Le résumé de la facture est transmis au SI-ApCV lors de l'appel au service en ligne de signature Vitale avec une ApCV. Dès que la signature Vitale est effectuée, il est alors consultable par l'utilisateur, directement depuis son ApCV (i.e. système mobile).

Règles de gestion

[RG_MF903] Préparer les données du résumé de la facture (EF_MF17)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation prépare les données du résumé de la facture :

	Nom de la donnée	Référence de la donnée		Référence service signature Vitale ApCV (WS_ApCV11)
Professionnel de Santé	Identifiant de facturation du facturant	1120-1	→	EF_ApCVsi11_E43_01
	Clé de l'identifiant de facturation du facturant	1120-2		
	Nom ou raison sociale du facturant	1140-3 si renseigné sinon 1120-3	→	EF_ApCVsi11_E43_03
	*en cas de remplacement, nom du remplaçant	1150-3		
	Identifiant national du facturant	1120-13	→	EF_ApCVsi11_E43_02
	Clé de l'identifiant national du facturant	1120-14		
	*en cas de remplacement, identifiant national et clé du remplaçant	1151-1 1151-2		
Bénéficiaire des soins	NIR et sa clé du bénéficiaire des soins	104-9	→	EF_ApCVsi11_E44_04
		104-10		EF_ApCVsi11_E44_05
	Nom usuel du bénéficiaire des soins	104-1	→	EF_ApCVsi11_E44_01
	Nom de famille du bénéficiaire des soins	104-2		EF_ApCVsi11_E44_02
	Prénom du bénéficiaire des soins	104-3	→	EF_ApCVsi11_E44_03
Facture	Numéro de la facture	1110-1	→	EF_ApCVsi11_E42_01

	Nom de la donnée	Référence de la donnée		Référence service signature Vitale ApCV (WS_ApCV11)
	Date de la facture	1110-3	→	EF_ApCVsi11_E42_02
	Montant total de la facture	1910-2	→	EF_ApCVsi11_E42_03
	Montant payé par l'assuré	cf RG_VF900 ci-dessous	→	EF_ApCVsi11_E42_04
Organisme obligatoire destinataire	ne pas renseigner en cas de DRE seule			
	Code régime	1310-1	→	EF_ApCVsi11_E09_01
	Code caisse	1310-2	→	EF_ApCVsi11_E09_02
	Code centre	1310-3	→	EF_ApCVsi11_E09_03
Organisme complémentaire destinataire	à renseigner uniquement en mode de gestion séparée			
	N° organisme complémentaire	1321-2	→	EF_ApCVsi11_E15_01
Prestation	Pour chaque prestation (groupes 1610, 1620 et 1630) :			
	Code acte de la prestation (lettre clé) facturée	1610-4	→	EF_ApCVsi11_E45_01
		1620-3		
		1630-3		
	Date d'exécution de la prestation	16XX-2	→	EF_ApCVsi11_E45_02
Montant calculé des honoraires de la prestation	1610-6	→	EF_ApCVsi11_E45_03	
	1620-4			
	1630-5			

[RG_VF900] Calculer le montant payé par l'assuré

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où le support Vitale est l'ApCV, le système de facturation doit calculer le montant total payé par l'assuré, c'est-à-dire le montant total de la facture diminué du montant total remboursable AMO en cas de tiers payant AMO et du montant total de la part complémentaire en cas de tiers payant complémentaire.

2.5.3.2.5 MF16.05 : Demander la signature Vitale de la FSE et/ou la DRE

Vue générale

Nom MF16.05 : Demander la signature Vitale de la FSE et/ou la DRE

Type Avec interaction avec le SI-ApCV

Description Cette fonction permet d'appeler le service de demande de signature Vitale de la FSE et/ou la DRE depuis une ApCV (ApCV-MP-002).

Règles de gestion

[RG_MF904] Appeler le service de demande de signature Vitale de la FSE et/ou de la DRE avec une ApCV (WS_ApCV11)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les paramètres en entrée

Nom de la donnée		Référence service signature Vitale ApCV (WS_ApCV11)
Empreinte de la FSE	→	EF_ApCVsi11_E50.03
Empreinte de la DRE	→	EF_ApCVsi11_E50.04
Identifiant du contexte ApCV (EF_BS26_03)	→	EF_ApCVsi11_E30.01
Matricule de l'assuré	→	EF_ApCVsi11_E50.01
Type de flux	→	EF_ApCVsi11_E50.02
Résumé de la facture	→	Cf RG_MF903

[RG_MF905] Récupérer la réponse à la demande de signature Vitale de la FSE et/ou de la DRE (WS_ApCV11)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les paramètres en sortie

Nom de la donnée		Référence service signature Vitale ApCV (WS_ApCV11)
Signature de la FSE	←	EF_ApCVsi11_S50.02
Signature de la DRE	←	EF_ApCVsi11_S50.03
Occurrence de la facture	←	EF_ApCVsi11_S50.04



Cas d'erreurs

[CE1] Contexte ApCV non valide

Le Professionnel de Santé ne peut pas signer la FSE et/ou la DRE.

Le système de facturation informe le Professionnel de Santé et lui propose une nouvelle authentification de l'utilisateur d'une ApCV et reprend la fonction « MF16 : Signer la FSE et/ou la DRE avec l'ApCV » du début.

[CE2] NIR OD incohérent

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation retourne le message « Numéro d'immatriculation transmis différent ».

Le Professionnel de Santé ne peut pas signer la FSE et ou/la DRE.

[CE3] Marquage de la facture incohérent

Le système de facturation retourne le message « Compatibilité de l'ApCV avec le marquage de la facture incohérente ».

Le Professionnel de Santé ne peut pas signer la FSE et ou/la DRE.

[CE4] Nombre maximal de facture atteint

Le système de facturation retourne le message « Nombre maximal de facture atteint ».

Le Professionnel de Santé ne peut pas signer la FSE et/ou la DRE.

Le système de facturation propose une nouvelle authentification de l'utilisateur d'une ApCV et reprend la fonction « MF16 : Signer la FSE et/ou la DRE avec l'ApCV » du début.

2.5.3.2.6 MF16.06 : Ajouter la signature Vitale à la FSE et/ou la DRE

Vue générale

Nom MF16.06 : Ajouter la signature Vitale à la FSE et/ou la DRE

Description Cette fonction permet d'ajouter la signature de la FSE dans la FSE et/ou la signature de la DRE dans la DRE.

Règles de gestion

[RG_MF906] Ajouter la signature Vitale à la FSE et/ou la DRE

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation ajoute la signature de la FSE dans la FSE et/ou la signature de la DRE dans la DRE.

Fonction à utiliser

SSV_AjouterSignatureAssureFacture

Les paramètres en entrée

Zone d'échange Facture

Voir description des groupes de données (Annexe 1-A0).

Les groupes d'entrée sont les suivants.

150 Groupe FSE

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 après calcul d'empreinte

Cette zone contient la FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire et après avoir fait l'objet d'un calcul d'empreinte.

Code d'authentification de la FSE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la FSE.

170 Groupe Signature FSE par ApCV

Signature FSE par ApCV

Signature de la FSE reçue en réponse du service de signature Vitale ApCV

160 Groupe DRE

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE après calcul d'empreinte

Cette zone contient la DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire et après avoir fait l'objet d'un calcul d'empreinte.

Code d'authentification de la DRE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la DRE.

180 Groupe Signature DRE par ApCV

Signature DRE par ApCV

Signature de la DRE reçue en réponse du service de signature Vitale ApCV

157 Groupe Occurrence de la facture

Occurrence de la facture

Occurrence de facture reçue en réponse du service de signature Vitale ApCV

**Les paramètres
en sortie**

Les groupes de sortie sont les suivants.

150 Groupe FSE

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 signée avec l'ApCV

Cette zone contient la FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire et après signature avec l'ApCV.

Code d'authentification de la FSE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la FSE.

160 Groupe DRE

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE signée avec l'ApCV

Cette zone contient la DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire et après signature avec l'ApCV.

Code d'authentification de la DRE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la DRE.

2.5.4 Signature CPS des factures

Fonction à
utiliser

SSV_SignerFactureCPS

Les paramètres
en entrée

Zone d'échange Facture

Voir description des groupes de données (Annexe 1-A0).

Code porteur PS

Numéro logique situation de facturation PS

Les groupes d'entrée sont fonction du mode de sécurisation.

- Pour les modes de sécurisation « 3 »

150 Groupe FSE

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 signée avec le support Vitale la carte Vitale

Cette zone contient la FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire après chiffrement et signature par le support Vitale la carte Vitale.

Code d'authentification de la FSE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la FSE.

160 Groupe DRE

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE signée avec le support Vitale la carte Vitale

Cette zone contient la DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire après chiffrement et signature par le support Vitale la carte Vitale

Code d'authentification de la DRE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la DRE.

- Pour les modes de sécurisation « 1 » « 5 »

150 Groupe FSE

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 chiffrée

Cette zone contient la FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire après chiffrement.

Code d'authentification de la FSE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la FSE.

160 Groupe DRE

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE chiffrée

Cette zone contient la DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire après chiffrement.

Code d'authentification de la DRE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la DRE.

**Les paramètres
en sortie**

Les groupes de sortie sont les suivants.

150 Groupe FSE

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 signée avec la carte CPS

Cette zone contient la FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire après chiffrement, signature par le support Vitale la carte Vitale et signature par la carte CPS.

160 Groupe DRE

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE signée avec la carte CPS

Cette zone contient la DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire après chiffrement, signature par le support Vitale la carte Vitale et signature par la carte CPS.

3 Cas particulier du forçage

3.1 Principe de la création d'un indicateur de forçage

Pour qu'un organisme d'Assurance Maladie puisse appliquer le principe de la garantie de paiement, il est indispensable qu'il détienne l'information relative à une éventuelle intervention du Professionnel de Santé ;

C'est à cette fin que sont créés dans la version 1.40 du Cahier des Charges SESAM-Vitale des indicateurs de forçage.

Quatre indicateurs, décrits dans le tableau ci-dessous, ont été créés :

Pour permettre une bonne compréhension des paragraphes suivants, les indicateurs ont été numérotés.

N° indicateur	Définition	Position groupe et libellé
indicateur ①	Indicateur de forçage de niveau facture qui indique que : <ul style="list-style-type: none"> les données bénéficiaires ont été modifiées : droits AMO (maternité, ALD) ou des données de la zone mutuelle. ou <ul style="list-style-type: none"> des éléments de niveau facture concourant à la tarification AMO ont été modifiés ou créés. 	1440-1 "Indicateur de forçage AMO niveau facture"
indicateur ②	Indicateur de forçage de niveau facture qui indique que les données AMC du bénéficiaire ont été modifiées (période de droits).	1440-2 "Indicateur de forçage AMC niveau facture"
indicateur ③	Indicateur de forçage de niveau acte qui indique qu'un ou plusieurs éléments concourant à la tarification AMO de la prestation ont été modifiés ou créés.	2000-2 "Indicateur de forçage AMO niveau acte"
indicateur ④	Indicateur de forçage de niveau acte qui indique qu'un ou plusieurs éléments concourant à la tarification de la part complémentaire de la prestation ont été modifiés ou créés.	2010-2 "Indicateur de forçage AMC niveau acte"

Ces quatre indicateurs fonctionnent indépendamment les uns des autres, i.e. la valorisation d'un indicateur n'entraîne pas de modification sur la valeur des autres indicateurs.

Ces quatre indicateurs sont valorisés par le progiciel, exception faite de l'indicateur ③ dans le cas des prestations CCAM valorisé par le service "Contrôle Complet CCAM" du module SRT et de l'indicateur ④ qui peut être valorisé par le service « tarification » des STS.

3.2 Principes de forçage de niveau facture

Aucune donnée n'est forçable sauf spécification contraire.

La prise en compte d'un autre support de droits n'est pas considérée comme un forçage.

3.2.1 Forçage des informations relatives au domaine de l'AMO

3.2.1.1 Forçage des droits à exonération du ticket modérateur liés à la maternité

Le Professionnel de Santé peut forcer la date de fin « théorique » de droits à l'exonération du ticket modérateur au titre de la maternité.

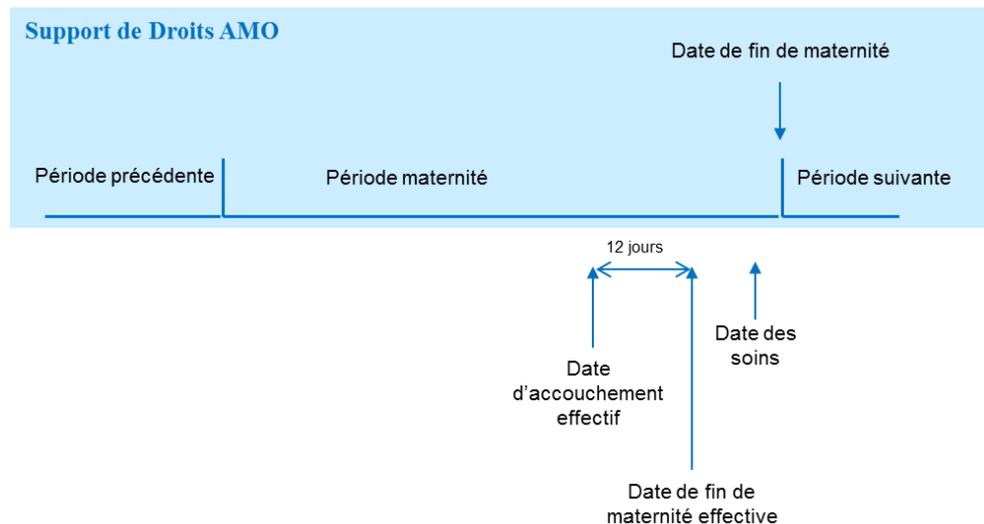
⇒ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « M ».

Dans ce cas, le code situation à prendre en compte pour la facturation est celui de la période d'exonération suivant la période de maternité, si elle existe, ou à défaut celui de la période précédant la période de maternité.



Illustration du cas d'usage

Ce forçage s'applique en cas d'accouchement prématuré par rapport à la date de fin de maternité connue sur le support de droits AMO :



3.2.1.2 Forçage d'une situation d'exonération modulation du ticket modérateur

La règle adoptée

Il n'est pas envisageable de permettre au Professionnel de Santé de modifier le périmètre fonctionnel d'une situation d'exonération / modulation présente en carte.



Cas particulier

Dès lors qu'une attestation papier et que le protocole de soins sont présentés, le Professionnel de Santé peut élaborer une facture pour des soins conformes au protocole de soins ALD

- lorsque l'ALD n'est pas présente en carte,

- ou lorsque les droits sont échus en carte (en prolongeant les droits du bénéficiaire à cette exonération).

⇒ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « A ».

3.2.1.3 Forçage des zones « service AMO famille » et « service AMO bénéficiaire »

Ce champ permet aux AMO de gérer, entre autres, des situations de tiers payant liées à l'individu.

Dès lors qu'une attestation papier est présentée et justifiant des droits y afférents, le Professionnel de Santé peut élaborer une facture en rapport avec ces droits lorsque ces droits ne sont pas présents en carte ou prolonger les droits du bénéficiaire.

⇒ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « S ».

3.2.1.4 Forçage des données liées à la nature d'assurance AT ou aux accidents de la vie privée

Dès lors que le Professionnel de Santé modifie une donnée des tables 11.2, 11.3 ou 11.4 de l'annexe 2.

⇒ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « W ».

3.2.1.5 Forçage des données liées au parcours coordonné de soins

Dès lors que le Professionnel de Santé modifie une donnée des tables 5 bis et 14 à 19 de l'annexe 2.

⇒ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « T ».

3.2.1.6 Forçage des données liées aux régimes à taux particuliers

Dès lors que le Professionnel de Santé modifie une donnée des tables 20.x ou 21.x de l'annexe 2.

⇒ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « U ».

3.2.1.7 Forçage de l'accès au tiers payant

Lorsque la « date de fin de droit AMO » est dépassée à la date de référence de la facture (cf. annexe1- Lecture Droits Vitale), le Professionnel de Santé peut accorder le tiers payant par forçage.

⇒ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « Y ».

3.2.1.8 Forçage des données liées à la nature d'assurance SMG

Dès lors que le Professionnel de Santé modifie une donnée de la table 30 de l'annexe 2,

⇒ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « Z ».

3.2.2 Forçage des informations relatives au domaine de la complémentaire

Il convient de distinguer la situation d'une complémentaire en gestion unique de la situation d'une complémentaire en gestion séparée.

Cette distinction repose soit sur l'analyse par le Professionnel de Santé du dispositif conventionnel lié à la dispense d'avance de frais sur la part complémentaire dont relève le bénéficiaire pour lequel il élabore une facture, soit sur le type de transmission.

3.2.2.1 Principes de forçage des données de la zone AMC

Forçage des bornes de la période de droits

Pour pratiquer le tiers payant, les droits de couverture Complémentaire doivent être ouverts à la date retenue par l'AMO pour la détermination des droits (cf. Corps 3.2.2.2 page 47 « Situation du bénéficiaire au regard du remboursement de la part complémentaire » et cf. Corps 3.2.2.6 page 50 « Situation particulière CMU-C »). Si ce n'est pas le cas, le Professionnel de santé peut modifier la période de validité des données.

⇒ L'indicateur de forçage ② sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « D ».

3.2.2.2 Principes de forçage des données de la zone mutuelle

Forçage de la période de droits complémentaires et garanties effectives

Les données mutuelle sont renseignées en carte Vitale et l'assuré présente une attestation papier comportant le même numéro de complémentaire mais avec une période de couverture et / ou des garanties effectives différentes.

Les dates de début et de fin de droits complémentaires ainsi que les garanties effectives sont modifiables par le Professionnel de Santé.

⇒ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « D ».

Mutuelle non présente en carte ou Mutuelle différente de celle contenue dans la carte

Dès lors que la mutuelle n'est pas gérée en carte Vitale ou que la Mutuelle choisie par l'assuré n'est pas celle identifiée dans la carte et que l'assuré présente une attestation papier émise par une mutuelle en convention de gestion, dans ce cas l'attestation fait foi, et le Professionnel de Santé utilisera ces données pour l'établissement de la facture.

⇒ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « N ».

3.2.2.3 Principes de forçage pour des données liées à un bénéficiaire de la C2S CMU-C, à un sortant de C2S CMU-C

Dès lors que le bénéficiaire des soins présente une attestation papier justifiant ses droits à la C2S CMU-C ou une attestation justifiant ses droits de sortant de C2S CMU-C, le Professionnel de Santé peut :

- élaborer une facture en rapport avec ses droits lorsque sa situation au regard de la C2S CMU-C ou de sortant de C2S CMU-C n'est pas présente en carte
- ou prolonger les droits de la situation de C2S CMU-C ou de sortant de C2S CMU-C contenue en carte.

⇒ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « N ».

La présentation par un assuré d'une attestation papier prolongeant et justifiant ses droits à la C2S CMU-C, ne doit pas être considérée comme une attestation de sortant de C2S CMU-C.

3.2.3 Cumul des indicateurs de forçage au regard des données de la carte Vitale et de la facturation AMO niveau facture

Lors de l'analyse du forçage des données de la carte Vitale, plusieurs valeurs de l'indicateur ① sont possibles ; ceci indiquant que lors de l'élaboration de la facture, le Professionnel de Santé a été confronté à plusieurs cas de forçage. En conséquence, le progiciel renseigne une valeur d'indicateur de forçage significative du cumul.

Cas de Cumul possible de l'indicateur N° ①	Valeur à renseigner par le progiciel
Y + tout autre indicateur	Y
M + D	O
M + N	P
M + S	R
S + D	G
S + N	H
A + D	I
A + N	J
T+Z	T

Cas de Cumul possible de l'indicateur N° ①	Valeur à renseigner par le progiciel
M + W, T ou U	M
N + W, T ou U	N
D + W, T ou U	D
S + W, T ou U	S
A + W, T ou U	A
O + W, T ou U	O
P + W, T ou U	P
R + W, T ou U	R
G + W, T ou U	G
H + W, T ou U	H
I + W, T ou U	I
J + W, T ou U	J

3.3 Principes de forçage de niveau acte

3.3.1 Forçage des informations relatives au domaine de l'AMO

3.3.1.1 Forçage des éléments de tarification hors CCAM

Principes

La création d'un nouvel acte ou la modification des attributs du code prestation sont considérés comme un forçage.

Ce forçage ne concerne pas les prestations de type honoraire générées par le système de facturation : pour toute prestation de type honoraire générée (cf. Annexe 2 – Table 1 - Groupe fonctionnel général et origine de la prestation), aucune information de la prestation ne doit être modifiable (forçable) par le Professionnel de Santé.

Données forcées

Forçage des données de la facture pour une prestation Hors CCAM

Les données de la facture qui peuvent être « forcées » par le Professionnel de Santé sont présentées dans le tableau suivant avec, en regard, la table de l'annexe2 dans laquelle ces données sont spécifiées.

Données forçables Hors CCAM	Table de l'annexe 2	Valeur indicateur
<ul style="list-style-type: none"> la nature de prestation ou code de l'acte 	table 1	A
<ul style="list-style-type: none"> les caractéristiques du code prestation (type de prestation, type de nomenclature, groupe fonctionnel ou top codage affiné) Attention : pour toute prestation de la table 1, la donnée « origine prestation » n'est pas une donnée forçable. 	table 1	C
<ul style="list-style-type: none"> la compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance 	table 4	C
<ul style="list-style-type: none"> la nécessité d'une prescription pour l'acte effectué 	table 4	C
<ul style="list-style-type: none"> la nécessité d'un coefficient et les valeurs minimale et maximale spécifiées pour ce coefficient 	table 4	C
<ul style="list-style-type: none"> la compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement 	table 4	C
<ul style="list-style-type: none"> la compatibilité de l'acte avec une majoration de nuit, dimanche ou férié 	table 4	C
<ul style="list-style-type: none"> le taux théorique de remboursement 	table 4	C
<ul style="list-style-type: none"> la compatibilité de l'acte avec la spécialité du Professionnel de Santé 	table 2	C
<ul style="list-style-type: none"> la compatibilité de l'acte avec le contexte conventionnel du Professionnel de Santé (règle R1bis) dans le respect des tarifs opposables (règles P3 et P4) s'il y a lieu 	table 2bis	C
<ul style="list-style-type: none"> la compatibilité de l'acte avec la qualité du bénéficiaire 	table 3	C
<ul style="list-style-type: none"> la compatibilité de l'acte avec l'âge du bénéficiaire 	table 3	C

Données forçables Hors CCAM	Table de l'annexe 2	Valeur indicateur
• la compatibilité de l'acte avec la nécessité d'une entente préalable	table 6	C
• la compatibilité de l'acte avec le qualificatif de la dépense	table 7	C
• la compatibilité de l'acte ne pouvant être facturé seul	table 12	C
• la compatibilité de l'acte avec un second acte de panier de soins optiques différent (règle R44)		C

Indicateur de forçage

Valorisation de l'indicateur de forçage AMO pour une prestation Hors CCAM

La création d'un nouveau code prestation non CCAM (forçage de la table 1 de l'annexe 2) entraîne la valorisation par le progiciel de l'indicateur de forçage AMO à la valeur **A**.

La modification d'un ou plusieurs attributs du code prestation (forçage des tables 2 à 7 et 12 de l'annexe 2) entraîne la valorisation par le progiciel de l'indicateur de forçage AMO à la valeur « **C** ».



Remarque : une prestation de type honoraire générée n'étant pas concernée par le forçage, l'indicateur de forçage AMO est nécessairement **non renseigné**.

3.3.1.2 Forçage des éléments de tarification CCAM

Dans le contexte CCAM, deux options de forçage sont offertes au Professionnel de Santé :

- modification de données CCAM liées au code regroupement (tables de l'Annexe 2 ; il s'agit d'une modification permanente), **ou à la table des plafonds**,
- modification de données CCAM dans le référentiel électronique CCAM (s'il s'agit d'une modification permanente),
- modification des données de la facture (s'il s'agit d'une modification ponctuelle).

3.3.1.2.1 Forçage de certains éléments liés aux codes regroupements CCAM ou à la table des plafonds

Dès lors que le Professionnel de Santé modifie une donnée des tables 4 bis ou 7bis, **ou passe outre les informations en table des plafonds**, l'indicateur de forçage AMO de niveau acte doit être positionné par le progiciel :

Données forçables liées aux codes regroupements	Table de l'annexe 2	Valeur indicateur
• Taux de remboursement de base d'un acte CCAM	table 4bis	N
• La compatibilité du code regroupement avec le qualificatif de la dépense	table 7bis	N
• la compatibilité des paniers de soins sur une même dent (règle R43 de l'annexe 2)	DF_PFD	C

Si le service « Contrôle Complet CCAM » du module SRT retourne un indicateur de forçage, il est prioritaire.

3.3.1.2.2 Forçage des données du référentiel électronique CCAM

La liste des données du référentiel électronique CCAM modifiables par le Professionnel de Santé est la suivante :

- prix unitaire d'un acte,
- supplément de charges en cabinet d'un acte,
- code regroupement d'un acte,
- majoration du prix unitaire d'un acte pour un DOM,
- règle tarifaire (= taux de réduction) pour une association non prévue,
- seuil minimum pour exonération du TM,
- forfait associé à un modificateur,
- taux associé à un modificateur,
- forfait à appliquer sur la base de remboursement pour les Professionnels de Santé non conventionnés,
- taux de réduction à appliquer sur la base de remboursement pour les Professionnels de Santé non conventionnés.

Le progiciel effectue la modification demandée par le Professionnel de Santé en utilisant le service "ModifierDonnee" du module SRT. (cf. Annexe 1 - partie C).

3.3.1.2.3 Forçage des données de la facture pour une prestation CCAM

Pour une prestation CCAM, les données de la facture qui peuvent être « forcées » par le Professionnel de Santé sont les suivantes :

- la compatibilité entre la spécialité de l'exécutant et l'acte effectué,
- la compatibilité entre la nature d'assurance et l'acte effectué,
- la nécessité d'une entente préalable pour l'acte effectué,
- le code justificatif d'exonération,
- le prix unitaire,
- la base de remboursement,
- le taux de remboursement,

ainsi que les informations spécifiques CCAM suivantes :

- le code acte,
- le code activité,
- le code phase de traitement,
- les modificateurs,
- le code association,
- le code remboursement exceptionnel,
- le code regroupement,
- les numéros de dent.

Le forçage d'une donnée de la facture équivaut à dire que le Professionnel de Santé outre-passe les règles correspondantes :

Données forçables	Règles CCAM outre-passables	
• Spécialité PS	RC5	Compatibilité du couple acte/activité avec la spécialité de l'exécutant
• Nature d'assurance	RC8	Compatibilité entre le code acte CCAM et la nature d'assurance
• Nécessité d'une entente préalable	RC7	Contrôle de la nécessité d'une entente préalable pour un code acte CCAM
• Code justificatif d'exonération	TCxx	Le forçage consiste à mettre une valeur de code justificatif d'exonération incompatible par rapport aux règles TC ou qui n'existe pas.
• PU	BC1	Calcul du Prix unitaire
• BR	BC99	Calcul de la Base de Remboursement
• Taux	TCxx	Le forçage consiste à mettre une valeur de taux incompatible par rapport aux règles TC.
• Code acte CCAM	CC8	Validité du code acte CCAM Le forçage correspond à saisir un code acte CCAM : <ul style="list-style-type: none"> • soit qui n'existe pas dans le référentiel CCAM, • soit qui n'est pas valide à la date des soins
• Activité	RC1	Compatibilité entre le code acte CCAM et le code activité Le forçage correspond à saisir un code activité non prévu dans le référentiel électronique pour le code acte CCAM
• Phase	RC2	Compatibilité entre le couple acte/activité et le code phase de traitement Le forçage correspond à saisir un n° de phase de traitement non prévu dans le référentiel électronique pour le code acte CCAM
• Modificateurs tarifants (existence)	CC9	Contrôle valeur des modificateurs tarifants
• Modificateurs non tarifants (existence)	CC9B	Contrôle valeur des modificateurs non tarifants
• Modificateurs (tarifants ou non) (compatibilité)	RC4	Compatibilité entre le code modificateur et l'âge du bénéficiaire
	RC12	Compatibilité entre 2 codes modificateurs
	RC18	Contrôle lié à la présence répétée d'un code modificateur
	RC3	Compatibilité entre le couple acte/activité et le code modificateur
• Code Association	CC1	Valeur du code association
• Code remboursement exceptionnel	CC11	Demande de remboursement exceptionnel pour un acte remboursable sous condition Ce forçage consiste à demander un remboursement exceptionnel pour un acte remboursable ou non remboursable dans la mesure où cet acte est devenu remboursable sous condition et que le référentiel électronique ignore cette modification

Données forçables	Règles CCAM outre-passables	
• Code regroupement	CC7	Contrôle existence du code regroupement Contrôle compatibilité du code regroupement avec le code acte/activité.
• N° de dents	CC5	Renseignement des n° de dents Ce forçage consiste à ne pas renseigner le nombre minimum de dents à traiter
	RC14	Compatibilité code de l'acte/ n° de dent
• Sans Objet	CC3	Acte complémentaire facturé isolément

3.3.1.2.4 Forçage et débrayage

Lorsque le Professionnel de Santé demande le forçage d'une donnée, il confirme qu'il veut outrepasser le résultat fourni par le progiciel suite à l'application d'une règle CCAM. La règle outrepassée déclenche alors éventuellement le débrayage d'un ensemble de règles que le progiciel n'est plus tenu de vérifier (car non vérifiables pour des raisons techniques) **pour la prestation CCAM forcée.**

Exemple : le forçage du code acte CCAM revient à utiliser un code acte inexistant ou non valide dans la base CCAM. En conséquence, il n'est plus possible de vérifier toutes les compatibilités des données de la facture avec ce code acte, ses attributs en base étant inconnus.

Le tableau ci-dessous présente pour chaque règle outrepassable la liste des règles débrayables en conséquence :

Donnée forcée	Règle outrepassée déclenchante	Règles non vérifiables en conséquence			
		Règles de niveau acte		Règles traitées pour l'ensemble de la facture	
Acte	CC8	CC6	Obligation codage CCAM	BC1	Calcul PU
		CC9	Valeur des modificateurs	BC99	Calcul BR
		CC12	Acte CCAM/code regroupement	CC1	Association d'actes
		CC13	Modificateurs AMC	RC15-RC17	Compatibilité entre actes CCAM
		CC14	Supplément de charge en cabinet	TC5	Exonération Facture
		CC15	Compatibilité taux/justif d'exonération		
		RC4	Compatibilité modificateur/âge du bénéficiaire		
		RC6	Frais de déplacement		
		RC11	Modificateur Férié		
		RC12	Compatibilité modificateurs entre eux		
		RC18	Modificateur multiple		
		CC3	Acte complémentaire isolé		
		CC5	Renseignement des n° de dents		
		CC7	Code regroupement		
CC11	Exonération Facture				
CC16	Compatibilité date de naissance/date des soins				

Donnée forcée	Règle outrepassée déclenchante	Règles non vérifiables en conséquence			
		Règles de niveau acte		Règles traitées pour l'ensemble de la facture	
		RC1	Code activité		
		RC2	Code phase		
		RC3	Code modificateur		
		RC5	Compatibilité spécialité Exécutant		
		RC7	Compatibilité Entente préalable		
		RC8	Compatibilité Nature d'Assurance		
		RC9	Compatibilité Agrément Radio		
		RC13	Compatibilité Age du bénéficiaire		
		RC14	N° de dents		
		TC1	Exonération Prévention		
		TC2;TC3, TC4;T5, T6	Exonération Acte CCAM		
Activité	RC1	RC2	Code phase	RC15- RC17	Compatibilité entre actes CCAM
		RC3	Code modificateur	CC1	Association d'actes
		RC5	Compatibilité spécialité Exécutant	BC1	Calcul PU
		RC9	Compatibilité Agrément Radio	BC99	Calcul BR
		RC13	Compatibilité Age du bénéficiaire	TC5	Exonération Facture
		RC14	N° de dents		
		CC5	Renseignement des n° de dents		
		CC7	Code regroupement		
		TC2;TC3, TC4; T5, T6	Exonération Acte CCAM		
Phase	RC2	RC13	Compatibilité Age du bénéficiaire	BC1	Calcul PU
		RC14	N° de dents	BC99	Calcul BR
		CC5	Renseignement des n° de dents	TC5	Exonération Facture
		TC2;TC3, TC4; T5, T6	Exonération Acte CCAM		
Modificateur tarifant (existence)	CC9	RC12	Compatibilité modificateurs entre eux	BC99	Calcul BR
		RC18	Modificateur multiple	TC5	Exonération Facture
		RC3	Code modificateur		
		RC4	Compatibilité modificateur/âge du bénéficiaire		
		CC13	Modificateurs AMC		
		TC2;TC3, TC4; T5, T6	Exonération Acte CCAM		

Donnée forcée	Règle outrepassée déclenchante	Règles non vérifiables en conséquence			
		Règles de niveau acte		Règles traitées pour l'ensemble de la facture	
Modificateur non tarifant (existence)	CC9B	RC12	Compatibilité modificateurs entre eux		
		RC18	Modificateur multiple		
		RC3	Code modificateur		
		RC4	Compatibilité modificateur/âge du bénéficiaire		
		CC13	Modificateurs AMC		
Code association	CC1	TC2;TC3, TC4; T5, T6	Exonération Acte CCAM	BC99	Calcul BR
				RC15-RC17	Compatibilité entre actes CCAM
				TC5	Exonération Facture
BR	BC99	TC2;TC3, TC4; T5, T6	Exonération Acte CCAM	TC5	Exonération Facture

Pour les règles de niveau acte, le progiciel n'est pas tenu de contrôler les règles rendues non vérifiables par un forçage.

Les règles traitées pour l'ensemble de la facture sont, quant à elles, automatisées par un service du module SRT (cf. dernière colonne du tableau ci-dessus). Le progiciel est tenu d'appeler le service SRT avec en entrée l'ensemble des prestations CCAM de la facture, en précisant, s'il y a lieu, pour chaque prestation la référence de la ou des règles outrepassées.

La liste des services en question est précisée dans le tableau ci après :

Service SRT	Règle	Description
C-Comptabilité	RC15 et RC17	Compatibilité entre actes CCAM
C-Association	CC1	Association d'actes
C-PU	BC1	Calcul Prix Unitaire
C-BR	BC99	Calcul Base de Remboursement
C-ExoFacture	TC5	Exonération Facture

3.3.1.2.5 Valorisation de l'indicateur de forçage AMO pour une prestation CCAM

Dans le cas de forçage d'une prestation CCAM, directement dans la facture ou au niveau du référentiel électronique CCAM, le groupe 2000 contenant l'indicateur de forçage AMO est renseigné par le service de "Contrôle Complet CCAM" du module SRT.

Forçages des données du référentiel électronique

Les forçages au niveau du référentiel électronique CCAM sont détectés automatiquement par le "Contrôle Complet CCAM" dès qu'il est amené à utiliser une valeur du référentiel modifiée par le Professionnel de Santé.

Forçage des données de la facture

Le Professionnel de Santé signifie une première fois au cours de la constitution de la facture sa volonté de forcer une donnée lorsqu'il décide de modifier le résultat d'une règle CCAM. La règle en question est considérée outrepassée.

Afin de ne pas demander confirmation du forçage en question au Professionnel de Santé, le service de "Contrôle Complet CCAM" ne génère pas de diagnostic dans ce cas-là. Pour cela, il est nécessaire que SRT sache a priori qu'il y a intention de forçage.

Le progiciel doit donc transmettre, parmi les données d'entrée du service "Contrôle Complet CCAM" (à savoir les groupes de la facture), la référence de chaque règle outrepassée pour chaque prestation CCAM. Ainsi, pour toute erreur détectée, le service "Contrôle Complet CCAM" détermine s'il s'agit d'une erreur ou d'un forçage, et ne remonte pas de diagnostic d'erreur dans les cas de forçage.

En plus des diagnostics relatifs aux erreurs détectées, le "Contrôle Complet CCAM" retourne, une liste d'indicateurs de forçage AMO valorisés (groupes 2000) correspondant soit aux forçages déclarés, soit aux erreurs détectées sur des règles outre passables.

Chaque diagnostic correspond à une erreur dont la correction doit être demandée au Professionnel de Santé. S'il s'agit d'une règle outre passable, le Professionnel de Santé peut décider de ne pas corriger l'erreur. S'il s'agit d'une règle non outre passable, le Professionnel de Santé est obligé d'effectuer la correction.

Si le Professionnel de Santé effectue des corrections suite aux diagnostics qui lui sont présentés, il est recommandé au progiciel de reprendre le processus de constitution de la facture depuis le début, afin de vérifier toutes les règles de contrôle et recalculer les éléments de tarification. Le progiciel a obligation de repasser le "Contrôle Complet CCAM".

Dans le cas contraire, (le Professionnel de Santé n'effectue aucune correction) cela revient à confirmer les forçages. Le Progiciel doit ajouter à la zone d'échange facture fournie en entrée de la fonction SSV « Formater Factures », les groupes 2000 restitués par le « Contrôle Complet CCAM », afin que les indicateurs de forçage soient transmis dans le flux. Le flux peut alors être mis en forme et transmis.

Exceptions : pour une ligne d'acte donnée, en cas de forçage cumulé qui comporte le forçage du « montant remboursable par l'AMO » et/ou le forçage du « plafond des honoraires », le progiciel doit modifier la valeur de l'indicateur de forçage fournie par le Contrôle Complet CCAM comme précisé au § ci-après « Cumul de plusieurs forçages de niveau acte ».

En tout état de cause, il est indispensable d'effectuer toutes les corrections nécessaires portant sur les règles non outre passables.

3.3.1.3 Forçage du montant remboursable par l'AMO

Pour chaque prestation de la facture saisie par le Professionnel de Santé, celui-ci a la possibilité de modifier le « **montant remboursable par l'AMO** », calculé par le progiciel.

⇒ L'indicateur de forçage ③ sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « 5 ».

En cas de forçage du « **montant remboursable par l'AMO** » d'une ou plusieurs lignes d'acte de la facture, le progiciel est tenu de :

- garantir l'exactitude du montant « total remboursable par l'AMO » (champ 1910-3),
- vérifier, pour chaque ligne d'acte, le respect du principe de « non-enrichissement sans cause » à savoir que la somme du « **montant remboursable par l'AMO** » (champ 1610-14) et du « montant théorique remboursable par l'AMC » (champ 1610-15) est nécessairement inférieur ou égal au « montant des honoraires » (champ 1610-6).

Dés lors que le « **montant remboursable par l'AMO** » est forcé, il convient de recalculer le « montant théorique remboursable par l'AMC ».



Cas particulier

En cas de délivrance d'un médicament princeps non soumis à TFR et pour lequel il existe un tarif ajusté en base médicaments et :

- Ayant fait l'objet d'un refus de substitution par l'assuré

Le Professionnel de Santé n'a pas la possibilité de modifier le montant remboursable par l'assurance maladie obligatoire déterminé par le système de facturation.

Mise en œuvre

Il est recommandé au progiciel d'offrir au Professionnel de Santé la possibilité de forcer le « **montant remboursable par l'AMO** » après le calcul par le progiciel lui-même de cette part AMO. Ainsi ce forçage consistera pour le Professionnel de Santé en une correction du calcul du progiciel, sur la base de consignes transmises par l'Assurance Maladie

3.3.1.4 Forçage du plafond des honoraires

Si le professionnel de santé outrepassé une des règles de contrôle P5, P6 ou P7 (i.e. dépassement du montant du plafond dentaire, du tarif opposable ou du prix limite de vente), alors l'indicateur de forçage ③ est valorisé par le progiciel avec la valeur « 6 ».

3.3.1.5 Cumul de plusieurs forçage de niveau acte

En cas de forçage multiple pour une même ligne d'acte, l'indication du forçage du « **montant remboursable par l'AMO** » et/ou du « plafond des honoraires » sont nécessairement **prioritaires**.

Ainsi les cas de cumuls possibles et le renseignement de l'indicateur de forçage ③ sont présentés dans le tableau ci-après :

		Montant remboursable par l'AMO	Plafond des honoraires	Éléments de tarification hors CCAM NGAP ou table des plafonds dentaires	Éléments liés aux codes regroupements CCAM	Éléments de tarification CCAM
		5	6	A ou C	N	Ω(*)
Montant remboursable par l'AMO	5	5	7	5	5	5
Plafond des honoraires	6	7	6	6	6	6
Éléments de tarification hors CCAM NGAP ou table des plafonds dentaires	A ou C	5	6	A ou C	N	Ω
Éléments liés aux codes regroupements CCAM	N	5	6	N	N	Ω
Éléments de tarification CCAM	Ω(*)	5	6	Ω	Ω	Ω

(*)Ω représente la valeur retournée par le Contrôle Complet CCAM.

Ainsi :

- en cas de forçage du « **montant remboursable par l'AMO** » d'une ligne d'acte CCAM, la valeur 5 de l'indicateur de forçage vient remplacer la valeur retournée par le service Contrôle Complet CCAM dans le groupe 2000.
- en cas de forçage du « **plafond des honoraires** » d'une ligne d'acte CCAM, la valeur 6 de l'indicateur de forçage vient remplacer la valeur retournée par le service Contrôle Complet CCAM dans le groupe 2000.
- en cas de forçage cumulé du « **montant remboursable par l'AMO** » et du « **plafond des honoraires** » d'une ligne d'acte CCAM, la valeur 7 de l'indicateur de forçage vient remplacer la valeur retournée par le service Contrôle Complet CCAM dans le groupe 2000.

3.3.2 Forçage des informations relatives au domaine de la part complémentaire

Le Professionnel de Santé peut renseigner le montant AMC d'un acte avant déclenchement des STS ou modifier les montants restitués par les STS (selon le Top modification).

Dans ce cas, le progiciel valorise un indicateur de niveau acte.



Cas particulier

En cas de délivrance d'un médicament princeps non soumis à TFR et pour lequel il existe un tarif ajusté en base médicaments et :

- Ayant fait l'objet d'un refus de substitution par l'assuré

Le Professionnel de Santé n'a pas la possibilité de modifier le montant remboursable par l'assurance maladie complémentaire déterminé par le système de facturation.

Dès lors que le Professionnel de Santé modifie le montant AMC au niveau facture, le progiciel renseigne l'indicateur de forçage pour toutes les lignes d'acte.

⇒ L'indicateur de forçage ④ sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « 1 ».

Si le montant AMC est calculé par le logiciel métier sans utilisation des STS, le progiciel valorise l'indicateur de forçage ④ avec la valeur « 1 ».



Cas particulier de la « réponse de prise en charge »

Lors de la valorisation des montants de la part complémentaire dans la facture, que ce soit en mode 1(acquisition ligne à ligne) ou mode 2 (ventilation du montant global).

⇒ L'indicateur de forçage ④ sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « 1 ».

4 Préparation du fichier à transmettre

4.1 ~~La fonction « Mise en forme et sécurisation Lot »~~ Les fonctions de mise en forme et de sécurisation des lots

La fonction Les fonctions de Mise en forme et de sécurisation Lot a-ont pour objet de restituer au progiciel du Professionnel de Santé un lot sécurisé de FSE ou de DRE en présence de la carte du Professionnel de Santé

Hors Remplacement

Dans le cas d'une utilisation hors remplacement, les champs « N° identification de Professionnel de Santé titulaire », « Clé du numéro d'identification du Professionnel de Santé titulaire » et « N° logique de la situation de facturation du Professionnel de Santé titulaire » dans le groupe de données 8 « caractéristiques de mise en lot de FSE » (ou 88 « caractéristiques de mise en lot de DRE ») ainsi que les champs « identification du Professionnel de Santé signataire du lot » et « clé identification du Professionnel de Santé signataire du lot » du groupe de données 7 ou 87 sont à renseigner avec les informations du Professionnel de Santé titulaire.

Remplacement

Dans le cas d'un remplacement :

Les champs du groupe de données 8 « caractéristiques de mise en lot de FSE » (ou 88 « caractéristiques de mise en lot de DRE »)

- « N° identification de Professionnel de Santé titulaire »,
- « Clé du numéro d'identification du Professionnel de Santé titulaire »

sont à renseigner avec les informations du Professionnel de Santé titulaire (remplacé).

Le champ du groupe de données 8 (ou 88)

- « N° logique de la situation de facturation du Professionnel de Santé »

est à renseigner avec les informations du Professionnel de Santé du signataire du lot.

Les champs du groupe de données 7 ou 87 :

- « identification du Professionnel de Santé signataire du lot »
- et « clé identification du Professionnel de Santé signataire du lot »

sont à renseigner avec les informations du Professionnel de Santé remplaçant.

Les champs « type émetteur fichier » et « n° émetteur fichier » sont renseignés avec les informations du Professionnel de Santé remplacé.

Fonction à utiliser

SSV_FormaterLot

4.1.1 Mise en forme des lots

4.1.1.1 Si constitution d'un lot de FSE

Les paramètres en entrée

Code porteur

Cette information peut être fournie par le progiciel du Professionnel de Santé.

7 **Groupe PS signataire du lot** (PS titulaire hors période de remplacement, PS remplaçant pendant la période de remplacement)

N° d'identification du PS signataire du lot

Clé du N° d'identification du PS signataire du lot

8 **Groupe Caractéristiques mise en lot de FSE**

N° d'agrément du Progiciel de Santé

N° agrément du progiciel du Professionnel de Santé attribué par l'Assurance Maladie.

N° d'identification de facturation du PS titulaire

N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé titulaire (il s'agit du N° du PS titulaire en période de remplacement)

Clé du n° d'identification de facturation du PS titulaire

Nom ou raison sociale du PS titulaire

N° logique de la situation de facturation du PS signataire du lot

N° logique de situation dans laquelle le Professionnel de Santé signe le lot.

Type émetteur fichier

TP : Professionnel de Santé autre qu'établissement

TE : Etablissement ou soins

SI : Autres émetteurs (sociétés civiles professionnelles, sociétés civiles de moyens).

N° émetteur fichier

si type émetteur est TP ou TE, le N° émetteur est le N° Identification facturation PS et clé

si type émetteur est SI, le N° émetteur est attribué par l'organisme d'assurance maladie (de préférence N° SIRET).

Date du lot

Date et heure d'élaboration du lot (est supérieure ou égale à la date de toutes les FSE contenues dans le lot).

Rang du lot

Indique le rang du lot dans une série à sécuriser (premier, courant, dernier, lot unique) ainsi que le type de réseau utilisé (transfert de fichier ou RSS)

N° du Lot

Attribué par le progiciel (évoluant de 001 à 999 pour le Professionnel de Santé considéré). Cette règle pourrait évoluer dans le cas d'un changement de norme d'échange.

Nombre de FSE

Type d'identification structure

N° d'identification structure

Clé du n° d'identification structure

6 Groupe *Caractéristiques lot de FSE*

CRL de FSE

Critère de regroupement en lots restitué par la fonction « *Formater Factures* »

9 Groupe *Lot de FSE*

FSE formatés mises bout à bout

~~Ensemble des zones d'échanges FSE (restituée par la fonction Formater Factures)~~ Ensemble de FSE formatées et sécurisées ayant même critère de regroupement en lots et triées par ordre croissant des numéros de FSE

15 Groupe *Caractéristiques Centre de Santé*

Catégorie

Code catégorie attribué par la DDASS ou la DRASS pour les centres de santé.

Statut juridique

Code statut juridique attribué par la DDASS ou la DRASS pour les centres de santé, à renseigner lorsque celui-ci a connaissance de ce numéro.

Mode de fixation des tarifs

Code mode de fixation des tarifs attribué par la DDASS ou la DRASS pour les centres de santé, à renseigner lorsque celui-ci a connaissance de ce numéro.

Les paramètres en sortie

10 Groupe *Caractéristiques fichier de FSE*

CRF de FSE

Critère de regroupement en fichier Information utilisée pour la fonction « *Mise en forme en-tête et fin de fichier* »

13 Groupe *Identification lot de FSE*

Syntaxe utilisée

Indique la norme d'échange du lot (et des FSE).

Type émetteur lot

Identifie le type du numéro émetteur.

Emetteur du lot

N° émetteur du lot

Destinataire lot

- N° destinataire du lot
Composé de :
1. six zéros
 2. le code régime
 3. le code organisme destinataire
 4. trois zéros

Référence lot

Cette référence est celle restituée dans l'ARL pour permettre au progiciel d'effectuer le rapprochement de ce dernier avec le lot concerné (cf. annexe1-B)

Type de flux

Permet de déterminer la valeur du champ « content-description » de l'entête SMTP du message contenant ce lot (cf. Annexe 4).

Entête champ sujet message FSE

Destiné à renseigner le début du champ « subject » de l'entête SMTP du message contenant ce lot (cf. Annexe 4).

11 Groupe Lot de FSE

Lot de FSE formaté et sécurisé AMO

Lot complété et sécurisé en fonction de la norme AMO

Code d'authentification du lot

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité du lot.

4.1.1.2 Si constitution d'un lot de DRE

Les paramètres en entrée

Code porteur

Cette information peut être fournie par le progiciel du Professionnel de Santé.

87 Groupe PS signataire du lot

N° d'identification du PS signataire du lot

Clé du N° d'identification du PS signataire du lot

88 Groupe Caractéristiques mise en lot de DRE

N° d'agrément du progiciel de santé

N° agrément du progiciel du Professionnel de Santé attribué par l'Assurance Maladie.

N° d'identification de facturation du PS titulaire

N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé titulaire (il s'agit du PS titulaire en période de remplacement)

Clé du n° d'identification de facturation du PS titulaire

Nom ou raison sociale du PS titulaire

N° logique de la situation de facturation du PS signataire du lot

N° logique de situation dans laquelle le Professionnel de Santé signe le lot.

Type émetteur fichier

TP : Professionnel de Santé autre qu'établissement

TE : Etablissement ou soins

SI : Autres émetteurs (sociétés civiles professionnelles, sociétés civiles de moyens).

N° émetteur fichier

si type émetteur est TP ou TE, le N° émetteur est le N° Identification facturation PS et clé

si type émetteur est SI, le N° émetteur est attribué par l'organisme d'assurance maladie (de préférence N° SIRET).

Date du lot

Date et heure d'élaboration du lot (est supérieure ou égale à la date de toutes les DRE contenues dans le lot).

Rang du lot

Indique le rang du lot dans une série à sécuriser (premier, courant, dernier, lot unique) ainsi que le type de réseau utilisé (transfert de fichier ou RSS)

N° du Lot

Attribué par le progiciel (évoluant de AAA à ZZZ pour le Professionnel de Santé considéré). Cette règle pourrait évoluer dans le cas d'un changement de norme d'échange.

Nombre de DRE

86 **Groupe** *Caractéristiques lot de DRE*

CRL de DRE

Critère de regroupement en lots restitué par la fonction « *Formater Factures* »

89 **Groupe** *Lot de DRE*

DRE formatées mises bout à bout

Ensemble des zones d'échanges DRE (restituée par la fonction *Formater Factures* Ensemble de DRE formatées et sécurisées ayant même critère de regroupement en lots et triées par ordre croissant des numéros de DRE

15 **Groupe** *Caractéristiques Centre de Santé*

Catégorie

Code catégorie attribué par la DDASS ou la DRASS pour les centres de santé.

Statut juridique

Code statut juridique attribué par la DDASS ou la DRASS pour les centres de santé, à renseigner lorsque celui-ci a connaissance de ce numéro.

Mode de fixation des tarifs

Code mode de fixation des tarifs attribué par la DDASS ou la DRASS pour les centres de santé, à renseigner lorsque celui-ci a connaissance de ce numéro.

Les paramètres en sortie

90 **Groupe** *Caractéristiques fichier de DRE*

CRF de DRE

Critère de regroupement en fichier.
Information utilisée pour la fonction « *Mise en forme en-tête et fin de fichier* »

93 **Groupe** *Identification lot de DRE*

Emetteur du lot

N° organisme complémentaire

Référence lot

Première partie adresse

Cette donnée est utilisée pour constituer l'adresse de routage du message (partie gauche du « @ »).

Nom de domaine AMC

Cette donnée est utilisée pour constituer l'adresse de routage du message (partie droite du « @ »).

Type de flux

Permet de déterminer la valeur du champ « content-description » de l'entête SMTP du message contenant ce lot (cf. Annexe 4).

Entête champ sujet message DRE

Destiné à renseigner le début du champ « subject » de l'entête SMTP du message contenant ce lot (cf. Annexe 4).

91 **Groupe** *Lot de DRE*

Lot de DRE formaté

Lot complété **et sécurisé** en fonction de la norme AMC

Code d'authentification du lot

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité du lot.

4.1.2 **Signature CPS des lots**

Fonction à utiliser

SSV_SignerLotCPS

4.1.2.1 **Si constitution d'un lot de FSE**

Les paramètres en entrée

Code porteur

Cette information peut être fournie par le progiciel du Professionnel de Santé.

11 **Groupe** *Lot de FSE*

Lot de FSE formaté
Code d'authentification du lot

16 **Groupe** *Informations sécurisation lot*

Rang du lot

Indique le rang du lot dans une série à sécuriser (premier, courant, dernier, lot unique) ainsi que le type de réseau utilisé (transfert de fichier ou RSS)

Type d'identification structure

N° d'identification structure

Les paramètres
en sortie

11 **Groupe** *Lot de FSE*

Lot de FSE signé

4.1.2.2 **Si constitution d'un lot de DRE**

Les paramètres
en entrée

Code porteur

Cette information peut être fournie par le progiciel du Professionnel de Santé.

91 **Groupe** *Lot de DRE*

Lot de DRE formaté
Code d'authentification du lot

16 **Groupe** *Informations sécurisation lot*

Rang du lot

Indique le rang du lot dans une série à sécuriser (premier, courant, dernier, lot unique) ainsi que le type de réseau utilisé (transfert de fichier ou RSS)

Type d'identification structure

N° d'identification structure

Les paramètres
en sortie

91 **Groupe** *Lot de DRE*

Lot de DRE signé

4.1.3 Conditions d'utilisation

Un lot de factures ne peut comporter plus de 999 factures. Lorsque le nombre de factures ayant même critère de regroupement en lot dépasse 999, le progiciel du Poste de Travail du Professionnel de Santé doit créer autant de lots de 999 factures que nécessaire.

Lorsque que le progiciel du Professionnel de Santé détecte plusieurs lots à mettre en forme et à sécuriser, il peut enchaîner plusieurs appels ~~à la fonction~~ **aux fonctions de mise en forme et de sécurisation** (en modifiant le rang du lot) ce qui permet d'optimiser le travail du Professionnel de Santé ; celui-ci ne saisit son code porteur qu'une seule fois pour la sécurisation de l'ensemble des lots et non à chaque appel de la fonction **de signature CPS**.

La présence de la carte du Professionnel de Santé dans le lecteur est obligatoire.

Les progiciels destinés aux centres de santé doivent être en mesure de compléter le groupe de données 15, toutefois, le remplissage des champs « **Statut juridique** » et « **Mode de fixation des tarifs** » n'est pas obligatoire.

Traitement effectué par le progiciel du Professionnel de Santé avant appel **de la fonction des fonctions**

~~La fonction de Mise en forme et sécurisation lot restitue~~ **Les fonctions de mise en forme et de sécurisation des factures restituent** au progiciel du Poste de Travail du Professionnel de Santé une facture accompagnée du *critère de regroupement en lot*.

Pour constituer un lot de **facture** **factures**, le progiciel du Professionnel de Santé rassemble toutes les factures ayant des *critères de regroupement en lot* identiques, les trie par ordre croissant de numéro de factures pour les fournir en entrée de la fonction *Mise en forme* **et sécurisation** *Lot*.

Traitement effectué par le progiciel du Professionnel de Santé après appel **de la fonction des fonctions**

~~La fonction~~ **Les fonctions de** *Mise en forme et de sécurisation* **LOT restitue** restituent au progiciel du Professionnel de Santé le lot complété et sécurisé en fonction de la norme.

Le mode de sauvegarde du lot sécurisé est laissé à l'initiative des sociétés éditrices de progiciels.

4.2 La fonction « Mise en forme en-tête et fin de Fichier »

La fonction de **Mise en forme en-tête et fin de Fichier** a pour objet de restituer au progiciel du Professionnel de Santé des enregistrements d'en-tête et de fin de fichier destinés à encadrer les enregistrements des lots du fichier.

Dans le cas d'un remplacement, les champs le « type émetteur fichier » et « n° émetteur fichier » sont complétés avec le numéro de la structure émettrice.

Fonction à
utiliser

SSV_FormaterFichier

4.2.1 Fichier de FSE

Les paramètres
en entrée

10 **Groupe** *Caractéristiques fichier de FSE*

CRF de FSE

Critère de regroupement en fichier.

Information restituée par la fonction « *Mise en forme et sécurisation Lot* »

12 **Groupe** *Infos fichier de FSE*

Date du fichier

Date et heure d'élaboration du fichier

Nom du Fichier

Attribué par le progiciel du Professionnel de Santé (doit être différent d'un fichier à l'autre pour l'émetteur considéré)

Nombre total de lots dans le fichier

Longueur totale de l'ensemble des lots

Longueur exprimée en octets

Application

Cette zone peut être utilisée dans les échanges entre Professionnels de Santé et organisme concentrateur. La valeur de cette zone sera indiquée dans l'en-tête de fichier.

Type destinataire

CETELIC, MSA, Centre informatique régional, SNCF, Section des mutuelles nationales, etc.

Si le fichier concerne des lots de FSE du code régime 17 (Caisse des Français de l'Étranger), la donnée doit être valorisée à « FE ».

N° du destinataire

Composé de :

1. six zéros
2. le code régime
3. le code centre informatique
4. identification complémentaire renseignée avec l'organisme destinataire

(voir table des organismes destinataires disponibles sur le site Internet du GIE SESAM-Vitale (www.sesam-vitale.fr))

14 **Groupe** *Caractéristiques Emetteur de FSE*

Type émetteur fichier

TP : Professionnel de Santé autre qu'établissement,

TE : Etablissement ou Centre de soins

SI : Autres émetteurs (sociétés civiles professionnelles, sociétés civiles de moyens)

La valeur de ce champ doit être la même que celle renseignée dans le champ correspondant du groupe 8 lors de la mise en forme des lots correspondants.

N° émetteur fichier

si type émetteur est TP ou TE, le N° émetteur est le N° Identification facturation PS et clé

si type émetteur est SI, le N° émetteur est attribué par l'organisme d'assurance maladie (de préférence N° SIRET).

La valeur de ce champ doit être la même que celle renseignée dans le champ correspondant du groupe 8 lors de la mise en forme des lots correspondants.

Zone de message

Zone de communication qui permet à l'expéditeur d'envoyer un message

Les paramètres en sortie

20 **Groupe** *En-tête de fichier de FSE*

En-tête de Fichier

Enregistrement à placer en tête du fichier

21 **Groupe** *Fin de fichier de FSE*

Fin de Fichier

Enregistrement à placer en fin de fichier

Conditions d'utilisation

Un fichier de lots contient au minimum un lot de FSE.

4.2.2 **Fichier de DRE**

Les paramètres en entrée

90 **Groupe** *Caractéristiques fichier de DRE*

CRF de DRE

Critère de regroupement en fichier.

Information restituée par la fonction « *Mise en forme et sécurisation Lot* »

92 **Groupe Infos fichier de DRE**

Date du fichier

Date et heure d'élaboration du fichier

Nom du Fichier

Attribué par le progiciel du Professionnel de Santé (doit être différent d'un fichier à l'autre pour l'émetteur considéré)

Nombre total de lots dans le fichier

Longueur totale de l'ensemble des lots

Longueur exprimée en octets

94 **Groupe Caractéristiques Emetteur de DRE**

Type émetteur fichier

TP : Professionnel de Santé autre qu'établissement,

TE : Etablissement ou Centre de soins

SI : Autres émetteurs (sociétés civiles professionnelles, sociétés civiles de moyens)

La valeur de ce champ doit être la même que celle renseignée dans le champ correspondant du groupe 8 lors de la mise en forme des lots correspondants.

Numéro émetteur fichier

si type émetteur est TP ou TE, le N° émetteur est le N° Identification facturation PS et clé

si type émetteur est SI, le N° émetteur est attribué par l'organisme d'assurance maladie (de préférence N° SIRET).

La valeur de ce champ doit être la même que celle renseignée dans le champ correspondant du groupe 8 lors de la mise en forme des lots correspondants.

Zone de message

Zone de communication qui permet à l'expéditeur d'envoyer un message

Les paramètres en sortie

25 **Groupe En-tête de fichier de DRE**

En-tête de Fichier

Enregistrement à placer en tête du fichier

26 **Groupe Fin de fichier de DRE**

Fin de Fichier

Enregistrement à placer en fin de fichier

Conditions d'utilisation

Un fichier de lots contient au minimum un lot de DRE.



Annexe 1-A0

Présentation fonctionnelle des Modules SESAM-Vitale

Zone d'échange facture

Intégrant l'Addendum n°8

Ce document a été élaboré par le GIE SESAM-Vitale.

Conformément à l'article L.122-4 du Code de la Propriété Intellectuelle, toute représentation ou reproduction (intégrale ou partielle) du présent ouvrage, quel que soit le support utilisé, doit être soumise à l'accord préalable écrit de son auteur.

Il en est de même pour sa traduction, sa transformation, son adaptation ou son arrangement, quel que soit le procédé utilisé.

Tout manquement à ces obligations constituerait un délit de contrefaçon, au sens des articles L 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, susceptible d'entraîner des sanctions pour l'auteur du délit.

Sommaire

1	Introduction	5
1.1	Présentation du document	5
2	Description de la Zone d'échanges Facture	6
2.1	Introduction.....	6
2.2	Familles de Professions de Santé du Cahier des Charges	7
2.3	Liste des groupes constituant les factures	10
2.4	Description de chaque groupe et règles de constitution	11
2.4.1	1110-Groupe IDENTIFICATION Facture.....	11
2.4.2	1120-Groupe IDENTIFICATION Professionnel de Santé.....	12
2.4.3	1130-Groupe IDENTIFICATION du Bénéficiaire	15
2.4.4	1140-Groupe IDENTIFICATION Structure	16
2.4.5	1150-Groupe IDENTIFICATION Remplaçant.....	17
2.4.6	1151-Groupe IDENTIFICATION RPPS Remplaçant.....	18
2.4.7	1160-Groupe IDENTIFICATION Individu.....	19
2.4.8	1170-Groupe Liste d'opposition carte Vitale.....	20
2.4.9	1180-Groupe Dispositif Médecin Traitant	21
2.4.10	121x-Groupes PRESCRIPTION	25
2.4.10.1	1211-Groupe Prescription PS Libéral	26
2.4.10.2	1212-Groupe Prescription Soins Dentaires	29
2.4.10.3	1213-Groupe Prescription PS salarié	30
2.4.10.4	1214-Groupe Prescription PS bénévole	32
2.4.11	1220-Groupe Arrêt de Travail prescrit	34
2.4.12	1230-Groupe Origine de la prescription.....	35
2.4.13	1310-Groupe Organisme AMO.....	36
2.4.14	1321-Groupes Organisme Complémentaire.....	40
2.4.15	1330-Groupe Données Complémentaire additionnelles.....	47
2.4.16	1410-Groupe Cadre de Remboursement	50
2.4.17	1420-Groupe Identification de pièce justificative pour l'AMO	52
2.4.18	1440-Groupe Forçage Niveau facture	55
2.4.19	1450-Groupe Module de Tarification Complémentaire.....	56
2.4.20	151x-Groupes NATURE d'ASSURANCE	57
2.4.20.1	1511-Groupe Nature d'assurance Maladie	58
2.4.20.2	1512-Groupe Nature d'assurance Maternité.....	59
2.4.20.3	1513-Groupe Nature d'assurance Accident du Travail	61
2.4.20.4	1514-Groupe Nature d'assurance Prévention	61
2.4.20.5	1515-Groupe Nature d'assurance SMG	61
2.4.21	161x-Groupes PRESTATION	62
2.4.21.1	Règles de gestion des prestations.....	62
2.4.21.2	1610 Groupe Prestation.....	88
2.4.21.3	1620-Groupe Prestation IFD.....	92
2.4.21.4	1630-Groupe Prestation IK.....	93
2.4.22	17xx-Groupes PRESTATION DETAILLEE.....	94
2.4.22.1	1710-Groupe Prestation Détaillée NABM	94
2.4.22.2	1730-Groupe Prestation détaillée LPP	95
2.4.22.3	1740-Groupe Prestation détaillée code CIP	99
2.4.22.4	1741-Groupe Prestation détaillée lot d'un code CIP	102
2.4.23	1820-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Exonération T.M.	103
2.4.24	1830-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION DMT-MT ou Télémedecine	105
2.4.25	1840-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Entente Préalable	106
2.4.26	1850-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Renouvellement	107
2.4.27	1860-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Dent traitée	108
2.4.28	1870-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Exécutant.....	109
2.4.29	1880-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Lieu d'exercice	111
2.4.30	1890-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Réseau ou filière de soins	112
2.4.31	1910-Groupe TOTAL Facture.....	113
2.4.32	2000-Groupe Forçage AMO niveau acte.....	115
2.4.33	2010-Groupe Forçage sur la part complémentaire niveau acte	116
2.4.34	2020-Groupe Base de Remboursement Conventionnée AMO	117

2.4.35	2030-Groupe Prévention commune AMO/AMC	118
2.4.36	2100-Groupe Code Acte CCAM	119
2.4.37	2200-Groupe Liste des dents traitées (acte CCAM).....	120
2.4.38	3700-Groupe Contexte Tarification de la part Complémentaire	122
2.4.39	3710-Groupe Formule de la part Complémentaire appliquée au niveau acte.....	122
2.4.40	3720-Groupe Formule de la part Complémentaire appliquée au niveau facture	122
2.4.41	3730-Groupe Paramètres de calcul STS.....	122
2.4.42	3740-Groupe Paramètres de calcul contrats responsables	122
2.4.43	3770-Groupe Zone tampon de la part Complémentaire.....	122
2.5	Composition d'une FACTURE pour chaque famille	123
2.5.1	Famille Auxiliaires médicaux	123
2.5.2	Famille Prescripteurs	125
2.5.3	Famille Pharmaciens	127
2.5.4	Famille Laboratoires	128
2.5.5	Famille Fournisseurs.....	130

1 Introduction

1.1 Présentation du document

Ce document constitue la partie A0 de l'annexe 1 du CdC Éditeurs SESAM-Vitale.

Cette partie a pour objet de décrire spécifiquement la zone d'échange facture, à savoir tous les groupes de données constituant la facture ainsi que les règles qui leur sont associées.

2 Description de la Zone d'échanges Facture

2.1 Introduction

La facture transmise par le progiciel du Professionnel de Santé à la fonction de « Formater Factures » du module SSV est composée d'un ensemble de groupes de données.

L'assemblage des groupes de données pour constituer la facture dépend de la « famille » à laquelle appartient le Professionnel de Santé qui l'élabore.

La liste des spécialités des Professionnels de Santé composant chaque « famille » est donnée au paragraphe suivant « Familles de Professions de Santé du Cahier des Charges ».

Les groupes de données listés ci-dessous concernent les familles suivantes :

1. Auxiliaires médicaux
2. Prescripteurs
3. Pharmaciens
4. Laboratoires d'analyse de biologie médicale
5. Fournisseurs

Les factures relevant des Centres de Santé sont régies par les règles des familles « Prescripteurs », « Auxiliaires Médicaux » et « Laboratoires ».

2.2 Familles de Professions de Santé du Cahier des Charges

[RG_PS029] Déterminer le code famille du professionnel de santé

			PR						
M	CD	SF		AM	LB	PH	FR	FR	

Le code famille du Professionnel de Santé est déterminé en fonction du code spécialité :

Code famille	Famille
AM	AUXILIAIRES-MEDICAUX
PR	PRESCRIPTEURS
LB	LABORATOIRES D'ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE
PH	PHARMACIENS
FR	FOURNISSEURS

La liste des spécialités des Professionnels de Santé composant chaque « famille » est donnée dans le tableau suivant :

AUXILIAIRES-MÉDICAUX		
Libellé de la spécialité	Sous-famille	Spécialité
• Infirmier	Infirmier	24
• Infirmier exerçant en Pratiques Avancées (IPA)		86
• Masseur Kinésithérapeute		26
• Pédicure Podologue		27
• Orthophoniste		28
• Orthoptiste		29

PRESCRIPTEURS			
• Médecine générale	01	• Médecin biologiste	38
• Anesthésie-Réanimation	02	• Chirurgie orthopédique et Traumatologie	41
• Cardiologie	03	• Endocrinologie et Métabolisme	42
• Chirurgie Générale	04	• Chirurgie infantile	43
• Dermatologie et Vénérologie	05	• Chirurgie maxillo-faciale	44
• Radiologie	06	• Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	45
• Gynécologie obstétrique	07	• Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	46
• Gastro-Entérologie et Hépatologie	08	• Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	47
• Médecine interne	09	• Chirurgie vasculaire	48
• Neuro-Chirurgie	10	• Chirurgie viscérale et digestive	49
• Oto-Rhino-Laryngologie	11	• Chirurgien dentiste spécialité C.O.	53
• Pédiatrie	12	• Chirurgien dentiste spécialité M.B.D.	54
• Pneumologie	13	• Chirurgie orale	69
• Rhumatologie	14	• Gynécologie médicale	70
• Ophtalmologie	15	• Hématologie	71
• Chirurgie urologique	16	• Médecine nucléaire	72
• Neuro-Psychiatrie	17	• Oncologie médicale	73
• Stomatologie	18	• Oncologie radiothérapique	74
• Chirurgien dentiste	19	• Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	75
• Réanimation médicale	20	• Radiothérapie	76

PRESCRIPTEURS			
• Sage-femme	21	• Obstétrique	77
• Spécialiste en médecine générale avec diplôme	22	• Génétique médicale	78
• Spécialiste en médecine générale reconnu par l'ordre	23	• Obstétrique et Gynécologie médicale	79
• Rééducation Réadaptation fonctionnelle	31	• Santé publique et médecine sociale	80
• Neurologie	32	• Médecine des Maladies infectieuses et tropicales	81
• Psychiatrie	33	• Médecine légale et expertises médicales	82
• Gériatrie	34	• Médecine d'urgence	83
• Néphrologie	35	• Médecine vasculaire	84
• Chirurgie Dentaire spécialité O.D.F	36	• Allergologie	85
• Anato-mo-Cyto-Pathologie	37		

LABORATOIRES D'ANALYSES DE BIOLOGIE MÉDICALE	
• Laboratoire d'analyses médicales	30
• Laboratoire polyvalent	39
• Laboratoire d'anato-mo-cyto-pathologique	40

PHARMACIENS	
• Pharmacie d'officine	50
• Pharmacie Mutualiste	51

FOURNISSEURS	
• Prestataire de type société	60
• Prestataire artisan	61
• Prestataire de type association	62
• Orthésiste	63
• Opticien	64
• Audioprothésiste	65
• Epithésiste Oculariste	66
• Podo-orthésiste	67
• Orthoprothésiste	68

Sous-Familles de Professions de Santé du Cahier des Charges

[RG_PS030] Déterminer le code sous-famille du professionnel de santé

	PR		AM	LB	PH	FR	IR
M	CD	SF					

Les codes sous-familles sont les suivants :

Sous-famille		Code spécialité
CD	Chirurgien-dentiste	19, 36, 53,54
IF	Infirmiers	24, 86

MK	Masseur Kinésithérapeute	26
PE	Pédicure Podologue	27
OO	Orthophoniste	28
OY	Orthoptiste	29
M	Médecin	Autres codes spécialité de la famille prescripteurs
SF	Sage-femme	21

2.3 Liste des groupes constituant les factures

LISTE des GROUPES	
1110	Groupe <i>Identification facture</i>
1120	Groupe <i>Identification Professionnel de Santé</i>
1130	Groupe <i>Identification médico-administrative du bénéficiaire de prestation</i>
1140	Groupe <i>Identification Structure</i>
1150	Groupe <i>Identification Remplaçant</i>
1151	Groupe <i>Identification RPPS Remplaçant</i>
1160	Groupe <i>Identification Individu</i>
1170	Groupe <i>Liste d'opposition carte Vitale</i>
1180	Groupe <i>Dispositif Médecin Traitant</i>
1211	Groupe <i>Prescription PS libéral</i>
1212	Groupe <i>Prescription Dentiste</i>
1213	Groupe <i>Prescription PS salarié</i>
1214	Groupe <i>Prescription PS bénévole</i>
1220	Groupe <i>Arrêt de Travail prescrit</i>
1230	Groupe <i>Origine de la prescription</i>
1310	Groupe <i>Organismes AMO</i>
1321	Groupe <i>Organisme complémentaire</i>
1330	Groupe <i>Données Complémentaire additionnelles</i>
1410	Groupe <i>Cadre de remboursement</i>
1420	Groupe <i>Identification de pièce justificative AMO</i>
1440	Groupe <i>Forçage niveau « Facture »</i>
1450	Groupe <i>Module de Tarification Complémentaire</i>
1511	Groupe <i>Nature d'assurance Maladie</i>
1512	Groupe <i>Nature d'assurance Maternité</i>
1513	Groupe <i>Nature d'assurance Accident du travail</i>
1514	Groupe <i>Nature d'assurance Prévention</i>
1515	Groupe <i>Nature d'assurance Soins Médicaux Gratuits</i>
1610	Groupe <i>Prestation</i>
1620	Groupe <i>Prestation IFD</i>
1630	Groupe <i>Prestation IK</i>
1710	Groupe <i>Prestation détaillée NABM</i>
1730	Groupe <i>Prestation détaillée LPP</i>
1740	Groupe <i>Prestation détaillée code CIP</i>
1741	Groupe <i>Prestation détaillée lot d'un code CIP</i>
1820	Groupe <i>Complément de prestation Exonération du TM</i>
1830	Groupe <i>Complément de prestation DMT-MT</i>
1840	Groupe <i>Complément de prestation Entente préalable</i>
1850	Groupe <i>Complément de prestation Renouvellement</i>
1860	Groupe <i>Complément de prestation Dent traitée</i>
1870	Groupe <i>Complément de prestation Exécutant</i>
1880	Groupe <i>Complément de prestation Lieu d'exercice</i>
1890	Groupe <i>Complément de prestation Réseau ou filière de soins</i>
1910	Groupe <i>Total facture</i>
2000	Groupe <i>Forçage AMO niveau acte</i>
2010	Groupe <i>Forçage sur la part Complémentaire niveau acte</i>
2020	Groupe <i>Base de Remboursement Conventionnée AMO</i>
2030	Groupe <i>Prévention commune AMO/AMC</i>
2100	Groupe <i>Code acte CCAM</i>
2200	Groupe <i>Liste des dents traitées (acte CCAM)</i>

2.4 Description de chaque groupe et règles de constitution

2.4.1 1110-Groupe IDENTIFICATION Facture

Règles

Ce groupe est obligatoire pour toutes les familles.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

1110	Groupe <i>Identification Facture</i>	
1. N° de Facture	Numéro de facture attribué par le Professionnel de Santé (incrémenté de un en un jusqu'à utilisation de l'ensemble des positions puis réinitialisé à la première position dès que l'ensemble des positions a été utilisé. Ce numéro doit être différent de zéro)	
2. Nature d'opération	valeur 1 par défaut	
3. Date élaboration de la Facture	Date d'élaboration de la facture*  Remarque : L'heure d'élaboration des factures ne doit pas être renseignée	
4. N° logique de la situation de facturation du PS	Situation de facturation dans laquelle la facture est réalisée Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV	
5. N° de Facture rectifiée	Numéro de facture annulée ou modifiée. (Zone réservée pour utilisation future dans le cas de la FSE)	
6. Date élaboration de la Facture rectifiée	Date d'élaboration de la facture annulée ou modifiée (zone réservée pour utilisation future)	

*Dans le cas des actes en série ou lorsque sont en cause plusieurs actes ou prestations rapprochées relevant d'un même traitement, le progiciel renseigne dans la facture la date d'élaboration qui peut être, selon le choix du Professionnel de Santé :

- soit la date de paiement par l'assuré des actes ou prestations servies,
- soit la date de réalisation ou date de délivrance du dernier acte ou de la dernière prestation.

La date de la facture est nécessairement égale ou postérieure à toutes les dates d'exécution des prestations (1610-2) constituant la facture.

La date d'élaboration de la facture (groupe 1110) ne doit pas être postérieure à la date du jour (date système) de sécurisation de la facture, et ce quel que soit le mode de sécurisation appliqué.

2.4.2 1120-Groupe IDENTIFICATION Professionnel de Santé

Groupe de données Règles

Ce groupe identifie le Professionnel de Santé qui élabore et signe la facture.

Ce groupe est obligatoire pour toutes les familles.



Remarque : Un centre de santé est caractérisé par la catégorie médicale de valeur 0. Cette information figure en troisième position de l'identifiant de facturation du groupe 1120. (Dans le périmètre actuel du Cahier des Charges SESAM-Vitale, la valeur est égale à zéro uniquement pour les centres de santé).

Dans ce cas, il est interdit d'élaborer une facture pour les spécialités pharmacien (50 et 51).

Dans le cas d'un remplacement, l'ensemble des champs doivent être renseignés avec les informations du Professionnel de Santé remplacé.



Remarque : Le système acquiert l'activité du centre de santé concernée par la facture. Cette activité prend la valeur « dentaire » lorsque l'activité du centre de santé est dentaire et « hors dentaire » lorsque l'activité du centre de santé est hors dentaire.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

1120	Groupe <i>Identification Professionnel de Santé</i>	
1. N° d'identification de facturation du PS	N° d'Identification de facturation du Professionnel de Santé. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV	! Ce n° ne doit pas contenir uniquement des zéros
2. Clé du n° d'identification de facturation du PS	Clé du N° identification de facturation. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV	
3. Nom du PS	Nom du Professionnel de Santé (optionnel dans le cas d'un remplacement). Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV	
4. Prénom du PS	Prénom du Professionnel de Santé (optionnel dans le cas d'un remplacement). Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV	
5. Code conventionnel	Code conventionnel sous lequel exerce le Professionnel de Santé. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV	
6. Code spécialité	Code spécialité du Professionnel de Santé. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV	

7. Code zone tarifaire	Zone tarifaire du Professionnel de Santé. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
8. Code zone IK	Type d'indemnités kilométriques dont bénéficie le Professionnel de Santé. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
9. Code agrément 1	Code agrément pour radiologue ou fournisseur. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
10. Code agrément 2	Zone réservée pour utilisation future
11. Code agrément 3	Zone réservée pour utilisation future
12. Condition d'exercice	Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV (donnée « mode d'exercice ») Précise si le Professionnel de Santé agit en tant que <ul style="list-style-type: none"> • soit libéral « L » (mode d'exercice 00 ou 04) • soit salarié « S » (mode d'exercice 01)
13. N° RPPS du PS	A renseigner avec le n° RPPS du Professionnel de Santé facturant si ce n° est connu en carte CPS Cf. fonction « lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
14. Clé du N° RPPS du PS	A renseigner avec la clé du n° RPPS du Professionnel de Santé facturant si ce n° est connu en carte CPS Cf. fonction « lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
15. Code Famille du PS	Cf. §2.2 : RG_PS029
16. Top centre de santé	Cf. RG_PS022
17. Code Norme d'échange	Cf. RG_MF004

Règles

[RG_PS022] Déterminer si la carte PS est une carte de centre de santé

	PR							
M	CD	SP	AM	LB	PH	FR	ER	



Remarque: Un centre de santé est caractérisé par la catégorie médicale de valeur 0. Cette information figure en troisième position de l'identifiant de facturation du groupe 1120. (Dans le périmètre actuel du Cahier des Charges SESAM-Vitale, la valeur est égale à zéro uniquement pour les centres de santé).

[RG_PS031] Contrôler le code famille du professionnel de santé salarié d'un centre de santé

	PR							
M	CD	SP	AM	LB	PH	FR	ER	

Les factures relevant des Centres de Santé sont régies par les règles des familles « Prescripteurs », « Auxiliaires Médicaux » et « Laboratoires ».

Donc, pour un Professionnel de Santé salarié d'un centre de santé, le code famille du Professionnel de Santé (EF_PS04_09) doit être différent de « Pharmacien » et « Fournisseurs ».

[RG_MF004] Déterminer le code norme d'échange

	FR		AM	LB	PH	FR	FR
M	CD	SF					

Le tableau ci-dessous récapitule la règle de détermination de la norme d'échange à utiliser pour la FSE et pour la DRE :

Centre de santé	Famille de PS	Sous-famille de PS	Code norme d'échange de la facture
non	Auxiliaires-Médicaux	Infirmier	IF
		Masseur Kinésithérapeute	MK
		Pédicure Podologue	PE
		Orthophoniste	OO
		Orthoptiste	OY
	Prescripteurs	Médecin	ER
		Chirurgien-dentiste	
		Sage-femme	
	Pharmaciens	Sans objet	PH
	Fournisseurs	Sans objet	FR
Laboratoires d'analyses de biologie médicale	Sans objet	LB	
oui	Toutes hors Pharmaciens et Fournisseurs (cf. RG_PS031)		CS

2.4.3 1130-Groupe IDENTIFICATION du Bénéficiaire

Règles

Lors de la réalisation d'une facture en mode sécurisé SESAM-Vitale, ces données sont fournies soit par la lecture de la carte Vitale, soit par le service ADR, soit par le progiciel du Professionnel de Santé.

Lors de la réalisation d'une facture en mode sécurisé SESAM sans Vitale, ces données sont fournies soit par le service ADR, soit par le progiciel, soit saisies par le Professionnel de Santé.

Lors de la réalisation d'une facture en mode SESAM-Vitale dégradé, ces données sont saisies par le Professionnel de Santé ou fournies soit par le service ADR, soit par le progiciel du Professionnel de Santé.

Ce groupe est obligatoire pour toutes les familles.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

1130	Groupe <i>Identification du bénéficiaire</i>
1. Type d'identification bénéficiaire	Cf. fonction « Lire Droits Vitale » du module SSV
2. N° national d'immatriculation : NIR assuré	Cf. fonction « Lire Droits Vitale » du module SSV ou acquis avec le service ADR
3. Clé du NIR	Cf. fonction « Lire Droits Vitale » du module SSV ou acquis avec le service ADR
4. Date de naissance du bénéficiaire	Cf. fonction « Lire Droits Vitale » du module SSV ou acquis avec le service ADR
5. Rang de naissance	Cf. fonction « Lire Droits Vitale » du module SSV ou acquis avec le service ADR
6. Qualité	Cf. fonction « Lire Droits Vitale » du module SSV ou acquis avec le service ADR
7. Code couverture ¹ - Code ALD - Code situation	Cf. fonction « Lire Droits Vitale » du module SSV ou acquis avec le service ADR
8. Code de présentation du carnet médical	Fourni par le Professionnel de Santé

¹ Le code couverture est optionnel en mode SESAM-Vitale dégradé ou en mode sécurisé SESAM sans Vitale.

2.4.4 1140-Groupe IDENTIFICATION Structure

Règles

Ce groupe est facultatif pour toutes les familles.

Ce groupe est utilisé pour identifier le numéro de structure du Professionnel de santé, si ce numéro est connu en carte CPS.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

1140	Groupe <i>Identification Structure</i>
1. Type d'identification structure	Type identification Structure. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
2. N° d'identification structure	N° Identification de la structure dans laquelle le Professionnel de Santé exerce. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
3. Nom de la structure	Raison sociale de la structure. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV

2.4.5 1150-Groupe IDENTIFICATION Remplaçant

Règles

Ce groupe identifie le Professionnel de Santé qui exécute les prestations et signe la feuille de soins électronique dans le cas d'un remplacement.

Ce groupe est obligatoire en cas de remplacement pour toutes les familles citées.

Le champ « Indicateur de signature » doit systématiquement être renseigné lorsque la facture est réalisée par un Professionnel de Santé remplaçant ou sous sa responsabilité (cas des préparateurs en officine).

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Pharmaciens
• Auxiliaires-médicaux

1150	Groupe <i>Identification Remplaçant</i>
1. N° d'identification de facturation	N° Identification de facturation du Professionnel de Santé remplaçant. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé »
2. Clé	Clé du N° Identification remplaçant. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé »
3. Nom	Nom du Professionnel de Santé remplaçant. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé »
4. Prénom	Prénom du Professionnel de Santé remplaçant. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé »
5. Indicateur de signature	Indique que la facture est élaborée par un remplaçant ou sous sa responsabilité.

2.4.6 1151-Groupe IDENTIFICATION RPPS Remplaçant

Règles

Ce groupe identifie le numéro RPPS du Professionnel de Santé qui exécute les prestations et signe la feuille de soins électronique dans le cas d'un remplacement.

Ce groupe est facultatif en cas de remplacement pour toutes les familles citées.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Pharmaciens
• Auxiliaires-médicaux

1151	Groupe <i>Identification RPPS Remplaçant</i>	
1. N° RRPS du remplaçant	N° Identifiant national du remplaçant si RPPS Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé »	
2. Clé du N° RPPS du remplaçant	Clé du N° Identifiant national du remplaçant si RPPS Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé »	

2.4.7 1160-Groupe IDENTIFICATION Individu

Règles

Ce groupe permet d'identifier le bénéficiaire des soins.

Ce groupe est facultatif pour toutes les familles.

Ce groupe doit être renseigné systématiquement si le NIR individuel² est lu en carte Vitale ou acquis avec le service ADR.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

1160	Groupe <i>Identification INDIVIDU</i>	
1. N° national d'immatriculation individuel	Cf. fonction « Lire Droits Vitale » du module SSV ou acquis avec le service ADR	
2. Clé du N° national d'immatriculation individuel	Cf. fonction « Lire Droits Vitale » du module SSV ou acquis avec le service ADR	

² La donnée nommée « NIR individuelle » du groupe 1160 est alimentée par la donnée nommée « NIR certifié » de la carte Vitale (si elle est présente en carte Vitale).

2.4.8 1170-Groupe Liste d'opposition carte Vitale

Règles

Ce groupe doit être implémenté si le Professionnel de Santé a opté pour le principe d'utilisation de la liste d'opposition.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- Pharmaciens

1170	Groupe <i>Liste d'opposition carte Vitale</i>
1. Référence de la liste d'opposition	Cette information est à prendre dans l'en-tête du fichier de la liste d'opposition Pour la LOI, (Cf. annexe 6 § 3.2 – Format de la liste d'opposition)

2.4.9 1180-Groupe Dispositif Médecin Traitant

Règles

Ce groupe est obligatoire pour les factures concernées par le parcours de soins ou élaborées en cas d'urgence.

Pour les factures concernées par le parcours de soins et les cas d'Urgence, ce groupe identifie l'Indicateur de Parcours de Soins (IPS), l'existence d'un Médecin Traitant pour le bénéficiaire des soins et éventuellement l'identité du médecin qui a orienté le bénéficiaire des soins, ainsi que l'adhésion du médecin réalisant la facture à un contrat tarifaire.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- Prescripteurs

1180	Groupe <i>Dispositif Médecin Traitant</i>	
1. IPS	Indicateur de parcours de soins Renseigné par le progiciel en fonction du contexte du parcours de soins saisi par le Professionnel de Santé : cf. règle ci après.	
2. Top MT	Saisi par le Professionnel de Santé ou renseigné par le progiciel en fonction du contexte du parcours de soins saisi par le Professionnel de Santé : cf. règle ci après.	
3. N° d'identification du Médecin ayant orienté	N° d'identification de facturation du Médecin ayant orienté le bénéficiaire des soins Zone réservée pour utilisation éventuelle future	
4. Clé du n° d'identification du Médecin ayant orienté	Clé du n° d'identification de facturation du Médecin ayant orienté le bénéficiaire des soins Zone réservée pour utilisation éventuelle future	
5. Nom du Médecin ayant orienté	Obligatoire en cas d'orientation Saisi par le Médecin qui a été orienté	
6. Prénom du Médecin ayant orienté	Obligatoire en cas d'orientation Saisi par le Médecin qui a été orienté	
7. Top Contrat tarifaire PS	Indique si le médecin a adhéré à un contrat tarifaire dans le cadre de sa convention. Cette information prend l'une des 2 valeurs suivantes : - « O » : pour les PS ayant adhéré à un contrat (OPTAM ou OPTAM-CO) et pour les médecins de secteur 1 quelle que soit leur contrat - A blanc dans les autres cas  Remarque : pour les médecins de secteur 1, le médecin est considéré adhérer au CAS	

Règle de détermination de l'IPS et du top Médecin Traitant

Pour les factures concernées par le parcours ou élaborées en cas d'urgence, le Professionnel de Santé est tenu d'indiquer le contexte du parcours de soins, à savoir sa situation par rapport au parcours et, le cas échéant, l'existence d'un Médecin traitant déclaré par le patient. (cf. tableau ci-après).

En fonction de ces informations, le progiciel détermine :

- la position par rapport au parcours de soins : « non concerné », « DANS » ou « HORS » du parcours,
- la valeur de l'indicateur de parcours de soins (IPS) à transmettre dans la facture,
- la valeur du « top Médecin Traitant » à transmettre dans la facture.

Table A0-T1 : Détermination de l'IPS et de la position par rapport au parcours de soins

Saisie du PS Contexte du parcours de soins		Données Facture (groupe 1180)		Donnée interne (cf. Annexe 2 - R37bis)
Situation au regard du parcours de soins	Existence de la déclaration d'un Médecin traitant	IPS	top MT	Position par rapport au parcours de soins
Exclusion du parcours de soins	--(sans objet) (*)	Blanc	Blanc	Non concerné
Urgence	--(sans objet) (*)	U	Blanc	Non concerné
Médecin Traitant	--(sans objet) (*)	T	O	Dans
Nouveau Médecin Traitant	--(sans objet) (*)	N	O	Dans
Médecin traitant de substitution (**)	Oui	R	O	Dans
Généraliste récemment installé	Oui	J	O	Dans
	Non ou ne sait pas	S	N ou blanc	Hors
Médecin installé en zone sous médicalisée	Oui	B	O	Dans
	Non ou ne sait pas	S	N ou blanc	Hors
Hors résidence habituelle du patient	Oui	H	O	Dans
	Non ou ne sait pas	H	N ou blanc	Dans
Accès direct spécifique	Oui	D	O	Dans
	Non ou ne sait pas	S	N ou blanc	Hors
Hors Accès Direct Spécifique	Oui	S	O	Hors
	Non ou ne sait pas		N ou blanc	
Médecin orienté par le MT	--(sans objet) (*)	O	O	Dans
Médecin orienté par un médecin autre que le MT (<i>médecin en accès direct spécifique, généraliste récemment installé, médecin installé en zone sous médicalisée...</i>)	Oui	M	O	Dans
	Non ou ne sait pas	S	N ou blanc	Hors
Non respect du parcours (<i>PS non Médecin Traitant, non orienté...</i>)	-- (sans objet) (*)	S	O, N ou Blanc	Hors

(*) Saisie non nécessaire par le Professionnel de Santé, du fait du renseignement de la situation au regard du parcours de soins.

(**) Le Professionnel de Santé se trouve dans la situation de « Médecin traitant de substitution » uniquement lorsque le bénéficiaire l'informe de l'existence d'une déclaration du Médecin Traitant.
Dans le cas contraire, la situation au regard du parcours de soins à saisir est « Non respect du parcours ».

Consignes de renseignement de l'IPS et du top MT

- Dans les cas où le parcours de soins n'est pas respecté, l'IPS prend nécessairement la valeur 'S'.
- En cas d'urgence attestée par le Professionnel de Santé, l'IPS est valorisé à « U » et le top MT n'est pas renseigné (valeur blanc).
- Lorsque le Professionnel de Santé indique qu'il est le Médecin Traitant ou un nouveau Médecin Traitant ou le médecin traitant de substitution ou le médecin orienté par le MT, le progiciel renseigne le top MT à « O » dans la facture.
- Dans les cas d'exclusion du parcours de soins (cf. Annexe2 règle R37), l'IPS et le top MT sont non renseignés (valeur blanc).
- Si la situation au regard du parcours de soins est « Hors parcours de soins », alors le progiciel doit proposer la situation « Généraliste récemment installé » si celle-ci est vérifiée (cf. Annexe2 règle R37ter).
- Si la situation au regard du parcours de soins est « Hors parcours de soins », alors le progiciel doit proposer la situation « Médecin installé en zone sous médicalisée » si celle-ci est vérifiée (cf. Annexe2 règle R37ter).

2.4.10 121x-Groupes PRESCRIPTION

Consignes d'acquisition des informations

Consigne 1

Cette donnée est à renseigner par le Professionnel de Santé facturant à partir de l'ordonnance dès lors qu'elle y est présente. De plus, cette donnée doit être de préférence scannée par le Professionnel de Santé si un code à barre est présent sur l'ordonnance.

Consigne 2 Pour les pharmaciens uniquement

Si cette donnée n'est pas présente sur l'ordonnance, le Référentiel PS est utilisé selon les modalités décrites dans le tableau ci-dessous.

N° présents sur l'ordonnance		Utilisation du Référentiel PS par le Progiciel	
N° de FINESS	N° RPPS	Données recherchées	Critères de recherche
x	x	Code spécialité	N° RPPS La recherche est réalisée avec uniquement le n° RPPS.
x		N° RPPS Code spécialité	N° FINESS + si nécessaire, autres données présentes sur l'ordonnance et disponibles dans le référentiel PS (nom, prénom...) Si aucune donnée n'est trouvée en utilisant le N° FINESS, une autre recherche est réalisée avec uniquement les autres critères.
	x	N° FINESS Code spécialité	Coordonnées de l'établissement + si nécessaire, autres données présentes sur l'ordonnance et disponibles dans le référentiel PS
		N° RPPS N° FINESS Code spécialité	Données présentes sur l'ordonnance et disponibles dans le référentiel PS (coordonnées de l'établissement, nom, prénom, ...)

Si le Progiciel trouve dans le référentiel PS plusieurs prescripteurs répondant aux critères de recherche, le LPS demande au PS de sélectionner un prescripteur.

Dans tous les cas, le Progiciel laisse la possibilité au PS de modifier les informations issues du référentiel PS proposées par le LPS.

Le Progiciel doit laisser la possibilité au PS de renseigner manuellement les informations du prescripteur.

Consigne 3

L'acquisition de la clé est faite selon le même mode (saisie, scan ou référentiel PS) que celui utilisé pour le numéro auquel elle appartient.

Consigne 4 Pour les pharmaciens uniquement

Si un code à barre est présent sur l'ordonnance pour cette donnée, le Progiciel doit offrir la possibilité au Professionnel de Santé de le scanner.

Consigne 5 Télémédecine

- Dans une facture comportant un acte de télémédecine, les groupes de données 1211, 1213 ou 1214 sont utilisés pour identifier un deuxième Professionnel de Santé : les données d'identification du PS1 dans la facture du PS2 et les données du PS2 dans la facture du PS1.

PS1

PS présent sur le lieu 1 (aux côtés du patient), pouvant être :

- PS accompagnant (dans le cadre d'une téléconsultation ou d'une télésurveillance)
- PS requérant (dans le cadre d'une téléexpertise ou d'une téléassistance).

PS2

PS présent sur le lieu 2, à distance et exerçant l'acte de télémédecine, pouvant être :

- PS assistant (dans le cadre d'une téléassistance)
 - PS téléconsultant (dans le cadre d'une téléconsultation)
 - PS requis (dans le cadre d'une téléexpertise).
 - PS télésurveillant (dans le cadre d'une télésurveillance)
- L'alimentation d'un des groupes 1211, 1213 et 1214 est obligatoire en cas de facturation d'un acte de Téléassistance, **eu de Téléexpertise ou d'accompagnement à une téléconsultation.**
 - Le n° d'identification du deuxième PS doit être différent de celui renseigné dans le groupe 1120, hormis en cas de facturation en centre de santé.

Accompagnement à la téléconsultation

Si la facture comporte au moins une prestation d'accompagnement à la téléconsultation (code acte avec un groupe fonctionnel détail égal à « Accompagnement »), le logiciel doit avertir le Professionnel de Santé que le n° de prescripteur à saisir est celui du PS téléconsultant et que, de ce fait, la présence d'autres prestations sur la même facture n'est possible que pour des prestations prescrites par ce même PS.

2.4.10.1 1211-Groupe Prescription PS Libéral

Règles

Extrait de l'article 5 de la NGAP : « seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'assurance maladie,, les actes effectués personnellement par un auxiliaire médical, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale écrite qualitative et quantitative et qu'ils soient de leur compétence ».

Extrait de l'article 1er de la NABM : « la nomenclature, ..., établit avec leur cotation, la liste des actes susceptibles d'être pris en charge par l'Assurance Maladie qu'effectuent les directeurs, les directeurs adjoints et, sous leur responsabilité, les techniciens de laboratoires d'analyse de biologie médicale, dans la limite de leur compétence. »

La prescription est obligatoire pour la délivrance des produits de la LPP par les familles : « Fournisseurs », « Pharmacien », « Auxiliaires-médicaux », et « Laboratoires d'analyse de biologie médicale ».

Extrait du code la sécurité social « Les produits et prestations inscrits sur la LPP ne peuvent être remboursés par l'Assurance Maladie que sur prescription de certains Professionnels de Santé :

- sur prescription médicale d'un médecin, d'un chirurgien dentiste pour les produits et prestations nécessaires à l'exercice de son art,
- sur prescription médicale d'une sage-femme pour certains produits visés par arrêté,
- sur prescription d'auxiliaires médicaux, (masseurs kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures podologues...).

Pour ces deux dernières puces, les limites de prescription sont fixées réglementairement. (Articles L4311-1 et L4321-1 du Code de la Santé Publique). »

Familles concernées

Le groupe 1211 est obligatoire pour toutes les familles suivantes :

• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

Pour la famille suivante :

• Prescripteurs

Ce groupe est renseigné lorsque la prescription a été élaborée par un Professionnel de Santé non salarié autorisé à prescrire (cf. Corps du CdC § « Professionnel de Santé Prescripteur ».), ou dans le cas d'une facturation de télémédecine. Dans ce cas les données de ce groupe sont utilisées non pas pour identifier le PS prescripteur mais le PS 2 ou PS1 (cf. consigne 5).

Ce groupe doit être renseigné par la famille des Prescripteurs lorsque le PS facturant (1120) est différent du PS prescripteur, ou en cas de facturation d'acte de Téléexpertise ou de Téléassistance.

1211	Groupe Prescription PS Libéral	
1. N° d'identification du PS libéral		N° d'identification du prescripteur (à prendre sur l'ordonnance) Dans le cas où la prescription a été établie par un Professionnel de Santé remplaçant, ce champ doit être renseigné avec le N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé remplacé. Cf. consigne 5 supra
2. Clé du n° d'identification du PS libéral		Clé du N° d'identification du prescripteur (à prendre sur l'ordonnance) Dans le cas où la prescription a été établie par un Professionnel de Santé remplaçant, ce champ doit être renseigné avec le N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé remplacé. Cf. consigne 5 supra
3. Date de prescription du PS libéral		Date à laquelle la prescription a été établie (à prendre sur l'ordonnance) (est inférieure ou égale à la date d'élaboration de la feuille de soins électronique du groupe 1110). Elle doit impérativement être antérieure ou égale à la date de la prestation la plus ancienne et postérieure ou égale à la date de naissance du bénéficiaire des soins. Cf. consigne 5 supra
4. Identification de la prescription du PS libéral		N° ordre de la prescription (à prendre sur l'ordonnance électronique). Zone réservée pour utilisation future
5. N° RPPS du PS libéral		Identifiant RPPS du prescripteur libéral (à prendre sur l'ordonnance) Cf. consigne 5 supra
6. Clé du n° RPPS du PS libéral		Clé de l'identifiant RPPS du prescripteur libéral (à prendre sur l'ordonnance) Cf. consigne 5 supra
7. N° de la structure du PS libéral		N° de la structure (clé incluse) dans laquelle exerce le prescripteur libéral (à prendre sur l'ordonnance) Cf. consigne 5 supra

2.4.10.2 1212-Groupe Prescription Soins Dentaires

Règles

Ce groupe concerne les prestations du groupe fonctionnel « soins dentaires / ODF » (cf. Annexe 2-Table 1).

Orthopédie dento-faciale

La réglementation prévoit que l'examen du droit aux prestations s'effectue à la date de début de la proposition par le Professionnel de Santé du traitement orthodontique et non à la date d'exécution. Ces deux dates doivent être indiquées sur la feuille de soins.

Bilan Bucco-dentaire

En cas de soins consécutifs à un bilan bucco-dentaire, cette date doit être obligatoirement renseignée avec la date du BBD.

Familles concernées

Ce groupe est obligatoire pour les Chirurgiens-dentistes et les Médecins pouvant réaliser des Soins dentaires à savoir les spécialités 18, 44, 45 et 69.

Cette règle concerne la famille de Professionnels de Santé ci-dessous :

- Prescripteurs (Chirurgiens-dentistes/Médecins Soins dentaires)

1212	Groupe Prescription Soins dentaires
1. Date début (dentaire)	Saisie par le Professionnel de Santé, date de début du traitement orthodontique ou date de début des soins. Elle doit impérativement être antérieure ou égale à la date de la prestation la plus ancienne et postérieure ou égale à la date de naissance du bénéficiaire des soins.

2.4.10.3 1213-Groupe Prescription PS salarié

Règles

Le groupe 1213 doit être renseigné lorsque la prescription est élaborée par un prescripteur salarié.

Familles concernées

Le groupe 1213 est obligatoire pour toutes les familles suivantes :

• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

Cas Particulier Télé médecine

Le groupe 1213 peut également être renseigné par les Professionnels de Santé dans le cadre de facturation de prestation de Télé médecine afin d'identifier dans la facture les données du PS1 salarié (dans la facture du PS2) ou les données du PS2 salarié (dans la facture du PS1).

Dans le cadre de facturation d'actes de Téléexpertise ou de Téléassistance, un des groupes 1211, 1213 ou 1214 doit être renseigné.

1213	Groupe Prescription PS salarié	
1. N° d'identification du PS salarié	N° du prescripteur salarié ou à défaut n° de l'établissement	Les consignes d'acquisition 1, 2, 4 et 5 s'appliquent à cette donnée.
2. Clé du n° d'identification du PS salarié	Clé du prescripteur salarié ou à défaut n° de l'établissement	Les consignes d'acquisition 3 et 5 s'appliquent à cette donnée.
3. Code spécialité du PS salarié	Code spécialité du prescripteur salarié ³	Les consignes d'acquisition 2 et 5 s'appliquent à cette donnée
4. Date de prescription du PS salarié	Date à laquelle la prescription a été établie (à prendre sur l'ordonnance) (est inférieure ou égale à la date d'élaboration de la feuille de soins électronique du groupe 1110). Elle doit impérativement être antérieure ou égale à la date de la prestation la plus ancienne et postérieure ou égale à la date de naissance du bénéficiaire des soins.	La consigne d'acquisition 5 s'applique à cette donnée
5. Identification de la prescription du PS salarié	N° ordre de la prescription (à prendre sur l'ordonnance électronique). Zone réservée pour utilisation future	
6. N° RPPS du PS salarié	Identifiant RPPS du prescripteur salarié.	Les consignes d'acquisition 1, 2 et 4 s'appliquent à cette donnée.

³ Ce code ne figure pas en clair sur l'ordonnance mais il peut être déduit du libellé de la spécialité du prescripteur salarié qui figure sur l'ordonnance.

1213	Groupe Prescription PS salarié	
7. Clé du n° RPPS du PS salarié		Clé de l'identifiant RPPS du prescripteur salarié La consigne d'acquisition 3 s'applique à cette donnée.
8. N° de la structure du PS salarié		N° de la structure (clé incluse) dans laquelle exerce le prescripteur salarié Les consignes d'acquisition 1, 2 4 et 5 s'appliquent à cette donnée.

2.4.10.4 1214-Groupe Prescription PS bénévole

Règles

Le groupe 1214 doit être renseigné lorsque la prescription est élaborée par un prescripteur bénévole.

Familles concernées

Le groupe 1214 est facultatif pour toutes les familles suivantes :

• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

Cas Particulier Télé médecine

Le groupe 1214 peut également être renseigné par les Professionnels de Santé dans le cadre de facturation de prestation de Télé médecine afin d'identifier dans la facture les données du PS1 bénévole (dans la facture du PS2) ou les données du PS2 bénévole (dans la facture du PS1).

Dans le cadre de facturation d'actes de Télé expertise ou de Télé assistance, un des groupes 1211, 1213 ou 1214 doit être renseigné.

1214	Groupe Prescription PS bénévole
1. N° d'identification du PS bénévole	N° du prescripteur bénévole ou à défaut n° de l'établissement Les consignes d'acquisition 1, 4 et 5 s'appliquent à cette donnée.
2. Clé du n° d'identification du PS bénévole	Clé du n° du prescripteur bénévole ou à défaut n° de Les consignes d'acquisition 3 et 5 s'appliquent à cette donnée.
3. Code spécialité du PS bénévole	Code spécialité du prescripteur bénévole ⁴ Les consignes d'acquisition 2 et 5 s'appliquent à cette donnée.
4. Date de prescription du PS bénévole	Date à laquelle la prescription a été établie (à prendre sur l'ordonnance) (est inférieure ou égale à la date d'élaboration de la feuille de soins électronique du groupe 1110). Elle doit impérativement être antérieure ou égale à la date de la prestation la plus ancienne. La consigne d'acquisition 5 s'applique à cette donnée
5. Identification de la prescription du PS bénévole	N° ordre de la prescription (à prendre sur l'ordonnance électronique). Zone réservée pour utilisation future

⁴ Ce code ne figure pas en clair sur l'ordonnance mais il peut être déduit du libellé de la spécialité du prescripteur bénévole qui figure sur l'ordonnance.

1214	Groupe Prescription PS bénévole	
6. N° RPPS du PS bénévole	Identifiant RPPS du prescripteur bénévole	Les consignes d'acquisition 1, 4 et 5 s'appliquent à cette donnée.
7. Clé du n° RPPS du PS bénévole	Clé de l'identifiant RPPS du prescripteur bénévole	Les consignes d'acquisition 3 et 5 s'appliquent à cette donnée.
8. N° de la structure du PS bénévole	N° de la structure (clé incluse) dans laquelle exerce le prescripteur bénévole.	Les consignes d'acquisition 1, 2, 4 et 5 s'appliquent à cette donnée.

2.4.11 1220-Groupe Arrêt de Travail prescrit

Règles

Ce groupe est facultatif (prévu pour utilisation future).

Familles concernées

Ce groupe concerne la famille suivante :

- Prescripteurs

1220	Groupe Arrêt de travail prescrit	
1. Nombre jours AT	Nombre de jours d'arrêt de travail prescrit	
2. Date fin AT	Date de fin d'arrêt de travail	

2.4.12 1230-Groupe Origine de la prescription

Règles

Ce groupe est facultatif.

Ce groupe est prévu ~~pour les Pharmaciens et les Laboratoires d'analyse de biologie médicale~~ quand la facture fait l'objet d'une prescription élaborée dans le cadre du parcours coordonné de soins.

Par ailleurs, ce groupe est également prévu ~~pour les Pharmaciens et Fournisseurs~~, dans le cadre de la délivrance de l'optique, pour indiquer si le Professionnel de Santé délivre un renouvellement sans disposer d'une nouvelle ordonnance.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

1230	Groupe Origine de la prescription <i>Arrêt de travail prescrit</i>
1. Origine de la prescription	Saisie par le Professionnel de Santé exécutant : T prescription établie par le médecin traitant, O prescription établie par un médecin correspondant, P prescription établie dans une autre situation du parcours de soins, S prescription établie hors parcours de soins. A Renouvellement Adapté (cas de l'optique) I Renouvellement à l'Identique de la prescription Initiale (cas de l'optique).

2.4.13 1310-Groupe Organisme AMO

Règles

Ce groupe est obligatoire pour toutes les familles.

En mode dégradé ou en mode SESAM sans Vitale, lorsque ces données ne sont ni connues par le Professionnel de Santé ni acquises avec le service ADR, la feuille de soins électronique ne peut être réalisée.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

1310	Groupe <i>Organisme AMO</i>
1. Code régime	<ul style="list-style-type: none"> Hors nature d'assurance SMG : Cf. fonction « Lire Droits Vitale » du module SSV ou acquis avec le service ADR Nature d'assurance SMG (groupe 1515) : égal à 08
2. Caisse gestionnaire	<ul style="list-style-type: none"> Hors nature d'assurance SMG : Cf. fonction « Lire Droits Vitale » du module SSV ou acquis avec le service ADR Nature d'assurance SMG (groupe 1515) : égal à 835
3. Centre gestionnaire	<ul style="list-style-type: none"> Hors nature d'assurance SMG : Cf. fonction « Lire Droits Vitale » du module SSV ou acquis avec le service ADR Nature d'assurance SMG (groupe 1515) : égal à 0300
4. Code organisme destinataire	<ul style="list-style-type: none"> Cf. Règles de détermination de l'organisme destinataire et du centre informatique page suivante.
5. Code centre informatique	<ul style="list-style-type: none"> Cf. Règles de détermination de l'organisme destinataire et du centre informatique page suivante.

- En cas de nature d'assurance maladie ou maternité (1511 ou 1512) les données code régime, caisse gestionnaire et centre gestionnaire sont renseignées à partir du groupe 101.
- En cas de nature d'assurance AT (présence d'un groupe 1513 dans la facture), les données code régime, caisse gestionnaire et centre gestionnaire sont renseignées à partir de l'organisme gestionnaire de l'AT (cf. R25.0 de l'Annexe 2).



Remarque : le code de l'organisme gestionnaire de l'AT est constitué de 9 caractères et se décompose comme suit :

- le code régime (2 car.),
- suivi du code de la caisse gestionnaire (3 car.),
- suivi du code du centre gestionnaire (4 car.).
- Dans le cas où les données code régime, caisse gestionnaire et centre gestionnaire lues en carte (groupe 101) ou acquises avec le service ADR correspondent respectivement aux valeurs 08 835 0300, la nature d'assurance doit être SMG (présence d'un groupe 1515 dans la facture).

Sinon, le progiciel informe le Professionnel de Santé et interdit la réalisation d'une telle facture.

Règles de détermination de l'organisme destinataire et du centre informatique

Détermination de l'organisme destinataire

L'association du code régime, de la caisse gestionnaire et du centre gestionnaire permet de déterminer le code organisme destinataire et le code centre informatique.

Régimes	Code régime	REGLE DE DETERMINATION DE L'ORGANISME DESTINATAIRE
Régime général	01	Le code <i>organisme destinataire</i> est identique au code <i>caisse gestionnaire</i>
RATP	05	
ENIM	06	
Régime minier	07	
CNMSS	08	
CRPCEN	10	
Assemblée Nationale	14	
Sénat	15	
Port Autonome de Bordeaux	16	
CFE	17	
CAVIMAC	90	
MGPTT	92	
MNH	95	
Régime Agricole	02	Si le code de la <i>caisse gestionnaire</i> est de type XX5, le code de <i>l'organisme destinataire</i> est XX1. Sinon le code de <i>l'organisme destinataire</i> est identique au code <i>caisse gestionnaire</i> .
CPRPSNCF	04	Le code <i>organisme destinataire</i> est toujours égal à 110
MGEN	91	Si le code de la <i>caisse gestionnaire</i> est égal à 751 et le code <i>centre gestionnaire</i> est égal à 0501, le code de <i>l'organisme destinataire</i> est 999. Sinon le code de <i>l'organisme destinataire</i> est identique au code <i>caisse gestionnaire</i> .
MGP	93	Si le code de la <i>caisse gestionnaire</i> est égal à 751, 781, 911, 921, 931, 941 ou 951, le code de <i>l'organisme destinataire</i> est identique au code <i>centre gestionnaire</i> . (*) Sinon le code de <i>l'organisme destinataire</i> est identique au code <i>caisse gestionnaire</i>
MFP	94	Si le code de la <i>caisse gestionnaire</i> est égal à 751, 781, 911, 921, 931, 941 ou 951 et code <i>centre gestionnaire</i> est égal à 0511, le code de <i>l'organisme destinataire</i> est 514. Si le code de la <i>caisse gestionnaire</i> est égal à 751, 781, 911, 921, 931, 941 ou 951 et code <i>centre gestionnaire</i> est différent de 0511, le code de <i>l'organisme destinataire</i> est identique au code <i>centre gestionnaire</i> . (*) Sinon le code de <i>l'organisme destinataire</i> est identique au code <i>caisse gestionnaire</i> .
MNAM	96	Si le code de la <i>caisse gestionnaire</i> est égal à 751, 781, 911, 921, 931, 941 ou 951, le code de <i>l'organisme destinataire</i> est 751. Sinon le code de <i>l'organisme destinataire</i> est identique au code <i>caisse gestionnaire</i> ;
RSI	03	voir table des organismes destinataires disponibles sur le site Internet du GIE SESAM-Vitale (www.sesam-vitale.fr).
Sections locales mutualistes	99	

(*) tronquer le premier octet du code centre gestionnaire, les 3 octets significatifs sont les 3 derniers.

Détermination de centre informatique

Pour l'ensemble des régimes ci-dessus, le code centre informatique sera renseigné à **000**



Cas particuliers

Les cartes de démonstration, utilisées pour les flux à destination du serveur du GIE SESAM-Vitale, sont caractérisées par les informations suivantes : code régime égal à 01, caisse gestionnaire égale à 999 ; centre gestionnaire égal 9999 ; le code organisme destinataire est donc égal à 999 et le code centre informatique à 999.

Les cartes de test, utilisées pour les flux à destination du serveur du CNDA, sont caractérisées par les informations suivantes : code caisse gestionnaire égal à 349 ou code centre gestionnaire à 0349 ; le code organisme destinataire est donc égal à 349 et code centre informatique égal à 000.

2.4.14 1321-Groupes Organisme Complémentaire

Règles

Le groupe 1321 est optionnel.

Ce groupe est interdit en situation particulière « Victime d'Attentat » (SP18).



Remarque : ce groupe n'est pas utilisé en nature d'assurance SMG.

Ce groupe concerne les informations relatives aux organismes d'Assurance Maladie Complémentaire, à l'Aide Médicale d'Etat (AME), et à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) Complémentaire Santé Solidaire (C2S).

Ce groupe est obligatoire quand le Professionnel de Santé émet une DRE ou une FSE enrichie à destination d'un OCT éclateur ou une FSE contenant des informations relatives à la part complémentaire à destination de l'AMO en Tiers payant sur la part complémentaire.

Ce groupe comporte des données spécifiques aux échanges de feuilles de soins électroniques entre Professionnel de Santé et Organisme Concentrateur Technique.

Dans le cas d'une transmission via un Organisme Concentrateur Technique éclateur ce groupe doit être renseigné conformément à l'annexe 5.

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé soit de **saisir** directement les informations à partir d'une **attestation papier** si les informations ne sont pas en carte ou acquises avec le service ADR, soit de **remplacer** les données sur la part complémentaire issues de la carte Vitale ou du service ADR par des informations en **provenance d'autres supports de droits AMC** en respectant le choix de l'assuré relatif au support de droits AMC à utiliser. Excepté certaines données listées ci-dessous provenant du cas d'« **information en carte et présentation d'une attestation émise par le même organisme** ».

Ces remplacements d'informations font l'objet d'une mention soit au niveau de la **nature de pièces justificatives des droits** sur la part complémentaire (changement de support de droits AMC) soit au niveau de l'indicateur de forçage facture AMC sur la part complémentaire (changement de période de validité de présence des données sur la part complémentaire).

Si présentation de la carte Vitale par l'assuré, le progiciel récupère le numéro d'adhérent lu en carte (champ 3 du groupe 109) pour alimenter le 1321-3.

Si présentation et utilisation de l'attestation papier, le progiciel doit permettre la saisie à partir de l'attestation à la fois du numéro d'adhérent et de l'identifiant de l'assuré AMC. Le numéro d'adhérent (sur maximum 8 caractères) alimente le 1321-3 et l'identifiant de l'assuré AMC (sur maximum sur 15 caractères) alimente le 1321-12.

Valorisation de la nature de pièce justificative de droits Complémentaire

- **Aucune information en carte et présentation d'une attestation**

Aucune donnée complémentaire n'est contenue dans la carte, le Professionnel de Santé peut saisir toutes les informations à partir d'une attestation papier (ou un autre support de droits AMC). **La nature de pièce justificative de droits complémentaire** prend alors la valeur 2 « l'adhérent / assuré a présenté son support de droits sur la part complémentaire autre que la carte vitale ».

- **Données en carte et pas d'attestation**

Les données sont contenues dans la carte Vitale. Le patient ne présente pas d'autre support de droits AMC et la facture est établie à destination de l'organisme complémentaire présent en carte Vitale (le tiers payant ne pourra être possible qu'en présence de droits Complémentaire en carte Vitale). **La nature de pièce justificative de droits complémentaires** prend alors la valeur 4 « l'adhérent / assuré a présenté sa carte vitale comme support de droits ».

- **Information en carte et présentation d'une attestation émise par le même organisme**

Le Professionnel de Santé lit en carte Vitale les informations concernant l'organisme Complémentaire mais modifie les données listées ci-dessous d'après une attestation papier du même organisme.

La nature de pièces justificatives de droits Complémentaire prend alors la valeur 4 « l'adhérent / assuré a présenté sa carte Vitale comme support de droits ».

Les données modifiables sont :

- Dans le cadre d'une gestion unique :
 - garanties effectives,
 - date de début droits Mutuelle,
 - date de fin droits Mutuelle.
- Dans le cadre d'une gestion séparée :
 - date de début de validité des données,
 - date de fin de validité des données.



Remarque : Dès lors qu'une autre donnée AMC fait l'objet d'une modification, le progiciel doit effacer toutes les données complémentaires existantes, et proposer au Professionnel de Santé la saisie de l'ensemble des données sur la partie AMC. Le progiciel ne doit pas permettre au Professionnel de Santé de saisir la valeur « 4 » pour la nature de la pièce justificative.

- **Information en carte et présentation d'un autre support de droits émis par un organisme différent**

Le Professionnel de Santé renseigne alors toutes les informations d'identification de la complémentaire présente sur l'attestation papier.

Les informations issues de la carte Vitale sont alors effacées et **la nature de pièces justificatives de droits Complémentaire** prend alors la valeur 2 « l'adhérent / assuré a présenté un support de droits autre que la carte Vitale ».

- **Droits issus d'un fichier patient (indépendamment de la présence ou pas de la carte Vitale ou d'une attestation)**

Le Professionnel de Santé obtient directement informations concernant l'organisme complémentaire sur son Poste de Travail. La **nature de pièces justificatives des droits complémentaires** prend alors la valeur **0** « l'adhérent / assuré n'a présenté aucune pièce justificative ».



Remarque : La valorisation de la nature de la pièce justificative à « 3 » n'est plus autorisée par le Professionnel de Santé.

La nature de la pièce justificative à « 3 » est valorisée uniquement par les STS si nécessaire.

- **Information acquise avec le service ADR**

En cas d'acquisition des informations du bénéficiaire des soins par le service ADR, la nature de la pièce justificative AMC est égale à la valeur issue de la réponse du service ADR (sous certaines conditions définies dans la documentation spécifique du service ADR).

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

1321	Groupe Organisme Complémentaire
1. Type de contrat	Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire. - Codification fournie par les caisses d'Assurance Maladie Obligatoire. - Valeur 99 : autorisation d'éclatement de la FSE, donnée par le Professionnel de Santé à un OCT. Dans le cas d'une gestion séparée sans passage par OCT ou le cas d'une gestion unique cette valeur est interdite. - Pour les autres valeurs par rapport aux différents cas de CMU C2S ou sortant de CMU-C C2S ou dispositif « TPi ACS » voir les paragraphes ci-dessous.
2. N° organisme complémentaire	Issu de la réponse du service ADR, de la carte Vitale ou tout autre support de droits . En gestion unique, cette zone est renseignée avec le « MUTNUM ». En gestion séparée, cette zone est renseignée avec le numéro d'organisme complémentaire. Pour les autres cas (CMU-C C2S , dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO ») voir règle ci-dessous.
3. N° adhérent	N° d'adhérent à un organisme complémentaire.
4. Données de la complémentaire zone 1	Cette information doit être utilisée dans une DRE, dans une FSE comportant une part complémentaire (cas de la FSE dans le cadre d'une convention de gestion ou cas de la FSE à destination d'un OCT éclateur). Le contenu de cette zone est défini dans les tableaux ci-dessous.
5. Données de la complémentaire zone 2	Cette information doit être utilisée dans une DRE, dans une FSE comportant une part complémentaire (cas de la FSE dans le cadre d'une convention de gestion ou cas de la FSE à destination d'un OCT éclateur). Le contenu de cette zone est défini dans les tableaux ci-dessous.
6. N° organisme complémentaire EDI	Issu de la carte Vitale
7. Code application	Renseigné à 99. .
8. Code de routage flux AMC	Issu des informations administratives et de routage (cf annexe 1-A2) de la carte Vitale ou table des conventions ou tout autre support
9. Domaine	Issu des informations administratives et de routage (cf annexe 1-A2) de la carte Vitale ou table des conventions ou tout autre support
10. Indicateur de traitement AMC	Issu de la réponse du service ADR, de la carte Vitale ou tout autre support de droits sinon valeur par défaut issue des règles du Cahier des Charges SESAM-Vitale.
11. Identifiant hôte gestionnaire	Issu des informations administratives et de routage (cf annexe 1-A2) de la carte Vitale ou table des conventions ou tout autre support
12. Identifiant de l'assuré AMC	Issu de tout autre support de droits AMC
13. Zone supplémentaire non certifiée	Réservée pour utilisation future Certifiée ou non certifiée si le type de contrat = 99

Gestion des bénéficiaires de la **CMU Complémentaire Santé Solidaire** ou des sortants de **CMU-C C2S**

Pour les bénéficiaires de la **CMU-C C2S** : Si le mode de gestion est :

- un mode de gestion unique, le progiciel doit valoriser les champs « type de contrat » et « N° organisme complémentaire » du groupe 1321 respectivement à '89' et 'M'. Le champ « N° organisme complémentaire » doit être rempli par le progiciel à blanc aux 9 premières positions et le M à la 10ème position ('-----M').
- un mode de gestion séparée, le progiciel doit valoriser les champs « type de contrat » et « N° organisme complémentaire » du groupe 1321 respectivement à '89' et avec le 'N° AMC' présent en carte Vitale (ou autre support de droits).

Dans le cas où le Professionnel de Santé utilise les services d'éclatement d'un OCT, les champs « type de contrat » et « N° organisme complémentaire » du groupe 1321 sont valorisés respectivement à '99' et avec le 'N° AMC' présent en carte Vitale (ou autre support de droits).

Pour les sortants de **CMU-C C2S** : que le mode de gestion soit unique ou séparée, le progiciel doit valoriser les champs « type de contrat » à la valeur '01'. En gestion séparée, dans le cas où le Professionnel de Santé utilise les services d'éclatement d'un OCT, les champs « type de contrat » et « N° organisme complémentaire » du groupe 1321 sont valorisés respectivement à '99' et avec le 'N° AMC' présent en carte Vitale (ou autre support de droits).

Si la situation du bénéficiaire sortant de **CMU-C2S** a été identifiée à partir de la valeur '5555551' en carte Vitale ou dans la réponse du service ADR alors ce n'est pas cette information qui doit être transmise dans le n°organisme complémentaire. Dans ce cas, le n° organisme complémentaire doit être pris sur le support de droits présenté pour la part complémentaire par l'assuré.

Gestion des bénéficiaires de l'ACS

Si la facture est élaborée selon le dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO » :

- le progiciel doit valoriser le champ « Type de contrat » dans la FSE en fonction du contrat ACS encadré, comme suit :

Type de contrat ACS encadré	Valorisation du champ « type de contrat »
ACS A	91
ACS B	92
ACS C	93

- le progiciel doit valoriser le champ « N° organisme complémentaire » du groupe 1321 à 'M'. Le champ « N° organisme complémentaire » doit être rempli par le progiciel à blanc aux 9 premières positions et le M à la 10ème position ('-----M').



Remarque : dans les autres cas, les informations sont renseignées nominalement.

Remplissage des données de la complémentaire zones 1 et 2 du groupe 1321

Les consignes de valorisation des données de la complémentaire des zones 1 et 2 sont les suivantes :

- Cas d'une DRE « initiale » ou d'une FSE comportant des informations relatives à la complémentaire.

	INFORMATIONS	POSITIONS	PRESENCE	CONSIGNES DE SAISIE DES RUBRIQUES	
Données de la part complémentaire zone 1	Contexte de déroulement procédure de facturation	1321-4	Facultative	Référence de la réponse de prise en charge complémentaire, sur 16 caractères maximum	
Données de la part complémentaire zone 2	Nature pièce justificative des droits Complémentaire	1321-5 pos. 1	Obligatoire	0	L'adhérent/assuré n'a présenté aucune pièce justificative
				1	Le Professionnel de Santé a consulté un serveur de droits
				2	L'adhérent/assuré a présenté un support de droits de la part complémentaire autre que la carte Vitale
				3	Prise en charge de la part complémentaire
				4	L'adhérent/assuré a présenté sa carte Vitale comme support de droits
				-	Pour ADR, valeur issue de la réponse du service (selon conditions définies dans la documentation spécifique du service ADR)
Situation accord préalable AMO	1321-5 pos. 2	Obligatoire		« D » lorsque « réponse défavorable à accord préalable AMO ». Dans les autres cas, renseigner cette zone à blanc.	
Type de service AMC	1321-5 pos. 3	Obligatoire		Cette information correspond au choix de mode de règlement de la part complémentaire choisi par le Professionnel de Santé Valeurs possibles : T pour tiers payant H pour hors tiers payant	
Sens comptable	1321-5 pos. 4	Obligatoire		1 = facture normale RO+RC 3 = recyclage global de la facture RO+RC 4 = recyclage partiel de la facture RO seul. 5 = recyclage partiel de la facture RC seul 6 = facture normale RC seulement 7 = facture normale RO seulement. « Dans le cadre de SESAM-Vitale, les valeurs 3-4-5-7 ne sont pas utilisées. Elles sont réservées pour les organismes complémentaire »	

- Cas d'une DRE d'annulation

	INFORMATIONS	POSITIONS	PRESENCE	CONSIGNES DE SAISIE DES RUBRIQUES
Données de la part complémentaire zone 1	Zone disponible	1321-4	Obligatoire	A blanc
Données de la part complémentaire zone 2	Nature pièce justificative des droits Complémentaire	1321-5 pos. 1	Obligatoire	Rappel de la valeur de la facture initiale
	Situation accord préalable AMO	1321-5 pos. 2	Obligatoire	Rappel de la valeur de la facture initiale
	Type de service AMC	1321-5 pos. 3	Obligatoire	Rappel de la valeur de la facture initiale
	Sens comptable	1321-5 pos. 4	Obligatoire	2=annulation de facture RC

2.4.15 1330-Groupe Données Complémentaire additionnelles

Règles

Ce groupe doit être valorisé dès lors que des informations relatives à la complémentaire sont à transmettre.



Remarque : ce groupe n'est pas utilisé en nature d'assurance SMG.

La valorisation du champ « n° de l'opérateur de règlement /N°AMC » est effectuée:

- dans le cas d'une gestion séparée,
 - à partir du n° AMC-
En présence d'informations administratives et de routage, cette donnée est renseignée à partir du n° d'opérateur de règlement, issu des informations administratives et de routage, si celui-ci est présent.
 - à partir du numéro AMC-
En présence d'une convention applicable, cette donnée est renseignée à partir du n° d'opérateur de règlement si celui-ci est présent dans la table des conventions.
- dans le cas d'une gestion unique, à partir du n° AMC obtenu
 - si les droits sont issus du service ADR, ce champ est valorisé à partir du champ « Identifiant de l'organisme complémentaire » (équivalent du champ 5 du groupe 107) selon la règle de détermination des identifiants de l'organisme complémentaire en gestion unique identique à celle de la carte Vitale d'acquisition de ce champ cf. annexe 1- A (RG_BS328),
 - si le support de droits présenté est la carte Vitale (nature de la pièce justificative de la zone 2 du groupe 1321-5 avec la valeur « 4 »), ce champ est valorisé à partir du champ 5 du groupe 107 Selon la règle de détermination des identifiants de l'organisme complémentaire en gestion unique à partir de la carte Vitale d'acquisition du champ « service associé au contrat » cf. annexe 1- A (RG_BS328),
 - si le support de droits présenté n'est pas la carte Vitale (nature de la pièce justificative de la zone 2 du groupe 1321-5 différente de la valeur « 4 »), ce champ peut être valorisé à partir d'une attestation papier (ou éventuellement être acquis via la base patient suite à la saisie d'une attestation papier) selon la règle de détermination des identifiants de l'organisme complémentaire en gestion unique cf. annexe 1- A (RG_BS330).

~~En l'absence de n° AMC sur le support (service ADR, Carte Vitale ou autre support), le n° AMC est recherché à partir de la recherche de la table de correspondance (Mutnum =>N°AMC) ; cette consultation étant réalisée par le progiciel.~~



~~Remarque : Si aucun n°AMC n'est trouvé, alors le champ n'est pas renseigné et ne doit pas contenir le Mutnum.~~

Le champ « Contexte conventionnel AMC » est valorisé par le progiciel de santé avec les informations suivantes en présence d'une part complémentaire :

- N° de version de la structure de contexte conventionnel AMC (valorisé à 01),

- Code spécialité du Professionnel de santé réalisant la facture (issu de la carte CPx du Professionnel de Santé). Cette information est renseignée même si une convention n'a pas été sélectionnée.
- Code conventionnel du Professionnel de Santé, réalisant la facture, au regard de l'AMO (issu de la carte CPx du Professionnel de Santé). Cette information est renseignée même si une convention n'a pas été sélectionnée.
- Code type de convention issu des informations administratives et de routage de la convention AMC sélectionnée par le Professionnel de Santé pour la facture.
- Critère secondaire issu des informations administratives et de routage de la convention AMC sélectionnée par le Professionnel de Santé pour la facture. Si ce critère est constitué de moins de 9 caractères il convient de le compléter avec des blancs à droite.
- Code norme retour attendue par le Professionnel de Santé (actuellement non utilisé, réservé à un usage futur)-
- Origine du contexte conventionnel issue des informations administratives et de routage pour la facture.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

1330	Groupe Données Complémentaire additionnelles	
1. N° opérateur de règlement/N°AMC	Issue de la table de convention si renseigné sinon N° AMC Issu des informations administratives et de routage	
2. Contexte conventionnel AMC	Voir règle ci-dessus. La structure de ce champ est fonction de la valeur du N° de version de la structure de contexte conventionnel AMC.	
3. Zone supplémentaire certifiée	Réservée pour utilisation future	

Description du champ « contexte conventionnel AMC »

Position	Donnée	Présence	Règles de renseignement
1 – 2	N° de version de la structure de contexte conventionnel	Obligatoire	« 01 »
3 – 4	Code spécialité du Professionnel de Santé	Obligatoire	Code spécialité de l'exécutant salarié. Si absent Ccode spécialité du Professionnel de Santé réalisant la Facture (issu de la Carte du Professionnel de Santé).
5	Code conventionnel du Professionnel de Santé	Obligatoire	Code conventionnel du Professionnel de Santé réalisant la Facture, au regard de l'AMO (issu de la Carte du Professionnel de Santé).

Position	Donnée	Présence	Règles de renseignement
6 – 7	Code type de convention	Facultatif	Code type de la convention issu des informations administratives et de routage sélectionnée par le Professionnel de Santé pour la Facture.
8 – 16	Critère secondaire	Facultatif	<p>En gestion séparée : critère secondaire de l'organisme AMC issu des informations administratives et de routage pour la convention sélectionnée par le Professionnel de Santé (en cas de regroupement).</p> <p>En gestion unique : critère secondaire issu des informations administratives et de routage de la convention sélectionnée par le Professionnel de Santé pour la Facture (cette information peut comporter des caractères génériques à remplacer par le caractère alphanumérique « X »).</p>
17 – 19	Code norme retour attendu	Facultatif	Non utilisé.
20	Origine du contexte conventionnel	Obligatoire	Origine du contexte conventionnel issue des informations administratives et de routage



Exemple 1 (gestion séparée) : « 01191XX »

1. N° de version de la structure de contexte conventionnel : 01
2. Code spécialité du Professionnel de Santé : 19
3. Code conventionnel du Professionnel de Santé : 1
4. Code type de convention : XX
5. Critère secondaire : non renseigné
6. Code norme retour attendu : non renseigné



Exemple 2 (gestion unique) : « 01191RO02XX1XXXX »

1. N° de version de la structure de contexte conventionnel : 01
2. Code spécialité du Professionnel de Santé : 19
3. Code conventionnel du Professionnel de Santé : 1
4. Code type de convention : RO
5. Critère secondaire : 02XX1XXXX
6. Code norme retour attendu : non renseigné

2.4.16 1410-Groupe Cadre de Remboursement

Règles

Le progiciel de santé doit renseigner le groupe 1410, voire le groupe 1321, suivant le contexte de facturation au regard du remboursement de la part complémentaire.

Lorsque la part complémentaire est directement gérée par un organisme d'AMC alors l'information sur la situation de règlement de la part complémentaire est renseignée par la donnée 1321-5 en position 3. (Groupe « organisme de la part complémentaire », champ « donnée de la part complémentaire zone 2 », position « type de service AMC »).

Dans ce cas le groupe 1410 ne contient pas d'information sur la part complémentaire puisqu'elle est traitée directement par un organisme d'AMC.

Dans le cas où une convention a été signée entre le Professionnel de Santé et la caisse dont dépend l'assuré, une procédure de tiers payant peut être appliquée sur la part obligatoire.

Dans le cas d'une convention de gestion entre AMO et AMC, le tiers payant peut être appliqué à l'ensemble de la dépense.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

Ce groupe est obligatoire pour toutes les familles.

1410	Groupe Cadre de remboursement
1. Cadre de remboursement	<ul style="list-style-type: none"> • valeur 1 pour « le Professionnel de Santé n'a pas pratiqué de tiers payant sur les parts gérées par l'AMO » • valeur 2 pour « le Professionnel de Santé a pratiqué le tiers payant sur la part obligatoire, l'assuré ayant acquitté le ticket modérateur ou la part complémentaire ayant fait l'objet d'un tiers payant hors convention de gestion AMO-AMC » • valeur 3 pour « le Professionnel de Santé a pratiqué le tiers payant sur la part obligatoire et la part complémentaire gérée par l'AMO » • valeur 4 pour « le Professionnel de Santé a pratiqué le tiers payant sur la part complémentaire gérée par l'AMO » • valeur 5 pour « le Professionnel de Santé a pratiqué le tiers payant intégral pour le compte du régime SNCF ».
2. Décision avance de frais	Ce champ ne doit plus être renseigné.

Renseignnement du cadre de remboursement

Le groupe 1410 : cadre de remboursement indique la situation de règlement des parts obligatoire et complémentaire gérées directement par l'AMO.

Le cadre de remboursement **est renseigné par le progiciel** en fonction de l'application ou non du tiers payant sur la part obligatoire et éventuellement de la prise en compte de la part complémentaire quand elle est gérée directement par l'AMO.

Le tableau ci-dessous présente l'ensemble des cas possibles :

Part obligatoire	Part complémentaire			
	Absence	Gestion unique		Gestion séparée
	so	HTP	TP	HTP ou TP
HTP	1	1	4	1
TP	2	2	3	2



Remarque : en gestion unique, le Hors Tiers payant sur la part complémentaire entraîne la non transmission d'informations complémentaires (cf. 1321) dans la facture.



Cas particulier : pour l'AME, la valeur de cadre de remboursement à utiliser est la valeur 3.

2.4.17 1420-Groupe Identification de pièce justificative pour l'AMO

Groupe de données Règles

Ce groupe est obligatoire pour toutes les familles quel que soit le mode de sécurisation.

Les Professionnels de Santé autorisés à effectuer des factures sans carte Vitale doivent préciser si le bénéficiaire a présenté une pièce justificative de droits et sa nature (bulletin de salaire, attestation de droits,...).

En cas d'acquisition des informations du bénéficiaire des soins par le service ADR, quel que soit le mode de sécurisation, la nature de la pièce justificative AMO est égale à la valeur issue de la réponse du service ADR (sous certaines conditions définies dans la documentation spécifique du service ADR).

Par ailleurs en cas de nature d'assurance SMG, quel que soit le mode de sécurisation, qu'il y ait eu ou non un appel au service ADR, la nature de la pièce justificative AMO doit être positionnée à « 1 » : « l'assuré a présenté un bulletin de salaire, une attestation de droits, une prise en charge pour l'AME, une attestation de bénéficiaire CMU-C... ».

Ce groupe ne doit être renseigné que dans les cas suivants :

- mise en forme d'une facture en mode de sécurisation : dégradé,
- mise en forme d'une facture avec les données issues du service ADR quel que soit le mode de sécurisation,
- mise en forme d'une facture en nature d'assurance SMG quel que soit le mode de sécurisation.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

1420	Groupe Identification de pièce justificative pour l'AMO	
1. Nature de la pièce justificative pour l'AMO	cf. RG_CF313 <ul style="list-style-type: none"> • valeur 0 pour « L'assuré n'a présenté aucune pièce justificative » • valeur 1 pour « L'assuré a présenté un bulletin de salaire, une attestation de droits, une prise en charge pour l'AME, une attestation de bénéficiaire CMU-C, etc... » • valeur 2 pour « L'assuré a présenté sa Carte d'assuré social ou le Professionnel de Santé a consulté le fichier patient par télématique » • valeur 4 pour « L'assuré a présenté sa Carte Vitale » • pour ADR, valeur issue de la réponse du service (selon conditions définies dans la documentation spécifique du service ADR) 	
2. Date de validité de la pièce justificative pour l'AMO	Date de validité de la pièce justificative. (Règle spécifique définie dans la documentation du service ADR)	
3. Origine de la pièce justificative pour l'AMO	Code de l'organisme ayant délivré la pièce justificative quand la nature de la pièce est « L'assuré a présenté sa Carte d'assuré social ». (Règle spécifique définie dans la documentation du service ADR)	

Règles

[RG_CF313] Déterminer la nature de la pièce justificative AMO

	PR		AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SE					

La détermination de la nature de PJ AMO dépend du support de droits AMO

Support de droits AMO	Saisie PS	Nature de PJ	Libellé
Carte Vitale	So	4	L'assuré a présenté sa Carte Vitale
Service ADR	So	donnée issue du service ADR selon conditions décrites dans la documentation spécifique du service ADR	
Attestation papier ou autre support de droits	Le Professionnel de Santé doit préciser si le bénéficiaire a présenté une pièce justificative de droits et sa nature (bulletin de salaire, attestation de droits,...).	0	L'assuré n'a présenté aucune pièce justificative
		1	L'assuré a présenté un bulletin de salaire, une attestation de droits, une prise en charge pour l'AME, une attestation de bénéficiaire CMU-C C2S, etc...
		2	L'assuré a présenté sa Carte d'assuré social ou le Professionnel de Santé a consulté le fichier patient par télématique

[CP1] Nature d'assurance SMG

	PR		AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SE					

Dans le cas particulier d'une facture en nature d'assurance SMG, quel que soit le support de droits AMO, le système de facturation renseigne la nature de pièce justificative AMO à la valeur 1 : « L'assuré a présenté une attestation de droits... ».

[CP3] Nature d'assurance AT

	PR						
M	CD	SE	AM	LB	PH	FR	TR

Dans le cas où l'organisme gestionnaire AT identifié sur le support AT est différent de l'organisme gestionnaire AT du support de droits AMO, c'est l'organisme gestionnaire identifié sur le support AT et non sur le support de droits AMO qui est utilisé pour l'adressage de la facture, (cf. RG_CF_R25.0 : l'origine de l'organisme gestionnaire AT prend l'une des valeurs suivantes :

- feuillet AT,
- attestation AT,
- courrier de l'AT,
- déclaration de la victime.

La nature de pièce justificative AMO (EF_CF12_05) est alors renseignée à la valeur 1 : « L'assuré a présenté une attestation de droits ».

2.4.18 1440-Groupe Forçage Niveau facture

Règles



Voir Annexe1-A § Cas particulier du Forçage

Ce groupe est facultatif.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

1440	Groupe <i>FORCAGE Niveau facture</i>
1. Indicateur de forçage AMO niveau facture	Voir Annexe1-A § Cas particulier du Forçage
2. Indicateur de forçage AMC niveau facture	Voir Annexe1-A § Cas particulier du Forçage
3. N° version du référentiel électronique SRT	Cf. fonction « version du référentiel » du module SRT – Annexe1-C

2.4.19 1450-Groupe Module de Tarification Complémentaire

Règles

Ce groupe est crée et renseigné par le module STS en sortie de la fonction « Tarification ».

Ce groupe est obligatoire si le progiciel a utilisé les STS pour calculer la part complémentaire.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

1450	Groupe <i>Module de Tarification Complémentaire</i>	
1. Identifiant du module STS	Renseigné par STS	
2. N° version*	Renseigné par STS	

*suivant le module STS, ce n° version est soit le n° de la table soit le n° du STS.

2.4.20 151x-Groupes NATURE d'ASSURANCE

Règles

Les différents groupes « nature d'assurance » regroupent un ensemble d'informations permettant d'indiquer à l'Assurance Maladie si les prestations indiquées sur la feuille de soins relèvent :

1. du risque Maladie,
2. du risque Maternité,
3. du risque Accident du travail.
4. du risque Prévention
5. du contexte Soins Médicaux Gratuits

Une facture ne peut donc comporter que des prestations relatives à un seul et même risque.

Un des cinq groupes ci-dessous est obligatoire pour toutes les familles.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

2.4.20.1 1511-Groupe Nature d'assurance Maladie

1511	Groupe Nature d'assurance Maladie	
1. Date d'accident de droit commun	Saisie par le Professionnel de Santé. *	
2. Indicateur Régime Alsace Moselle	Saisie par le Professionnel de Santé en l'absence de code ouverture ou positionné par le progiciel : cf. RG_BS052 en cas d'utilisation des données issues du service ADR (selon une règle définie dans la documentation spécifique du service ADR).	

*le Professionnel de Santé doit indiquer si les actes ou prestations servis sont consécutifs à un accident de droit commun causé par un tiers. Dans ce cas, le Professionnel de Santé doit saisir obligatoirement la date d'accident de droit commun.

La notion d'accident de droit commun est utilisée pour tous les bénéficiaires hormis les non salariés du régime agricole. Pour ces derniers on parle d'accident de la vie privée (cf. Corps du CDC §6 Glossaire).

Positionnement par défaut en nature d'assurance Maladie

En cas de facturation de prestations de type Consultation Obligatoire Enfant (groupe fonctionnel du code prestation = COx), la nature d'assurance maladie est proposée par défaut au Professionnel de Santé si elle n'est pas déjà renseignée.

Le LPS doit toutefois toujours permettre au Professionnel de Santé de modifier cette nature d'assurance



A noter qu'en cas de code situation caractérisant une situation « maternité » (cf. groupe 1511 : « Positionnement par défaut en nature d'assurance Maternité »), simultané à la facturation de prestations de type Consultation Obligatoire Enfant, le positionnement par défaut de la nature d'assurance à « Maladie » est prioritaire sur « Maternité ».

[RG_BS052] Déterminer le code indicateur Alsace-Moselle

			FR						
M	CD	SE	AM	LB	PH	FR	FR		



Support de droits AMO = Carte Vitale ou ADR

En présence d'une carte Vitale, ou en cas d'utilisation des données issues du service ADR ce code indicateur est positionné par le système de facturation en fonction du code situation acquis à partir du support de droits AMO.

Le tableau ci-après présente la liste des codes situation caractérisant une situation Alsace-Moselle ou Régime-Local et positionnant le code indicateur Alsace-Moselle à « Oui » :

Code situation		Code Indicateur Alsace-Moselle
0105		« O »
0106		
0107		
0108	→	
0109		
0110		
0205		« O »
0206		
0207		
0225	→	
0226		
0227		
Autre	→	« N »

Autres supports de droits : absence de code situation

En l'absence de carte Vitale et d'acquisition des données via le service ADR, le code situation n'est pas connu. Le Professionnel de Santé indique alors si le bénéficiaire de soins bénéficie du régime Alsace-Moselle.

Si le Professionnel de Santé ne renseigne pas cet indicateur, cela équivaut à signifier que le bénéficiaire de soins ne bénéficie pas du régime Alsace-Moselle.

2.4.20.2 1512-Groupe Nature d'assurance Maternité

1512	Groupe Nature d'assurance Maternité
1. Date de maternité	Cf. R30 et R31 de l'annexe 2.

Positionnement par défaut en nature d'assurance Maternité

Dans certaines situations le contexte de maternité peut être détecté par le progiciel de sorte à ce qu'il propose par défaut la nature d'assurance maternité au Professionnel de Santé

Les codes situation issus de la lecture de la carte vitale du bénéficiaire (groupe 106) sont à utiliser pour identifier une situation « maternité ».

A une valeur de code situation correspondent une ou plusieurs situations médico administratives cumulées.

S'agissant des codes situation listés ci-dessous, ils contiennent nécessairement une situation « maternité » :

- **0103, 0107, 0110, 0203, 0207, 0405, 1003, 9003.**

En conséquence, dès lors que le progiciel détecte l'un de ces codes situation, la facturation sous la nature d'assurance maternité doit être proposée par défaut au Professionnel de Santé.

Le code situation s'apprécie à la date de prescription lorsqu'une prescription est à l'origine de la facture, à la date d'élaboration de la facture dans les autres cas.



Rappel : Dans ce contexte, l'acquisition de la « date maternité » est obligatoire. Le Professionnel de Santé doit toutefois pouvoir élaborer la facture sous une autre nature d'assurance qu'il aurait identifiée (AT, maladie, SMG).



Cas particulier : à ce jour, les Mahoraises (organisme de rattachement 04 : code caisse = 976 ou code régime / code caisse = 02 / 941) sont exclues de ce dispositif. En conséquence les dispositions ci-dessus ne doivent pas leur être appliquées.

2.4.20.3 1513-Groupe Nature d'assurance Accident du Travail

1513	Groupe Nature d'assurance Accident du Travail	
1. Date d'accident du travail	Saisie par le Professionnel de Santé ou lu sur la carte Vitale ou acquis avec le service ADR	
2. N° d'accident du travail	Saisie par le Professionnel de Santé ou lu sur la carte Vitale ou acquis avec le service ADR	
3. Clé du n° d'accident du travail	Saisie par le Professionnel de Santé ou lu sur la carte Vitale ou acquis avec le service ADR	

2.4.20.4 1514-Groupe Nature d'assurance Prévention

Ce groupe est prévu pour utilisation future.

1514	Groupe Nature d'assurance Prévention	
1. Champ d'application dispositif de prévention	Zone réservée pour utilisation future	
2. Date liée au dispositif de prévention	Zone réservée pour utilisation future	
3. N° d'accident lié au dispositif de prévention	Zone réservée pour utilisation future	
4. Clé du n° d'accident lié au dispositif de prévention	Clé du n° d'accident Zone réservée pour utilisation future	

2.4.20.5 1515-Groupe Nature d'assurance SMG

1515	Groupe Nature d'assurance SMG	
1. Montant total de la prise en charge SMG	Saisie par le Professionnel de Santé à partir de l'accord de prise en charge SMG Non renseigné en l'absence d'accord de prise en charge	

Pour choisir le risque Soins Médicaux Gratuits, le Professionnel de Santé est tenu de disposer nécessairement :

- pour un prescripteur :
 - de l' « attestation de droits aux Soins Médicaux Gratuits »,
 - de la « Fiche Descriptive des Infirmités donnant droit aux Soins Médicaux Gratuits »
- pour le Professionnel de Santé exécutant :
 - de l'ordonnance mentionnant le rapport des soins avec les infirmités ayant donné lieu à pension.

Dans le cas particulier où le Professionnel de Santé appartient à la famille « Auxiliaires Médicaux », il est recommandé au progiciel d'informer le Professionnel de Santé au moment de la saisie du montant total de prise en charge SMG qu'en cas d'actes en série, la facture doit comporter l'ensemble des soins de la série sur laquelle porte l'accord de prise en charge SMG »

2.4.21 161x-Groupes PRESTATION

2.4.21.1 Règles de gestion des prestations

Les informations télétransmises reflètent exactement la facturation des actes retracée sur le support papier. Il est donc nécessaire de créer autant de groupes 1610 que d'actes répertoriés sur la feuille de soins.

Prestations de biologie

Néanmoins, dans le cadre de la mise en œuvre de la codification affinée des actes de biologie (i.e. de type de nomenclature NABM et de top codage affiné = oui, cf. Annexe2-Table1), l'ensemble des actes exécutés à la même date pour une même prescription (ayant même taux de remboursement) est regroupé dans un groupe 1610 unique. La valeur du coefficient est alors égale à la somme des coefficients représentatifs des codes affinés.

Enchaînement des groupes 161x

L'enchaînement des prestations (groupes 161x) doit respecter les contraintes d'ordonnancement du présent CDC, à savoir :

Une prestation de type secondaire facturée dans un groupe 1610 doit être positionnée après d'éventuelles indemnités de déplacement (groupes 1620 et/ou 1630).

- Toute prestation d'honoraire simple doit succéder **immédiatement** le médicament à laquelle elle se rapporte (cf. § 2.4.21.1.5)
- Les prestations d'honoraires globaux doivent apparaître en fin de facture après tous les médicaments et leurs honoraires simples, dans l'ordre suivant :
 - L'honoraire complexe (HC)
 - L'honoraire de dispensation pour délivrance de médicaments remboursables (HDR)
 - L'honoraire de dispensation lié à l'âge (HDA)
 - L'honoraire de dispensation pour délivrance de médicaments spécifiques (HDE)
- Les prestations de suppléments SMG doivent apparaître en fin de facture (cf. A1-A3)
- La prestation de supplément APIAS doit apparaître en fin de facture (cf. A1-A3)

Tiers payant en mode dégradé

En mode de sécurisation dégradé, lorsque le Professionnel de Santé ne dispose pas des informations lui permettant de déterminer le taux de remboursement, la procédure de tiers payant ne peut être appliquée pour la part obligatoire comme pour la part complémentaire.

2.4.21.1.1 Règles particulières de présentation concernant certains types d'actes

Définition

Une séance de soins correspond à des actes réalisés le même jour par un même praticien sur le même patient.

Actes multiples au cours d'une même séance avec ou sans dépassement de tarif

Chaque acte doit être présenté isolément dans un groupe 1610. Le montant des honoraires retrace le prix de chaque acte. Le dépassement éventuel est imputé soit à chaque acte, soit à l'acte le plus important.

Plusieurs séances facturées sur la même feuille de soins avec actes multiples ou indemnités

Lorsque plusieurs séances d'actes sont facturées sur la même feuille de soins, la présentation des articles doit respecter la chronologie des séances et l'ordre de présentation des feuilles de soins comme précisé ci-après :

1ère Séance :

- acte médical avec ou sans majoration,
- éventuellement, acte médical réduit,
- indemnité(s).

2ème Séance :

- acte médical avec ou sans majoration,
- éventuellement, acte médical réduit,
- indemnité(s).

La possibilité de regrouper des actes identiques effectués le même jour (même coefficient, même prestation, même complément de prestation réalisés par le même Professionnel de Santé sur un même malade) est offerte.

Les indemnités kilométriques (codes prestations de groupe fonctionnel « Indemnité de déplacement / Kilométrique ») ne sont pas concernées par ce regroupement et doivent être présentées par séance de soins. (La faculté de regrouper les actes effectués le même jour n'est pas contradictoire avec le non regroupement des indemnités kilométriques.)

Les prestations CCAM ne sont pas concernées par ce regroupement.

Pour les auxiliaires-médicaux, le dénombrement d'une ligne de prestation correspond au nombre de séances de soins.



Remarque :

La cotation des prestations citées dans les exemples peut être déphasée par rapport à l'évolution de la réglementation. Celle-ci est donnée à titre indicatif.

Exemple : un AIS 3 effectué le matin et un AIS 3 effectué le soir pendant X jours à domicile.

Remplissage des groupes avec regroupement par journée de soins

Groupe	N° prestation	Date d'exécution	Code prestation	Coefficient	Quantité	Dénombrement
1610	1	20021201	AIS	3,00	2	2

Groupe	N° prestation	Date du déplacement	Code IFD	Quantité
1620	2	20021201	IFA	2

Groupe	N° prestation	Date du déplacement	Type IK	Nombre de kilomètres
1630	3	20021201	IK	5
1630	4	20021201	IK	5

Groupe	N° prestation	Date d'exécution	Code prestation	Coefficient	Quantité	Dénombrement
1610	5	20021202	AIS	3,00	2	2

Groupe	N° prestation	Date du déplacement	Code IFD	Quantité
1620	6	20021202	IFA	2

Groupe	N° prestation	Date du déplacement	Type IK	Nombre de kilomètres
1630	7	20021202	IK	5
1630	8	20021202	IK	5

Remplissage des groupes sans regroupement par journée de soins

Groupe	N° prestation	Date d'exécution	Code prestation	Coefficient	Quantité	Dénombrement
1610	1	20021201	AIS	3,00	1	1

Groupe	N° prestation	Date du déplacement	Code IFD	Quantité
1620	2	20021201	IFA	1

Groupe	N° prestation	Date du déplacement	Type IK	Nombre de kilomètres
1630	3	20021201	IK	5

Groupe	N° prestation	Date d'exécution	Code prestation	Coefficient	Quantité	Dénombrement
1610	4	20021201	AIS	3,00	1	1

Groupe	N° prestation	Date du déplacement	Code IFD	Quantité
1620	5	20021201	IFA	1

Groupe	N° prestation	Date du déplacement	Type IK	Nombre de kilomètres
1630	6	20021201	IK	5

Groupe	N° prestation	Date d'exécution	Code prestation	Coefficient	Quantité	Dénombrement
1610	7	20021202	AIS	3,00	1	1

Groupe	N° prestation	Date du déplacement	Code IFD	Quantité
1620	8	20021202	IFA	1

Groupe	N° prestation	Date du déplacement	Type IK	Nombre de kilomètres
1630	9	20021202	IK	5

Groupe	N° prestation	Date d'exécution	Code prestation	Coefficient	Quantité	Dénombrement
1610	10	20021202	AIS	3,00	1	1

Groupe	N° prestation	Date du déplacement	Code IFD	Quantité
1620	11	20021202	IFA	1

Groupe	N° prestation	Date du déplacement	Type IK	Nombre de kilomètres
1630	12	20021202	IK	5

Majoration de nuit ou de dimanche dans l'hypothèse d'actes multiples au cours d'une même séance

La majoration de nuit est imputée à l'acte principal.

Exemple

AIS 3 + AIS3/2 pour 10,80€ et 9,15€ de majoration de nuit

	Groupe 1610	Groupe 1610
N° de la prestation	1	2
Code prestation	AIS	AIS
Code complément prestation	N	
Coefficient	3	1,5
Montant des honoraires	$(2,40 * 3) + 9,15 = 16,35$	$2,40 * 1,5 = 3,60$

Cumul d'Actes

Cumul d'actes CCAM et non CCAM :

« La mise en application de la CCAM sur un champ partiel induit la cohabitation d'actes CCAM et d'actes NGAP.

Cependant, les règles actuelles de la NGAP continueront de s'appliquer.

Par exemple, il n'est pas possible de cumuler un acte technique et une consultation sauf exceptions (en particulier, C ou CS et ECG).

Un acte donné n'appartient qu'à une seule des deux nomenclatures à une date donnée pour une spécialité donnée. »

Actes gratuits, Actes non remboursables, Actes Hors Nomenclature, AME, Forfaits dentaires CMU-C

Actes gratuits

Pour les actes GRATUITS (actes supports ou actes secondaires), le taux de remboursement, le montant des honoraires, le montant remboursable par l'AMO doivent être valorisés à zéro et le qualificatif de la dépense à G (groupe 1610 ou 1620 ou 1630).

La gratuité d'un acte support n'entraîne pas automatiquement la gratuité des actes secondaires qui lui sont rattachés.

	Groupe 1610	Champs modifiés par la règle
N° de la prestation	1	
Code prestation	Code prestation	
Code complément prestation	Code complément prestation	
Qualificatif de la dépense	G	***
Coefficient	Coefficient	
Prix unitaire	Prix unitaire	
Base de remboursement	Base de remboursement	
Taux de remboursement	Zéro	***
Montant remboursable par AMO	Zéro	***
Montant des honoraires	Zéro	***

Actes Non Remboursables et AME

Pour les actes NON REMBOURSABLES, **ainsi que dans le cadre des AME** ou forfaits dentaires CMU-C, la base de remboursement, le taux de remboursement, le montant de remboursement par l'AMO doivent être valorisés à zéro et le qualificatif de la dépense à N.

Ce dernier doit également être renseigné à N dans les groupes 1620 et 1630 en cas d'acte de déplacement non remboursable.

Actes gratuits en AME

Dans le cas particulier d'un acte gratuit délivré à un bénéficiaire de l'AME, le qualificatif de la dépense doit être positionné à G, prioritairement à la valeur N.

Forfaits dentaires CMU- C

Dans le cas des forfaits dentaires CMU-C, le montant remboursable de la part complémentaire contient le montant du forfait dentaire CMU-C.

	Groupe 1610	Champs modifiés par la règle
N° de la prestation	1	
Code prestation	Code prestation	
Code complément :prestation	Code complément prestation	
Montant des honoraires ou de la dépense	Remplissage standard ou montant du forfait dentaire CMU-C	
Qualificatif de la dépense	N	***
Coefficient	Coefficient	
Prix unitaire	Prix unitaire	
Base de remboursement	Zéro	***
Taux de remboursement	Zéro	***
Montant remboursable par AMO	Zéro	***

Actes Hors Nomenclature

Pour les actes HORS NOMENCLATURE,

	Groupe 1610	Champs modifiés par la règle
N° de la prestation	1	
Code prestation	HN	
Code complément :prestation		
Qualificatif de la dépense	N	***
Coefficient	1	
Prix unitaire	Montant des honoraires	
Base de remboursement	Zéro	***
Taux de remboursement	Zéro	***
Montant remboursable par AMO	Zéro	***

Déplacements

Les actes NON REMBOURSABLES, les actes GRATUITS et les actes HORS NOMENCLATURE ne donnent pas lieu à facturation de déplacement.

Les déplacements concernés par un abattement à 100% sont considérés comme des actes gratuits.

Pour les actes dans le cadre de l'AME, une facturation de déplacement est possible. Dans ce cas là, le qualificatif de la dépense du déplacement est à N.

Un déplacement est une prestation de groupe fonctionnel de niveau général « Indemnité de déplacement » (cf. Annexe2-Table1).

AME



Pour les bénéficiaires de l'AME, le montant du remboursement (part obligatoire + part complémentaire) est renseigné dans la part complémentaire (« montant théorique remboursable de la part complémentaire » groupe 1610, champ 15).

Médicaments détournables

En cas de délivrance par un pharmacien n'étant pas celui précisé sur l'ordonnance d'un médicament pouvant faire l'objet d'une utilisation détournée, ce médicament n'est pas remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Ce non remboursement apparaît dans la facture du pharmacien par l'utilisation du qualificatif de la dépense « Non remboursable ».

Dépassements liés au parcours coordonné de soins

Selon le contexte du parcours de soins, certains Professionnels de Santé sont autorisés, selon leur code conventionnel, leur contrat tarifaire et suivant que le bénéficiaire bénéficie de la **CMU-C C2S** ou non, à facturer un Dépassement Autorisé (DA).

Il est possible de cumuler un DA avec un dépassement pour « Entente Directe » (ED).

Dépassements prévus selon les contextes du parcours de soins, le Professionnel de Santé et le bénéficiaire :

A0-T2 : Table des dépassements selon le contexte du parcours de soins

INFORMATIONS DU PARCOURS DE SOINS			DEPASSEMENTS		
Position par rapport au parcours de soins	Contexte du parcours de soins		DA	DA+ED	
	Situation au regard du parcours de soins	Existence de la déclaration d'un Médecin traitant			
Non concerné	Cas d'exclusion		NON		
	Urgence	--(sans objet)			
Dans le parcours	Médecin Traitant	--(sans objet)	NON		
	Nouveau Médecin Traitant	-- (sans objet)			
	Médecin traitant de substitution ^(*)	Oui			
	Généraliste récemment installé	Oui			
	Médecin en zone sous médicalisée	Oui			
	Hors résidence habituelle du patient	Oui			
		Non ou ne sait pas			
	Accès direct spécifique	Oui			
	Médecin orienté par le MT	-- (sans objet)			
Médecin orienté par un médecin autre que le MT (médecin en accès direct spécifique, généraliste récemment installé, médecin installé en zone sous médicalisée ...)	Oui				
Hors parcours	Généraliste récemment installé	Non ou ne sait pas	OUI sous condition cf. table A0-T2bis		
	Médecin installé en zone sous médicalisée	Non ou ne sait pas			
	Accès direct spécifique	Non ou ne sait pas			
	Hors Accès direct spécifique	Oui			
		Non ou ne sait pas			
	Médecin orienté par un médecin autre que le MT (médecin en accès direct spécifique, généraliste récemment installé, médecin installé en zone sous médicalisée ...)	Non ou ne sait pas			
Non respect du parcours (PS non Médecin Traitant, non orienté...)	-- (sans objet) ^(**)				

(*) Le Professionnel de Santé se trouve dans la situation de « Médecin traitant de substitution » uniquement lorsque le bénéficiaire l'informe de l'existence d'une déclaration du médecin traitant.

Dans le cas contraire, la situation au regard du parcours de soins à saisir est « Non respect du parcours ».

Pour les contextes du parcours de soins avec lesquels le dépassement DA compatible, le détail des compatibilités en fonction du Professionnel de Santé et du bénéficiaire sont décrites dans le tableau ci-après :

A0-T2bis : Table des dépassements du parcours de soins selon le PS et le bénéficiaire

PS			DANS le parcours	HORS parcours				
			Bénéficiaire	Bénéficiaire				
	Code convention	Contrat tarifaire PS	en CMU-C C2S ou hors CMU-C C2S	hors CMU-C C2S	en CMU-C C2S			
non conventionné	0	Non	non	non				
secteur I (sans DP)	1	Non	non	<ul style="list-style-type: none"> DA si spécialité différente de 01, 22, 23 	non			
				<ul style="list-style-type: none"> DA+ED si spécialité 18, 44, 45, 69 	non			
secteur I avec DP n'ayant pas adhéré à un contrat tarifaire PS	2	Non		non	non	non		
secteur I avec DP ayant adhéré à un contrat tarifaire PS		Oui						
secteur II n'ayant pas adhéré à un contrat tarifaire PS	3	Non	non				non	non
secteur II ayant adhéré à un contrat tarifaire PS		Oui						

Il est rappelé que ces règles de compatibilité entre la situation au regard du parcours de soins et les dépassements autorisés sont spécifiées ici à titre indicatif. Elles peuvent donner lieu à des signalements au Professionnel de Santé sur le poste lors de la facturation mais ne doivent en aucun cas être bloquantes et interdire la facturation d'un dépassement.

Séquence de calcul et Arrondis

Dès qu'un montant (base de remboursement ou montant remboursable) est affecté d'un taux, le résultat :

- est arrondi par excès (centime supérieur) dès lors que la troisième décimale est supérieure ou égale à 5 ;
- est arrondi par défaut (centime inférieur) dès lors que la troisième décimale est inférieure ou égale à 4.

Cette règle s'applique au calcul de la base de remboursement (et de façon plus générale à l'ensemble des calculs effectués).

Cette règle s'applique à chaque ligne prestation (groupe 1610).

Exemple

Base de remboursement x Taux = Montant remboursable

Le Montant remboursable est arrondi suivant le principe ci-dessus.

Détermination de la part remboursable par l'assurance complémentaire et de la part assuré

La détermination des sommes imparties à chaque poste peut être la suivante :

- montant remboursable par AMO => A = tarif de responsabilité x taux de remboursement
- base de remboursement sur la part complémentaire => B = dépense réelle - montant remboursable par AMO
- ticket modérateur => C = tarif de responsabilité - montant remboursable par AMO
- participation maximum sur la part complémentaire => D = base de remboursement AMC x taux de participation

Détermination de la part remboursable par l'assurance complémentaire et de la part assuré

Si $D < B$ et différence supérieure ou égale à 2 centimes
part remboursable sur la part complémentaire = D
part assuré = $B - D$

Si $D < B$ et différence inférieure à 2 centimes
part remboursable de la part complémentaire = B
part assuré = zéro

Si $D \geq B$
part remboursable de la part complémentaire = B
part assuré = zéro

2.4.21.1.2 Spécificités Dentaires

Soins dentaires

Les dispositions réglementaires concernant les soins dentaires prévoient que le tarif applicable est celui en vigueur à la date d'achèvement des soins.

Cette date doit être indiquée pour chaque prestation.

Dans le cadre de la NGAP, une prestation correspondant à une seule dent soignée.

Dans le cadre de la CCAM une prestation peut comporter jusqu'à 16 occurrences de dents soignées.

Les soins dentaires correspondent aux prestations de groupe fonctionnel de niveau général « soins dentaires ».

(cf. Annexe2-Table1)

Orthopédie dento-faciale

La réglementation prévoit que l'examen du droit aux prestations s'effectue à la date de début du traitement orthopédique.

Cette date de début figure dans le groupe 1212. La date de fin de la période de traitement figure quant à elle dans le groupe 1610 (rubrique : date d'exécution).

Les soins d'orthopédie dento-faciale correspondent aux prestations de groupe fonctionnel « soins dentaires / ODF » (cf. Annexe2-Table1).

Prothèses dentaires

L'examen du droit aux prestations s'effectue à la date d'exécution des soins (date d'achèvement de la prothèse).

Les prothèses dentaires correspondent aux prestations de groupe fonctionnel « soins dentaires / prothétiques » (cf. Annexe2-Table1).

Le respect des plafonds des actes prothétiques est contrôlé à partir de la table des plafonds dentaires (Annexe 2, règle P5). Cette table (DF_PFD) est fournie par le GIE Sesam Vitale et correspond à un fichier de données dont la structure est la suivante :

- Code acte
- Panier (« 0 » pour panier reste à charge zéro, « 1 » pour panier reste à charge modéré ou « 2 » pour panier **C2S CMU-C**)
- Forfait CMU-C (code du forfait CMU-C ou Sans objet « So »)
- Date d'effet (jj/mm/aaaa)
- Date de fin (jj/mm/aaaa)
- Plafond (montant avec deux décimales)



Les données liées à la base CCAM ne changent pas de nom. Le champ n°52 se nomme « Code CMU-C ». En conséquence les prestations de type forfait CMU-C ne changent pas de nom dans l'ensemble du CDC SV. Cela s'applique également aux forfaits optiques CMU-C.

- Exemple (les plafonds sont fictifs) :

Acte	Panier	Forfait CMU-C	Date d'effet	Date de fin	Plafond
HBLD090	2	FDA	01/04/2019		200,00
HBLD090	1	So	01/04/2019		230,00
HBLD090	2	FDC	01/01/2020		175,00
HBLD090	1	So	01/01/2020		175,00
HBLD745	2	FDA	01/01/2020		175,00
HBLD745	0	So	01/01/2020		230,00

Forfait dentaire au titre de la **CMU-C-C2S** du panier de biens et services **CMU-C-C2S**

Principe

A chaque acte dentaire support (CCAM ou NGAP) correspond un code forfait CMU-C à facturer (FDA, FDC, ...) et un montant maximum pris en charge pour ce forfait.

Les montants maximum de prise en charge des forfaits **CMU-C** dentaires font l'objet d'un arrêté **CMU-C** relatif à la protection complémentaire en matière de santé publié au Journal Officiel.

CCAM

La liste des forfaits CMU-C facturables pour un acte CCAM dentaire est consultable dans la base CCAM. Pour cela le LPS utilise le service SRT_ConsulterDonnees(CCAM-52a).

NGAP

Les actes d'orthopédie dento-faciale (ODF) sont en NGAP (code prestation TO ou ORT). La compatibilité entre le forfait CMU-C et l'acte dentaire NGAP est contrôlée par la règle R11bis qui s'appuie sur la table 12 (cf. Annexe 2)

Sur la facture

- l'acte dentaire support (CCAM ou NGAP) est facturé au tarif conventionnel **sans dépassement** (cf. Annexe2 règle P2),
- l'acte forfait CMU-C correspond au dépassement

Cas particulier : Forfait CMU-C hors panier de bien

Pour certains actes CCAM dentaires, un dépassement au-delà du montant maximal de dépassement autorisé est possible. Dans ce cas, une part reste à la charge de l'assuré.

Sur la facture :

- le montant facturé sur l'acte CCAM est supérieur au tarif conventionnel,
- le PS indique un qualificatif de dépense « entente directe » (D),
- le forfait CMU-C utilisé est le code **FPC**,
- le montant du FPC correspond au montant maximal de dépassement autorisé.



Attention : le dépassement (autre que le montant du FPC) ne doit pas être reporté dans le montant AMC de l'acte CCAM :

- le montant AMC de l'acte CCAM correspond au TM calculé sur la base de remboursement,
- le dépassement autre que le montant du FPC doit apparaître dans le reste à charge de l'acte CCAM.
- Les actes CCAM dentaire concernés sont ceux compatibles avec le code forfait FPC.

Exemple 1 Forfait CMU-C dans le panier de biens

Code Prestation / Code regroupement	Code CCAM	Qté	Coeff	Dnb	Justif d'Exo	PU	Base remb.	Taux remb.	Mnt AMO	Mt de la dépense	Qualif. de la dépense	Mnt AMC	Reste à charge
-------------------------------------	-----------	-----	-------	-----	--------------	----	------------	------------	---------	------------------	-----------------------	---------	----------------

à 70 %	PAR	HBLD138	1	1	1	0	139,75	139,75	70	97,83	139,75		41,92	0 ⁽¹⁾
	FDA		1	1	1	0	294,25	0	0	0	294,25	N	294,25	0
Total											434,00			

bénéf. exonéré	PAR	HBLD138	1	1	1	4	139,75	139,75	100	139,75	139,75		0	0
	FDA		1	1	1	0	294,25	0	0	0	294,25	N	294,25	0
Total											434,00			

	Code Prestation / Code regroupement	Code CCAM	Qté	Coeff	Dnb	Justif d'Exo	PU	Base remb.	Taux remb.	Mnt AMO	Mt de la dépense	Qualif. de la dépense	Mnt AMC	Reste à charge
à 70 %	PFM	HBLD040	1	1	1	0	279,50	279,50	70	195,65	279,50		83,85	0 ⁽¹⁾
	FDC		1	1	1	0	555,50	0	0	0	555,50	N	555,50	0
Total											835,00			

bénéf. exonéré	PFM	HBLD040	1	1	1	4	279,50	279,50	100	279,50	279,50		0	0
	FDC		1	1	1	0	555,50	0	0	0	555,50	N	555,50	0
Total											835,00			

Exemple 2 Forfait CMU-C hors panier de biens

	Code Prestation / Code regroupement	Code CCAM	Qté	Coeff	Dnb	Justif d'Exo	PU	Base remb.	Taux remb.	Mnt AMO	Mt de la dépense	Qualif. de la dépense	Mnt AMC	Reste à charge
à 70 %	PFC	HBLD036	1	1	1	0	107,50	107,50	70	75,25	277,50	D	32,25	170,00
	FPC		1	1	1	0	122,50	0	0	0	122,50	N	122,50	0
Total											400,00			

bénéf. exonéré	PFC	HBLD036	1	1	1	4	107,50	107,50	100	107,50	277,50	D	0	170,00
	FPC		1	1	1	0	122,50	0	0	0	122,50	N	122,50	0
Total											400,00			

Exemple 3 Forfait CMU-C pour un acte d'ODF

	Code Prestation / Code regroupement	Code CCAM	Qté	Coeff	Dnb	Justif d'Exo	PU	Base remb.	Taux remb.	Mnt AMO	Mt de la dépense	Qualif. de la dépense	Mnt AMC	Reste à charge
à 100 %	TO		1	90	1	0	2,15	193,5	100	193,5	193,50		0	0
	FDO		1	1	1	0	139,50	0	0	0	139,50	N	139,50	0
Total											333,00			

Les montants utilisés dans les exemples ci-avant sont mentionnés à titre d'exemple, et peuvent évoluer en fonction des tarifs conventionnels.

Ordre des prestations

Dans le cadre de la CCAM, une prestation de forfait dentaire ~~au titre de la~~ CMU-C devra suivre immédiatement une prestation CCAM de code regroupement dentaire. Cf. Annexe 2 règle R11bis.

Définition

Les forfaits dentaires ~~au titre de la~~ CMU-C correspondent aux prestations de groupe fonctionnel « soins dentaires / forfait CMU-C » (cf. Annexe2-Table1).

2.4.21.1.3 Codage de la biologie

Depuis la mise en place du codage de la biologie, seule la lettre clé B est acceptée dans les groupes 1610 (les lettres clés BP et BR sont supprimées).

La procédure de codage de la biologie est obligatoire pour les laboratoires.

Les majorations de nuit, dimanche et jours fériés étant codées dans les groupes 1710, les compléments d'actes N et F ne doivent plus figurer dans les groupes 1610. Toutefois, le coefficient correspondant à ces majorations est à inclure dans le total des coefficients du groupe 1610.

Le nombre de groupe 1710 est limité à 50 par groupe 1610. La valeur du dénombrement du groupe 1610 est égale au nombre de groupes 1710 (codes affinis) qui suivent.

Lorsque l'acte de biologie a été effectué par un laboratoire spécialisé, sa facturation est reprise par le laboratoire demandeur et doit être isolée dans un groupe 1610 particulier suivi du(des) groupe(s) 1710 comportant le codage de l'acte dans un contexte de contrat de collaboration.

Certaines analyses peuvent être répétées plusieurs fois au cours d'une même journée et font alors l'objet d'une même facture. La présentation des groupes est alors la suivante :

Chaque exécution donne lieu à un groupe 1610 et un ou plusieurs groupes 1710

1610	code acte = B	Quantité = 1	Coefficient = n	} 1 ^{ère} analyse de la journée
1710	xxxx	code affiné		
1710	yyyy	code affiné		
1610	code acte = B	Quantité = 1	Coefficient = n	} 2 ^{ème} analyse de la journée
1710	xxxx	code affiné		
1710	yyyy	code affiné		

2.4.21.1.4 Codage des actes d'anatomo-cytopathologie

Les médecins anatomo-cytopathologistes peuvent transmettre les codes affinis des actes cotés en P dans ce cas, le groupe 1710 doit être alimenté.

Le codage des actes en P suit les mêmes règles que celui des actes en B.

Ce groupe est facultatif, le codage affiné n'étant pas obligatoire pour ce type de prestation

2.4.21.1.5 Spécificités : Frais pharmaceutique

Codage de la Pharmacie

Une prestation concernant la famille pharmaciens (groupe 1610) ne peut inclure à la fois des codes médicaments (groupes 1740 et 1741) et des codes LPP (1730).

Pour les médicaments

On établit un groupe 1610 *Prestation* par code prestation de groupe fonctionnel « Médicament » (cf. Annexe2-Table1).

Pour les prestations admettant le codage (top codage affiné = oui, cf. Annexe2-Table1), ce groupe 1610 est suivi d'un groupe 1740 « *Prestation détaillée code CIP* », lui-même éventuellement suivi de 1 à 30 groupes 1741 « *Prestation détaillée lot d'un code CIP* » pour identifier les numéros de lot et de série des conditionnements de médicaments délivrés.

Le prix unitaire du groupe 1610 correspond au montant de la prestation, à savoir :

- le prix unitaire de la boîte de médicament délivré multiplié par le nombre de boîtes délivrées (multiplication du champ 1740-4 par le champ 1740-5)
- ou bien, en cas de déconditionnement, le prix de l'unité multiplié par le nombre d'unités délivrées. (multiplication du champ 1740-10 multiplié par le champ 1740-9)

La valeur du dénombrement du groupe 1610 demeure 1.

Refus de substitution

En cas de délivrance d'un médicament princeps non soumis à tarif forfaitaire de responsabilité et ayant fait l'objet d'un refus de substitution par l'assuré, le PS saisit un indicateur de substitution à N (1740-7).

Dans ce cas, le prix unitaire du groupe 1610 est déterminé selon la règle S1.

Opération de génération des honoraires de dispensation

Principe

Pour chaque médicament remboursable identifié par un code CIP, le système de facturation doit générer une prestation d'honoraire de dispensation simple : pour toute prestation saisie par le PS, le système de facturation utilise la règle R60 (cf. Annexe 2) pour déterminer s'il y a lieu de générer une prestation d'honoraire simple associée. (cf. schéma SR1)

Par ailleurs, le système doit également générer :

- une prestation d'honoraire complexe (une seule par facture) en fonction de la présence dans la facture d'un nombre minimum de médicaments différents remboursables.

La règle de détermination de l'honoraire complexe est la règle R61 (cf. Annexe 2 ; cf. A1-A : schémas SR1 et SR1bis).

- une prestation d'honoraire pour délivrance de médicament remboursable en fonction de la présence dans la facture d'au moins un médicament remboursable. La règle de détermination de cet honoraire est la règle R62 (cf. Annexe 2 ; cf. **A1-A** ; schémas SR1 et SR1bis).
- une prestation d'honoraire lié à l'âge en fonction de l'âge du bénéficiaire. La règle de détermination de cet honoraire est la règle R63 (cf. Annexe 2 ; cf. **A1-A** ; schémas SR1 et SR1bis).
- une prestation d'honoraire pour délivrance de médicament spécifique en fonction la présence dans la facture d'au moins un médicament spécifique. La règle de détermination de cet honoraire est la règle R64 (cf. Annexe 2 ; cf. **A1-A** ; schémas SR1 et SR1bis).

Positionnement dans la facture

Toute prestation d'honoraire simple générée par le LPS doit **immédiatement** succéder la prestation à laquelle elle se rapporte.



Dans le cas où la prestation de médicament ayant déclenché l'honoraire simple est déjà suivie d'un acte secondaire saisi par le Professionnel de Santé (exemple : UPH ou MPI), la prestation d'honoraire doit être insérée avant la prestation secondaire saisi par le PS.

La prestation d'honoraire complexe doit apparaître après tous les médicaments et leurs honoraires simples. Ensuite, doit apparaître l'honoraire pour médicament remboursable, puis s'il y a lieu l'honoraire lié à l'âge et enfin s'il y a lieu l'honoraire pour médicament spécifique.

Données d'une prestation d'honoraire générée

Le système de facturation établit un groupe 1610 Prestation pour toute prestation d'honoraire de dispensation simple ou global, comme spécifié ci-après :

	Honoraire simple	Honoraires globaux
1610-2 Date d'exécution	Date de la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte.	Date de la facture
1610-3 Lieu d'exécution	Identique à celui de la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte.	Identique à celui de la dernière prestation saisie par le PS.
1610-4 Code prestation	cf. R60	HC (cf. R61) HDR (cf. R62) HDA (cf. R63) HDE (cf. R64)
1610-5 Code complément prestation	Non renseigné.	Idem honoraire simple
1610-6 Montant des honoraires	Base de remboursement de l'honoraire	Base de remboursement de l'honoraire global

1610-7 Qualificatif de la dépense	Identique à celui de la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte	Non renseigné Hors cas particuliers AME et SMG
1610-8 Coefficient	Toujours à 1	Idem honoraire simple
1610-9 Quantité	Egale au nb de boîtes de médicament utilisées pour la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte (1740-5 du médicament associé)	Egale à 1
1610-10 Dénombrement	Toujours à 1	Idem honoraire simple
1610-11 Prix unitaire	cf. S3	Idem honoraire simple



La prestation d'honoraire est générée par le système de facturation : aucune donnée de cette prestation (groupes 1610, 18xx, 20xx) ne doit être modifiable par le Professionnel de Santé (cf. A1-A §3.1)

2.4.21.1.6 Spécificité : LPP

Pour les Dispositifs médicaux (DM) de la LPP (anciennement TIPS) :

Pour chaque code prestation de type de nomenclature LPP (cf. Annexe2-Table1), on établit un groupe 1610 Prestation. Ce groupe 1610 est suivi de 1 à 10 groupes 1730 Prestation détaillée.



Cas particulier : En nature d'assurance SMG **et ou** AT **ou pour les codes affiné LPP soumis à PLV**, ce groupe 1610 est nécessairement suivi d'un et un seul groupe 1730 Prestation détaillée.

1610-10 *Dénombrement*

La valeur du dénombrement du groupe 1610 correspond au nombre des groupes 1730 qui s'y rattachent.

1610-11 *PU*

Le prix unitaire du groupe 1610 (1610-11) est renseigné par la somme des « montants de la LPP » (1730-10) identifiés dans les groupes 1730 qui s'y rattachent.

1610-12 *Base de Remboursement*

La base de remboursement du groupe 1610 est renseignée par la somme des « montants totaux de la LPP » (1730-10) identifiés dans les groupes 1730 qui s'y rattachent, dans la limite du montant des honoraires (1610-6).

1610-6 *Montant des honoraires*

Quelle que soit la nature d'assurance, le montant total facturé à l'assuré renseigne le « montant des honoraires » (champ 1610-6). Ce montant correspond à la somme des « montants totaux facturés TTC après remise éventuelle » identifiés dans les groupes 1730 (champ 1730-11) qui se rattachent à ce groupe 1610, hormis en cas d'acte gratuit (qualificatif de la dépense = G) pour lequel seul le « montant des honoraires » (champ 1610-6) est égal à zéro.

En nature d'assurance SMG ou AT, après renseignement du groupe 1610 et du 1730(*) comme indiqué ci-dessus, le montant total facturé à l'assuré (champ 1610-6) est fourni en entrée de la phase « Finalisation facture » et permet de déterminer le montant des honoraires calculé (cf. A1-A3).

A l'issue de cette phase, le « montant des honoraires » à transmettre (champ 1610-6) ainsi que le(*) « Montant total facturé TTC après remise éventuelle » (champ 1730-11) sont mis à jour avec ce montant des honoraires calculé issu de « Finalisation facture »

(*) Rappel : en nature d'assurance SMG ou AT ou **pour les codes affiné LPP soumis à PLV, un seul groupe 1730 par 1610 (cf. cas particulier ci-dessus).**

Code lieu

Pour les fournisseurs, le code lieu correspondant au lieu d'exécution doit toujours être à 0, quel que soit le lieu d'exécution de la prestation.

Date d'exécution

Pour une prestation LPP, la date d'exécution de la prestation (1610-2) correspond à la date de début de la prestation LPP (1730-5), i.e. date de début de location ou de service ou date d'achat ou de délivrance.

2.4.21.1.7 Spécificités : Soins Médicaux Gratuits (SMG)

En cas de facture SMG (présence d'un groupe 1515), chaque supplément dérogatoire éventuellement généré par le progiciel lors de la phase « Finalisation SMG » (cf. A1-A3) fait l'objet d'un groupe 1610.

2.4.21.1.8 Spécificités compléments AT

L'article 98 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2009 améliore le remboursement :

- de certains dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP),
- des prothèses dentaires,

délivrés aux victimes d'accidents de travail et de maladies professionnelles.

Par ailleurs, l'article L169-3 du Code de la Sécurité Sociale et l'arrêté du 2 janvier 2016 instaurent une meilleure prise en charge de certains dispositifs médicaux et des prothèses dentaires pour les bénéficiaires des soins en situation de Victime d'Attentat. Leur remboursement est porté à 150% du tarif de responsabilité dès lors que ces prestations sont liées directement à l'acte de terrorisme

Principe : la prise en charge maximale en nature d'assurance AT ou pour un bénéficiaire des soins Victime d'Attentat, pour une prothèse dentaire ou une prestation LPP concernée est d'une fois et demi la base de remboursement de l'acte support, dans la limite des frais réellement engagés.

Les codes prestation « ATD : Complément AT dentaire » et ATL : Complément AT LPP » permettent la facturation du complément pris en charge au titre de la nature d'assurance AT ou pour un bénéficiaire des soins Victime d'Attentat, au-delà des 100% du tarif de responsabilité dans la limite des dépenses engagées.

Les prestations ATL sont saisies par le Professionnel de Santé.

Les prestations ATD sont automatiquement générées par le système de facturation (cf. A1-A3, opération VF07.01).

Le prix unitaire (1610-11) d'un complément AT (ATD ou ATL) relève d'un calcul spécifique, spécifié au niveau de la règle B2 de l'annexe 2.

La base de remboursement (1610-12) d'un complément AT (ATD ou ATL) est déterminée par la règle B13 de l'annexe 2.



Pour une prestation saisie par le PS et suivie d'un complément AT (dentaire ou LPP), le montant des honoraires saisi par le PS doit correspondre au montant total de la dépense : il doit inclure le montant de ce complément AT.

Données d'une prestation ATL

1610-2	Date d'exécution	Egale à la date d'exécution de l'acte support
1610-3	Code lieu	Egal au code lieu de l'acte support

1610-4	Code prestation	Egal à « ATL »
1610-5	Code complément de prestation	Non renseigné
1610-6	Montant des honoraires	cf. A1-A3 : opération VF06
1610-7	Qualificatif de la dépense	Egal au qualificatif de la dépense de l'acte support
1610-8	Coefficient	Valeur 1
1610-9	Quantité	Valeur 1
1610-10	Dénombrement	Valeur 1

2.4.21.1.9 Spécificités : Qualificatif de la dépense

Dans le cas général le qualificatif de la dépense est renseigné par le Professionnel de Santé.

Actes CCAM

Le progiciel positionne automatiquement le qualificatif de la dépense à « N » pour :

- les prestations CCAM n'autorisant pas de remboursement selon la base CCAM (l'admission au remboursement est « acte non remboursable ») (cf. Annexe1-A1 – Règle CC11)
- les prestations CCAM autorisant un remboursement sous condition (l'admission au remboursement est « acte remboursable sous condition ») et dont le code remboursement exceptionnel n'est pas renseigné (cf. Annexe1-A1 – Règle CC11)

Prise en charge SMG

Dans le cas où la facture fait l'objet d'une Prise en Charge SMG, i.e. s'il existe un montant de Prise en Charge SMG non nul (1515-1), le progiciel renseigne le qualificatif de la dépense à la valeur « L » hormis si celui-ci a été renseigné par le Professionnel de Santé auparavant (l'information saisie par le Professionnel de Santé est nécessairement prioritaire)

2.4.21.1.10 « Réponse de prise en charge » de la part complémentaire

Dans le cas d'une « réponse de prise en charge », deux modes de saisie des montants de la part complémentaires sont possibles.

Dans le cas du mode 1, le montant théorique remboursable de la part complémentaire du champ 1610-15 est renseigné par le Professionnel de Santé à partir du montant total de la « réponse de prise en charge ».

Dans le cas du mode 2, le montant théorique remboursable de la part complémentaire du champ 1610-15 est calculé par le progiciel.

2.4.21.1.11 Spécificités Code prestation saisi par le Professionnel de Santé

Le code prestation saisi par le Professionnel de Santé doit correspondre :

- soit à un code prestation présent en table 1 de l'annexe 2 et de code origine « PS »,
- soit à un code prestation non présent en table 1 de l'annexe 2 (cas de forçage – cf. A1-A §3.1)

Il ne doit en aucun cas correspondre à un code prestation présent en table 1 de l'annexe 2 et de code origine « LPS ».

2.4.21.1.12 Spécificités Codes prestation « réservés PS »

Si le code prestation saisi par le Professionnel de Santé relève du groupe fonctionnel général « réservé PS » (cf. table 1 de l'annexe2), ce code prestation ne doit pas être transmis dans la facture :

- Il est utilisé pour toutes les règles de facturation,
- Il est remplacé dans le groupe 1610 par son code de remplacement associé qui se trouve dans la donnée « groupe fonctionnel détail » en table 1 de l'annexe2 :
 - pour l'appel au service SSV_FormaterFacture
 - pour l'appel aux fonctions du module STS



Les prestations de type « réservées PS » concernent les Professionnel de Santé Médecins et Chirugiens-dentistes.

2.4.21.1.13 Spécificités Victime d'Attentat

En situation de Victime d'Attentat, la facture peut comporter des prestations de dépassements.

Les prestations de dépassements pour Victime d'Attentat sont caractérisées par leur code prestation en table 1 comme suit :

- Groupe fonctionnel général = « Dépassement »
- Groupe fonctionnel détail = « Victime d'attentat »

Ces prestations de dépassement pour Victime d'Attentat sont facturables uniquement en situation Victime d'Attentat.

Les prestations de dépassements pour Victime d'Attentat sont automatiquement générées par le système de facturation (d'origine de la prestation = « LPS » ; cf. A1-A3, opération VF08)



Pour rappel, toute prestation générée par le LPS (Origine de la prestation = « LPS ») ne peut être saisie par le PS (cf. §2.4.21.1.11).

2.4.21.1.14 Spécificités Télémedecine

Si la facture comporte au moins un acte de télémedecine différent d'une prestation d'accompagnement à la téléconsultation (groupe fonctionnel général = « Télémedecine » et groupe fonctionnel détail différent de « Accompagnement »), le LPS doit contrôler que le support de droits AMO correspond soit à la carte vitale soit à ADRI.



CAS D'ERREUR

Si Le support de droits AMO n'est ni la carte vitale ni ADRI, le LPS doit alerter le Professionnel de Santé que les droits AMO du bénéficiaire des soins ne sont issus d'aucun de ces deux supports.

2.4.21.1.15 Spécificités Consultations Obligatoires Enfant

[RG_IP343] Acquérir le contexte COx (EF_IP04_11)

	PR						
M							

Le système de facturation doit permettre au Professionnel de Santé d'indiquer, avant son choix de code prestation, qu'il facture une prestation de type « consultation obligatoire enfant ».

Dans ce cas, le système de facturation positionne alors l'indicateur de contexte COx, et le code prestation est déterminé par le système : cf. règle R70 de l'Annexe2

2.4.21.2 1610 Groupe Prestation

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

1610	Groupe Prestation
1. N° de la prestation	N° ordre de la prestation (dans la facture)
2. Date d'exécution	<p>Date d'exécution de la prestation Cette date doit être antérieure ou égale à la date d'élaboration de la facture (1110) ; pour autant, cette date ne doit pas être antérieure de plus de 2 ans et 3 mois à la date d'élaboration de la facture.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5 • Complément AT dentaire : voir spécificités annexe 1–A3 • Complément AT LPP : voir spécificités §2.4.21.1.8 • Supplément APIAS : voir spécificités annexe 1–A3 • Dépassement pour Victime d'Attentat : voir spécificités annexe 1–A3
3. Lieu d'exécution	<ul style="list-style-type: none"> • Valeurs : <ul style="list-style-type: none"> ○ Valeur 0 pour « lieu d'exercice du PS » ○ Valeur 1 pour « domicile du patient » • Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5 • Complément AT dentaire : voir spécificités annexe 1–A3 • Complément AT LPP : voir spécificités §2.4.21.1.8 • Supplément APIAS : voir spécificités annexe 1–A3 • Dépassement pour Victime d'Attentat : voir spécificités annexe 1–A3 • Prestation de type secondaire (cf. table 1 de l'Annexe 2), le code lieu d'exécution est identique au code lieu de l'acte support auquel cette prestation secondaire est rattachée.

<p>4. Code prestation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hors CCAM : <ul style="list-style-type: none"> ○ Code prestation connu par l'Assurance Maladie (cf. Annexe 2 : table 1) hors indemnités de déplacement (groupe fonctionnel de niveau général « Indemnité de déplacement ») ○ Code prestation saisi par le PS : voir spécificités §2.4.21.1.10 ○ Consultations Obligatoires Enfant : voir spécificités §2.4.21.1.15 ○ Code prestation réservé PS : voir spécificités §2.4.21.1.12 ○ Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5 ○ Complément AT dentaire : voir spécificités annexe 1–A3 ○ Complément AT LPP : voir spécificités §2.4.21.1.8 ○ Supplément APIAS : voir spécificités annexe 1–A3 ○ Dépassement pour Victime d'Attentat : voir spécificités annexe 1–A3 ○ Télémédecine : voir spécificités §2.4.21.1.14 • CCAM : code regroupement (cf. règle CC7) <p>! En aucun cas cette information ne peut pas être égale à une suite de 4 caractères blancs (0x20).</p>
<p>5. Code complément prestation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • NGAP ou NABM : <ul style="list-style-type: none"> ○ valeur N pour « nuit » ○ valeur F pour « dimanche ou jour férié » ○ valeur U pour « urgence » <p>Attention, particularité pour le codage de la biologie pour les valeurs 'N' et 'F'.</p> • CCAM : champ non renseigné • Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5 • Complément AT dentaire : voir spécificités annexe 1–A3 • Complément AT LPP : voir spécificités §2.4.21.1.8 • Dépassement pour Victime d'Attentat : voir spécificités annexe 1–A3
<p>6. Montant des honoraires</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dans tous les cas, indiquer le montant des honoraires calculé (cf. A1-A3 : opération VF06). • <u>Rappel de l'opération VF06 :</u> • <i>Pour une prestation saisie par le PS, ce montant correspond :</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Hors Nature d'assurance SMG et AT et hors situation Victime d'attentat : au montant PS des honoraires (montant total facturé à l'assuré pour la prestation (dépassement compris) et renseigné par le Professionnel de Santé) (en cents)</i> ○ <i>Nature d'assurance SMG ou AT ou Situation Victime d'Attentat : au montant des honoraires calculé.</i> <p><i>Pour les prestations générées par le LPS, pour toutes les natures d'assurance, le montant des honoraires correspond à la base de remboursement (1610-12) (cf. RG_VF409)</i></p>

<p>7. Qualificatif de la dépense</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valeurs : <ul style="list-style-type: none"> ○ valeur D pour « entente directe » ○ valeur E pour « exigence particulière » ○ valeur F pour « déplacement non prescrit » ○ valeur G pour « acte gratuit » ○ valeur N pour « acte non remboursable » ○ valeur A pour « dépassement autorisé » ○ valeur B pour « dépassement autorisé et entente directe » ○ valeur L pour « prestation soumise à un accord de prise en charge SMG » • Spécificités <ul style="list-style-type: none"> ○ Voir spécificités : qualificatif de la dépense § 2.4.21.1.8 ○ Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5 ○ Complément AT dentaire : voir spécificités annexe 1–A3 ○ Complément AT LPP : voir spécificités §2.4.21.1.8 ○ Supplément APIAS : voir spécificités annexe 1–A3 ○ Dépassement pour Victime d'Attentat : voir spécificités annexe 1–A3
<p>8. Coefficient</p>	<p>Coefficient en centièmes. Voir annexe 2.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attention, particularité pour le codage de la biologie • Valeur 1 pour une prestation CCAM • Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5 • Complément AT dentaire : voir spécificités annexe 1–A3 • Complément AT LPP : voir spécificités §2.4.21.1.8 • Supplément APIAS : voir spécificités annexe 1–A3 • Dépassement pour Victime d'Attentat : voir spécificités annexe 1–A3
<p>9. Quantité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Voir spécificités radiologie ou regroupement de séances • Valeur 1 pour une prestation CCAM • Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5 • Complément AT dentaire : voir spécificités annexe 1–A3 • Complément AT LPP : voir spécificités §2.4.21.1.8 • Supplément APIAS : voir spécificités annexe 1–A3 • Dépassement pour Victime d'Attentat : voir spécificités annexe 1–A3
<p>10. Dénombrement</p>	<p>Cette information est à 1 par défaut et ne doit jamais être nulle.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voir spécificités radiologie • Voir codage de la biologie et d'anatomo-cyto-pathologie • Voir codage de la pharmacie pour les médicaments et pour les dispositifs médicaux (DM) de la LPP. • Auxiliaires-Médicaux : voir « Plusieurs séances facturées sur la même feuille de soins avec actes multiples ou indemnités » • Valeur 1 pour une prestation CCAM • Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5 • Complément AT dentaire : voir spécificités annexe 1–A3 • Complément AT LPP : voir spécificités §2.4.21.1.8 • Supplément APIAS : voir spécificités annexe 1–A3 • Dépassement pour Victime d'Attentat : voir spécificités annexe 1–A3

11.Prix unitaire	<ul style="list-style-type: none"> • Indiquer le montant, en centimes d'Euros, de la prestation • CCAM : voir règle BC1 • Frais pharmaceutiques : voir règle S1 • Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5 • Complément AT dentaire ou LPP : voir spécificités §2.4.21.1.8 et annexe 2–règle B2 • Supplément APIAS : voir spécificités annexe 1–A3 • Dépassement pour Victime d'Attentat : voir spécificités annexe 1–A3
12.Base de remboursement	<ul style="list-style-type: none"> • CCAM : voir annexe 1 – A1 règle BC99 • Complément AT dentaire ou LPP : voir spécificités §2.4.21.1.8 et annexe 2–règle B13 • Supplément APIAS : voir spécificités annexe 1–A3 • Dépassement pour Victime d'Attentat : voir spécificités annexe 1–A3 • Autres : voir annexe 2
13.Taux applicable à la prestation	<ul style="list-style-type: none"> • Voir annexe 2 - règle T13 • Le taux est renseigné de façon standard indépendamment de la situation du parcours de soins
14.Montant remboursable par l'AMO	<ul style="list-style-type: none"> • Voir annexe 2
15.Montant théorique remboursable de la part complémentaire	<ul style="list-style-type: none"> • Cf. Phase Complémentaire – Annexe 1-A2 • En cas de nature d'assurance SMG ou de nature d'assurance AT et contexte APIAS ou en cas de situation de Victime d'Attentat, ce montant est non renseigné
16.Montant MTM restant à charge de l'assuré	<ul style="list-style-type: none"> • Montant renseigné hors parcours de soins. cf. Annexe 2 règle P1bis

2.4.21.3 1620-Groupe Prestation IFD

Règles

Gestion des Indemnités forfaitaires de déplacement

Les dispositions réglementaires fixant la tarification des indemnités forfaitaires de déplacement sont spécifiées dans l'annexe 2.

En mode de sécurisation dégradé, lorsque le Professionnel de Santé ne dispose pas des informations lui permettant de déterminer le taux de remboursement, la procédure de tiers payant ne peut être appliquée pour la part obligatoire comme pour la part complémentaire.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale

1620	Groupe prestation IFD
1. N° de la prestation IFD	N° ordre de la prestation (dans la facture)
2. Date du déplacement	Date du déplacement Cette date doit être antérieure ou égale à la date d'élaboration de la facture (1110)
3. Code prestation de type Id. FD	Toute prestation de groupe fonctionnel « Indemnité de déplacement/Forfaitaire » (cf. Annexe 2 – Table 1)
4. Montant de l'IFD	Indiquer le montant total de l'indemnité de déplacement (en centimes d'Euros)
5. Quantité (IFD)	Nombre de forfaits facturés pour une même date
6. Prix unitaire (IFD)	Indiquer le montant, en centimes d'Euros, de la prestation
7. Base de remboursement (IFD)	Voir annexe 2
8. Taux applicable à l'IFD	Voir annexe 2 règle T13 Le taux est renseigné de façon standard indépendamment de la situation du parcours de soins
9. Montant remboursable par l'AMO (IFD)	Voir annexe 2
10. Montant théorique remboursable de la part complémentaire (IFD)	Pour l'indemnité avant application de la règle niveau Facture Cf. Phase Complémentaire – Annexe 1-A2
11. Qualificatif de la dépense (IFD)	<ul style="list-style-type: none"> • valeur G pour « acte gratuit » • valeur N pour « acte non remboursable » • valeur L pour « prestation soumise à un accord de prise en charge SMG » Voir spécificités : qualificatif de la dépense
12. Montant MTM restant à charge de l'assuré	Montant renseigné hors parcours de soins. cf. Annexe 2 règle P1bis

2.4.21.4 1630-Groupe Prestation IK

Règles

Gestion des Indemnités kilométriques

Les dispositions réglementaires fixant la tarification d'indemnité kilométrique sont spécifiées dans l'annexe 2.

En mode de sécurisation dégradé, lorsque le Professionnel de Santé ne dispose pas des informations lui permettant de déterminer le taux de remboursement, la procédure de tiers payant ne peut être appliquée pour la part obligatoire comme pour la part complémentaire.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale

1630	Groupe prestation IK
1. N° de la prestation IK	N° ordre de la prestation (dans la facture)
2. Date du déplacement IK	Date du déplacement Cette date doit être antérieure ou égale à la date d'élaboration de la facture (1110)
3. Code prestation de type Id. K	Toute prestation de groupe fonctionnel « Indemnité de déplacement / kilométrique » (cf. Annexe 2 – Table 1)
4. Nombre de kilomètres	Indiquer le nombre de kilomètres facturés par séance de soins et après abattement
5. Montant de l'IK	Indiquer le montant total en centimes d'Euros (nombre de kilomètres x prix unitaire) Voir annexe 2 – Règle F5
6. Prix unitaire du kilomètre	Indiquer le montant, en centimes d'Euros, de la prestation
7. Base de remboursement (IK)	Voir annexe 2
8. Taux applicable à l'IK	Voir annexe 2 règle T13 Le taux est renseigné de façon standard indépendamment de la situation du parcours de soins
9. Montant remboursable par l'AMO (IK)	Voir annexe 2 – Règle P1
10. Montant théorique remboursable de la part complémentaire (IK)	Pour l'indemnité avant application de la règle niveau facture Cf. Phase Complémentaire – Annexe 1-A2
11. Qualificatif de la dépense (IK)	<ul style="list-style-type: none"> • valeur G pour « acte gratuit » • valeur N pour « acte non remboursable » • valeur L pour « prestation soumise à un accord de prise en charge SMG » Voir spécificités : qualificatif de la dépense
12. Montant MTM restant à charge de l'assuré	Montant renseigné hors parcours de soins. cf. Annexe 2 règle P1bis

2.4.22 17xx-Groupes PRESTATION DETAILLEE

2.4.22.1 1710-Groupe Prestation Détaillée NABM

Règles

Gestion des prestations détaillées NABM

Le nombre maximum de groupes Prestation Détaillée NABM associés à un groupe Prestation est de 50. Ces groupes sont obligatoires pour les actes cotés en B (arrêtes du 05/02/97) et facultatifs pour les actes cotés en P (arrêté du 02/0600).

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

<ul style="list-style-type: none"> • Prescripteurs (Anatomo-cyto-pathologistes)
<ul style="list-style-type: none"> • Laboratoires d'analyse de biologie médicale
<ul style="list-style-type: none"> • Prescripteurs (Pro-Pharmaciens)

Ce groupe est facultatif.

1710	Groupe Prestation détaillée NABM	
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le détail de la prestation	
2. Code affiné NABM	Code affiné de la prestation ! A noter que ce code ne peut pas prendre la valeur zéro (chaîne de caractère composée uniquement de zéros).	

2.4.22.2 1730-Groupe Prestation détaillée LPP

Règles

Gestion des prestations détaillées LPP

Le nombre de groupes « Prestation Détaillée LPP » associés à un groupe Prestation est de 10 au maximum. Ce groupe est obligatoire dès que le Professionnel de Santé délivre un dispositif médical de la LPP, que celui-ci soit codé ou non.

En cas de changement de tarif en cours de période de location (Type de service à 'L'), il convient de créer autant de couple 1610/1730 que de tarif pour cette prestation.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Fournisseurs

Ce groupe est facultatif.

Ce groupe concerne la famille Auxiliaires Médicaux dans la limite des spécialités de Professionnel de Santé autorisées à facturer des codes prestation LPP (cf. Annexe 2 – Règle R1 et Table 2).

1730	Groupe Prestation détaillée LPP
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le détail de la prestation
2. Code LPP	Code du LPP associé à la prestation ! Un code LPP est nécessairement numérique, sur 7 caractères. Ce champ ne peut être nul
3. Type Prestation	Type de prestation fournie au malade : A : Achat E : Entretien L : Location P : Frais de port S : Service (ex: Assistance Respiratoire) R : Réparation V : Livraison
4. N° SIRET du Fabricant ou de l'importateur	Réservé pour une utilisation future
5. Date de début de location ou date d'achat ou de délivrance	En cas de facturation partielle d'une location, la date de début de location correspond à la date de début de facturation de la période concernée.

1730	Groupe <i>Prestation détaillée LPP</i>
6. Date de fin de location ou de service	Ce champ est obligatoire en cas de location ou de service. En cas de facturation partielle d'une location, la date de fin de location correspond à la date de fin de facturation de la période concernée. En cas de changement de tarif en cours de période, il convient de créer autant de groupes 1730 que de tarifs pour ce code prestation.
7. Tarif LPP de référence	Indiquer le tarif unitaire de la prestation figurant à la LPP ou le prix unitaire en cas de délivrance d'articles sur facture à la date de délivrance (date d'exécution de la prestation 1610-4). ! Ce montant ne doit pas être nul.
8. Nombre d'unités	Indique le nombre de fois où le prix unitaire est facturé. Correspond pour les locations au nombre de jours, semaines ou mois facturés. ! Ce nombre ne doit pas être nul.
9. Prix unitaire public de la prestation LPP	Indiquer le prix public unitaire TTC de la prestation LPP à la date de délivrance (date d'exécution de la prestation 1610-4). ! Ce montant ne doit pas être nul
10. Montant total LPP	(Tarif de référence LPP ou PU) x nombre d'unités.  Ce montant ne peut pas être nul.
11. Montant total facturé TTC après remise éventuelle	Prix public x nombre d'unités <u>après</u> application d'une remise éventuelle. ! Ce montant ne doit pas être nul (cas d'une prestation gratuite). Cas particulier : En nature d'assurance SMG ou AT, mis à jour à partir du montant des honoraires du groupe 1610 (champ 1610-6) à l'issue de « Finalisation SMG » (cf. A1-A3)

Contrôler les périodes LPP

Chaque code détaillé LPP est caractérisé par une date de début de la prestation détaillée LPP et éventuellement une date de fin de la prestation détaillée LPP, définissant ainsi une période de la prestation LPP.

Dans une même facture, les périodes de location correspondant à un même code LPP :

- doivent être différentes et consécutives,
- et la date de fin d'une période doit être distincte de la date de début de la suivante.
- ne doivent pas se chevaucher ;
- ne doivent pas être incluse l'une dans l'autre.



A noter que ce contrôle concerne uniquement les codes LPP pour lesquels une date de fin de période est renseignée, ce qui correspond en pratique aux prestations LPP de type location (Type Prestation = « L ») et service (Type Prestation = « S »).

Actes gratuits

Bien que le montant des honoraires (1610-6) du groupe *Prestation* soit renseigné à zéro en cas d'acte gratuit, aucun montant de ce groupe *Prestation détaillée LPP* ne doit être renseigné à zéro.

Location



Remarque, à ce jour, seuls les fournisseurs et les pharmaciens louent des produits de la LPP. Même si les pédicures podologues sont concernés par la LPP, ils ne sont pas concernés par la location. Par conséquent, pour la date de location, seuls les pharmaciens et fournisseurs sont concernés par cette règle.

A titre informationnel sur la part obligatoire



Modalités de facturation de la location

Pour le matériel en location, le Professionnel de Santé effectue une tarification hebdomadaire. Le tarif de prise en charge est un tarif forfaitaire global. Il intègre la fourniture de l'appareil et de certains accessoires nécessaires à son fonctionnement, la rémunération correspondant aux manipulations liées à sa délivrance, la maintenance et la reprise du matériel.

A noter qu'ainsi, toute période de location commencée est due. La facturation intervient ainsi à période échue. L'Assurance Maladie n'est tenue en effet de ne rembourser que des prestations effectivement servies.

Cas particulier d'un appareillage « assistance respiratoire » :

En cas de location d'un appareillage « assistance respiratoire » (code prestation AAR), le type de prestation (1730-3) doit prendre la valeur « S » (Service) et non « L » (Location).



Changement de tarif en cours de période de mise à disposition

En cas de changement de tarif en cours de période de mise à disposition :

- les périodes de traitement débutant avant la date d'entrée en vigueur de la nouvelle tarification sont remboursées sur la base des tarifs applicables avant l'entrée en vigueur des nouveaux tarifs,
- les périodes de traitement débutant après la date d'entrée en vigueur de la nouvelle tarification sont remboursées sur la base des nouveaux tarifs.



Exemple de changement de tarification

Exemple d'un traitement ayant débuté le mardi 8 janvier 2013 et se terminant le lundi 28 janvier 2013 avec un changement de tarif intervenant le jeudi 17 janvier 2013

- la semaine du 8 au 14 janvier 2013 sera remboursée sur la base du tarif applicable avant l'entrée en vigueur des nouveaux tarifs,
- la semaine du 15 au 21 janvier 2013 sera remboursée sur la base du tarif applicable avant l'entrée en vigueur des nouveaux tarifs.
- la semaine du 22 au 28 janvier 2013 sera remboursée sur la base des nouveaux tarifs.
Il en ira, bien sûr, de même pour les périodes suivantes.



JUN 2013		08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Type de prestation		location						location						location								
Date de début de location		08/01/2013						15/01/2013						24/01/2013								
Date de fin de location		14/01/2013						16/01/2013						28/01/2013								
Tarif LPP		Tarif unitaire de la prestation applicable avant l'entrée en vigueur du nouveau tarif (tarif hebdomadaire)						Tarif unitaire de la prestation applicable avant l'entrée en vigueur nouveau tarif (tarif hebdomadaire)						Tarif unitaire de la prestation (tarif hebdomadaire) Application du nouveau tarif								
Nombre d'unités		1						1						1								

2.4.22.3 1740-Groupe Prestation détaillée code CIP

Règles

Gestion des prestations détaillées code CIP

Un seul groupe Prestation Détaillée code CIP est associé à un groupe Prestation. Ce groupe est obligatoire dès lors qu'il est associé à un groupe prestation (1610) nécessitant du codage.

En cas de délivrance de médicaments pouvant être déconditionnés, conformément aux articles R.5132-30 et R.5132-33 du code de la santé publique (stupéfiant), la facturation de ce médicament est effectuée comme suit :

- Si le nombre d'unités prescrites correspond au nombre exact d'unités conditionnées dans une ou plusieurs boites → facturation du nombre de boites complètes **sans déconditionnement** ;
- Dans le cas contraire, → **une seule ligne de facturation** avec saisie :
 - d'une quantité de conditionnements (boites utilisées),
 - de la quantité d'unités délivrées,
 - et du top déconditionnement à « D ».

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Prescripteurs (cas des ProPharmaciens) |
| <ul style="list-style-type: none"> • Pharmaciens |

Ce groupe est facultatif.

Ce groupe n'est pas applicable pour les centres de santé.

1740	Groupe Prestation détaillée code CIP	
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le détail de la prestation	
2. Type de code CIP du médicament délivré	Indiquer le type de code CIP utilisé pour identifier le médicament délivré : <ul style="list-style-type: none"> • « A » : code CIP du médicament allopathique sur 7 caractères • « B » : code CIP du médicament sur 13 caractères • « 6 » : code CIP du médicament homéopathique sur 7 caractères « Petit labo. » • « 7 » : code CIP du médicament homéopathique sur 7 caractères « Grand labo. » 	
3. Code CIP du médicament délivré	Code CIP du médicament délivré ! A noter qu'un code CIP ne peut pas prendre la valeur zéro (chaîne de caractère composée uniquement de zéros) et est nécessairement composé de 13 caractères.	

<p>4. Prix unitaire du médicament délivré</p>	<p>Indiquer la base de remboursement d'un conditionnement (boite de médicament) de médicament délivré.</p> <p>En cas de déconditionnement du médicament, cette information est obligatoirement à zéro.</p> <p>En cas de refus de substitution par le bénéficiaire des soins le prix du conditionnement correspond au tarif ajusté lu en base médicament : voir Annexe 2-règle S1.</p>
<p>5. Quantité de médicament délivré</p>	<p>En nombre de conditionnement délivrés (ou utilisés cas du déconditionnement).</p> <p> Remarque : en cas de déconditionnement, cette quantité est égale au « nombre de conditionnements utilisés dans le cadre du déconditionnement » (11ème champ du présent groupe)</p> <p>! La quantité de médicament ne peut être égale à 0</p>
<p>6. Indicateur du médicament délivré</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 0 : médicament n'appartenant pas à un groupe générique • 1 : médicament générique non soumis à TFR • 4 : référent du groupe générique non soumis à TFR • 5 : référent du groupe générique soumis à TFR • 7 : Générique soumis à TFR <p>Cette information est facultative</p>
<p>7. Indicateur de substitution</p>	<p>Indique éventuellement le motif ou le refus de substitution du médicament prescrit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • valeur U : substitution pour Urgence ou Accord du médecin • valeur N : refus de substitution <p>A blanc sinon.</p> <p>! Compatibilité avec le mode de prescription : voir Annexe 2-règle R66</p> <p>! En cas de mode de prescription invalide à la date de prescription (cf. R65), le PS positionne ce code en fonction de la réponse du bénéficiaire des soins et du médicament délivré.</p> <ul style="list-style-type: none"> • valeur N : refus de substitution et le médicament délivré est le princeps ; • valeur blanc : acceptation de substitution et le médicament délivré est le générique.
<p>8. Top déconditionnement</p>	<p>Indique si le médicament est déconditionné :</p> <ul style="list-style-type: none"> • valeur D : le médicament est déconditionné • valeur blanc : pas de déconditionnement.
<p>9. Quantité d'unités délivrées dans le cadre du déconditionnement</p>	<p>En cas de déconditionnement du médicament, indiquer le nombre total d'unités délivrées.</p> <p>A zéro sinon</p>

<p>10. Prix unitaire de l'unité délivrée dans le cadre du déconditionnement</p>	<p>En cas de déconditionnement du médicament, indiquer le prix unitaire de l'unité délivrée. Ce prix correspond au prix du conditionnement divisé par le nombre d'unité de ce conditionnement</p> <p>Exemple : Pour une boîte de 30 comprimés, ayant un prix à 15 €, le PU de l'unité délivrée est : 15 € divisé par 30 comprimés = 0.50 €</p> <p> Remarque : il y a lieu d'appliquer les règles d'arrondi habituelles. Cf. Groupe 1610-Séquence de calcul et Arrondis</p> <p>A zéro sinon.</p> <p>En cas de refus de substitution par le bénéficiaire des soins le prix du conditionnement à utiliser correspond au tarif ajusté lu en base médicament : voir Annexe 2-règle S1.</p>
<p>11. Nombre de conditionnements utilisés dans le cadre du déconditionnement</p>	<p>En cas de déconditionnement du médicament, indiquer le nombre de conditionnements nécessaires pour la délivrance de la quantité d'unités prescrites.</p> <p>Exemple : 30 comprimés délivrés, issus de boîtes de 14 unités, le nombre de conditionnement utilisé est donc de 3.</p> <p>A zéro sinon.</p>
<p>12. Mode de prescription</p>	<p>Indique éventuellement le mode de prescription du médecin :</p> <p>• M : mention du Médecin sur la prescription « non substituable »</p> <p>Le Professionnel de Santé indique soit directement le mode de prescription soit le libellé (long ou court) et à partir duquel le LPS renseigne le mode de prescription (cf. Table 65 de l'Annexe2).</p> <p>La liste des valeurs admises fait l'objet de la table 65 de l'annexe 2.</p> <p>Le contrôle de validité de la valeur saisie se fait au regard de la date de prescription du médicament : voir Annexe 2-règle R65</p> <p>A blanc sinon.</p> <p> Compatibilité avec l'indicateur de substitution : voir Annexe 2-règle R66</p>
<p>13. Type de code CIP du médicament prescrit</p>	<p>Zone réservée pour utilisation future</p>
<p>14. Code CIP du médicament prescrit</p>	<p>Zone réservée pour utilisation future</p>
<p>15. Conditions particulières</p>	<p>Zone réservée pour utilisation future</p>

2.4.22.4 1741-Groupe Prestation détaillée lot d'un code CIP

Règles

La délivrance d'un médicament (identifié en groupe 1740) nécessite un ou plusieurs conditionnements.

Chaque conditionnement est identifié par un n° de lot et éventuellement un n° de série.

Les groupes « Prestation Détaillée lot d'un code CIP » permettent d'identifier les numéros de lot et éventuellement les numéros de série des conditionnements délivrés ou utilisés (cas du déconditionnement).

Le nombre maximum de groupes « Prestation Détaillée lot de code CIP » associés à un groupe « Prestation Détaillée code CIP » est de 30.

Le groupe « Prestation Détaillée lot d'un code CIP » est utilisé uniquement si un n° de lot est connu.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Prescripteurs (cas des ProPharmaciens) |
| <ul style="list-style-type: none"> Pharmaciens |

Ce groupe est facultatif.

Ce groupe ne concerne pas les centres de santé.

1741	Groupe Prestation détaillée lot d'un code CIP	
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le détail de la prestation	
2. N° de rang du lot	De 1 à 30 lots différents pour la délivrance d'un même médicament.	
3. N° de lot du conditionnement	Indiquer le n° de lot du conditionnement délivré.	
4. Quantité de conditionnement appartenant au même lot	Si le numéro de série est renseigné, la quantité de conditionnement est nécessairement égale à 1. Dans le cas contraire, indiquer le nombre de conditionnement appartenant au même lot.	
5. Conditionnement déconditionné	Cette information est renseignée uniquement en cas de déconditionnement. Si le numéro de série est renseigné indiquer la valeur D si le conditionnement est déconditionné. Dans le cas contraire, indiquer la valeur D si au moins un des conditionnements appartenant au même lot est déconditionné.	
6. N° de série du conditionnement délivré	Dans le cas où un seul conditionnement correspond au n° du lot, indiquer le n° de série du conditionnement en question. Cette information est renseignée dans la mesure où elle figure sur la vignette du médicament.	

2.4.23 1820-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Exonération T.M.

Règles

Ce groupe permet de gérer les justificatifs d'exonération (ou code justification d'exonération) appliqués à chaque prestation.

Ce groupe est obligatoire lorsque la nature d'assurance est Maladie (groupe 1511).

A l'inverse si la nature d'assurance est Maternité (groupe 1512), Accident du Travail (groupe 1513) ou Soins Médicaux Gratuits (groupe 1515), le groupe 1820 est interdit.

Enfin, si la nature d'assurance est Prévention (groupe 1514), ce groupe est facultatif.



Ce groupe est rattaché à tout type de prestation (groupe 16xx). Cas particulier d'un déplacement

Dans le cas d'un déplacement, le code justification d'exonération est nécessairement identique à celui de l'acte support (groupe 1610 précédent).



Cas particulier d'un honoraire de dispensation simple

Dans le cas d'un honoraire de dispensation simple, le code justification d'exonération est nécessairement identique à celui de la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte (groupe 1610 précédent).

Pour rappel, un honoraire de dispensation simple est généré par le système de facturation.



Cas particulier de l'honoraire de dispensation complexe

Dans le cas d'un honoraire de dispensation complexe, le code justification d'exonération n'est pas saisi par le PS, il est nécessairement égal à une valeur déduite par le progiciel.

Pour rappel, un honoraire de dispensation complexe est généré par le système de facturation.



Cas particulier de l'honoraire de dispensation « global » hors HC

Le code justification d'exonération dépend des codes justification d'exonération des médicaments exonérés de la facture Cf. Annexe 2 règle T8.



Détermination du taux d'exonération : cf. Annexe 2 – Chapitre Taux de Remboursement.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

1820	Groupe Complément de prestation Exonération du Ticket Modérateur
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle s'applique le code justification d'exonération du ticket modérateur
2. Code justification d'exonération du ticket modérateur	<p>Saisi par le Professionnel de Santé au niveau prestation ou au niveau facture :</p> <ul style="list-style-type: none"> • valeur 3 pour « Soins particuliers exonérés (traitement de la stérilité, soins aux prématurés, actes exonérants, soins en établissement des nourrissons dans les 30 premiers jours de vie, test de dépistage du virus HIV) » • valeur 4 pour « Soins conformes au protocole ALD » • valeur 6 pour « Exonération régimes spéciaux (Service médical SNCF, Régime des Mines) » • valeur 7 pour « Soins dispensés en risque maladie et exonérés dans le cadre d'un dispositif de prévention^{5(*)} » <hr/> <p>Déduit par le progiciel du Professionnel de Santé en fonction du code couverture / libellé⁶ du bénéficiaire (voir annexe 2) lue sur la carte Vitale ou saisi par le Professionnel de Santé dans le cas d'une facture sans carte Vitale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • valeur 0 pour « pas d'exonération » • valeur 5 pour « Assuré ou bénéficiaire exonéré » • valeur 6 pour « Exonération régimes spéciaux (Régime des Mines uniquement) » • valeur 9 pour « FSV ». <hr/> <p>Renseigné par le progiciel du Professionnel de Santé en fonction des retours des services SRT C-ExoActe (règle TC2-3) et C-ExoFacture (règle TC5) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • valeur C pour « Soins exonérés en codage CCAM du fait de la nature de l'acte, ou du dépassement du seuil. » <hr/> <p>Déduit par le progiciel du Professionnel de Santé pour un honoraire de dispensation généré :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pour un honoraire de dispensation simple ou global (hors honoraire complexe) : toutes valeurs présentées ci-dessus, hors valeur « C » • pour un honoraire de dispensation complexe : <ul style="list-style-type: none"> ○ valeur 0 pour « pas d'exonération » ○ valeur 5 pour « Assuré ou bénéficiaire exonéré » ○ valeur 6 pour « Exonération régimes spéciaux (Régime des Mines uniquement) » ○ valeur 9 pour « FSV ».

⁵ (*) Uniquement dans le cadre de campagnes de prévention- ou certaines prestations CCAM. Dans ce dernier cas le code justificatif d'exonération est renseigné par le progiciel du PS en fonction des retours du service C-ExoPrevention (règle TC1).

⁶ Lorsque l'on est en présence d'un mode de sécurisation sans Vitale.

2.4.24 1830-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION DMT-MT ou Télémedecine

Règles

Les Professionnels de Santé facturant des forfaits techniques doivent préciser la discipline de prestations et le mode de traitement.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens

Ce groupe est facultatif.

Cas Particulier Télémedecine

Ce groupe peut également être utilisé pour tracer l'utilisation d'une vidéo sécurisée dans le cadre d'une téléconsultation. Dans ce cas, les données 2,3,4 doivent être renseignées automatiquement par le LPS.

Prestations de type secondaire

Pour une prestation de type secondaire (cf. table 1 de l'Annexe 2), les informations du complément DMT-MT, doivent être identiques aux informations de l'acte support auquel cette prestation secondaire est rattachée.

1830	Groupe Complément de prestation DMT-MT	
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le complément de prestation DMT-MT	
2. Discipline de prestations	<ul style="list-style-type: none"> • valeur 035 pour SCANNER • valeur 753 pour IRMN • valeur 000 en cas de Téléconsultation avec vidéo sécurisée identifiée 	
3. Mode de traitement	<ul style="list-style-type: none"> • valeur 19 pour SCANNER ou IRMN • valeur 00 en cas de Téléconsultation avec vidéo sécurisée identifiée 	
4. Identification appareillage	Numéro d'agrément de l'appareil ou de l'installation Identifiant de la connexion vidéo sécurisée utilisée pour la Téléconsultation si celui-ci est connu.	
5. Date d'installation	Date d'installation de l'appareil	
6. Puissance	Puissance ou classe de l'appareil	
7. Zone d'implantation	Zone d'implantation de l'exploitant de l'appareil	
8. N° ordre de l'examen	N° ordre de l'examen	

2.4.25 1840-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Entente Préalable

Règles

Ce groupe est obligatoire pour les prestations soumises à entente préalable, y compris en cas de prise en charge SMG.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

1840	Groupe Complément de prestation Entente Préalable
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache l'entente préalable
2. Code accord entente préalable	<ul style="list-style-type: none"> • valeur 0 pour une absence de réponse de la caisse dans le délai réglementaire. • valeur 4 pour une réponse favorable • valeur 5 pour une notion d'urgence <p>! Cette information est obligatoire</p>
3. Date d'envoi de la demande d'entente préalable	<p>Date à laquelle la demande d'entente préalable ou la demande de prise en charge SMG a été postée</p> <p>Cette date doit être antérieure ou égale à la date d'exécution de la prestation (1610), hormis dans le cas particulier d'une prestation LPP d'oxygénothérapie.</p> <p>! Cette information est obligatoire</p>
4. Identification de l'entente préalable	N° ordre de l'entente préalable (zone réservée pour utilisation future)

Les données de ce groupe sont renseignées par le Professionnel de Santé (hors le n° de la prestation de rattachement).



Cas particulier : ces données sont renseignées automatiquement par le progiciel à partir du groupe 1840 d'une prestation précédente (dans la même facture) de même code prestation et de même coefficient (la date d'exécution peut être différente) cf. Annexe 2 – Règle R8.



Remarque : en nature d'assurance SMG, le code accord entente préalable ne peut pas prendre la valeur « pas de réponse de la caisse ».

2.4.26 1850-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Renouvellement

Règles

Ce groupe est utilisé en cas de renouvellement d'une prescription de médicaments ou d'analyse de biologie médicale.



Cas particulier d'une délivrance exceptionnelle

L'article L5125-23-1 autorise les pharmaciens à renouveler la délivrance de médicaments aux patients dont les traitements chroniques risquent d'être interrompus, faute d'avoir obtenu de leur médecin une nouvelle prescription.

Le décret N° 2008-108 du 5 février 20081 fixe les conditions d'application de cette mesure. L'arrêté du 5 février 20081 détermine les catégories de médicaments exclus du dispositif.

Dans ce contexte de délivrance exceptionnelle, le champ renouvellement doit être valorisé à « 99 ».



Cas particulier d'un honoraire de dispensation généré.

Dans le cas d'une prestation de type honoraire (cf. table 1 de l'annexe 2), ce groupe n'est pas renseigné



Prestations de type secondaire

Pour une prestation de type secondaire (cf. table 1 de l'Annexe 2bis), le code renouvellement (1850-2) est identique au code renouvellement de l'acte support auquel cette prestation secondaire est rattachée.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Pharmaciens |
| <ul style="list-style-type: none">• Laboratoires d'analyse de biologie médicale |

Ce groupe est facultatif.

1850	Groupe Complément de prestation Renouvellement	
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le renouvellement.	
2. Renouvellement	Indiquer le N° ordre de renouvellement.	

2.4.27 1860-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Dent traitée

Règles

Ce groupe est utilisé uniquement pour les prestations dentaires cotées en NGAP.

Ces prestations correspondent aux prestations de groupe fonctionnel de niveau général « soins dentaires » et de type de nomenclature NGAP. (cf. Annexe 2-Table 1).

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- Prescripteurs (spécialités Chirurgie Dentaire/Médecins Soins dentaires)

Ce groupe est facultatif.

1860	Groupe <i>Complément de prestation Dent traitée</i>
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache l'identification de la dent traitée.
2. Dent traitée	N° de la dent traitée selon la norme N.F. S 91011

2.4.28 1870-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Exécutant

Règles

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

1870	Groupe Complément de prestation Exécutant
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache l'identification de l'exécutant
2. N° d'identification de l'exécutant	Indiquer le N° d'identification de facturation de l'exécutant Saisi ou lu sur la carte CPx de l'exécutant ! Ce n° ne doit pas contenir uniquement des zéros
3. Clé du n° d'identification de l'exécutant	Saisi ou lu sur la carte CPx de l'exécutant
4. Code spécialité de l'exécutant	Saisi ou lu sur la carte CPx de l'exécutant
5. Code zone tarifaire de l'exécutant	Saisi ou lu sur la carte CPx de l'exécutant
6. Condition d'exercice de l'exécutant	Saisi ou lu sur la carte CPx de l'exécutant
7. Code conventionnel de l'exécutant	Saisi ou lu sur la carte CPx de l'exécutant
8. N° RPPS de l'exécutant	Saisi ou lu sur la carte CPx de l'exécutant
9. Clé du n° RPPS de l'exécutant	Saisi ou lu sur la carte CPx de l'exécutant
10. N° de la structure de l'exécutant	N° d'identification de structure (clé incluse) Saisi ou lu sur la carte CPx de l'exécutant

Ce groupe doit être renseigné si le Professionnel de Santé qui effectue la prestation est différent de celui qui établit la facture.

Ce groupe est prévu pour désigner les laboratoires sous-traitants, les salariés de Professionnel de Santé ou les médecins directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale.

Concernant les laboratoires d'analyses de biologie médicale sous traitants, le groupe *Exécutant* ne peut être utilisé qu'à titre transitoire et sous réserve de modification des dispositions réglementaires.



Cas particulier d'un complément AT LPP

Dans le cas d'une prestation ATL, ces informations sont nécessairement identiques à celles de l'acte support.



Prestations de type secondaire

Pour une prestation de type secondaire (cf. table 1 de l'Annexe 2bis), les informations du PS exécutant salarié sont identiques à celles de l'acte support auquel cette prestation secondaire est rattachée.

2.4.29 1880-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Lieu d'exercice

Règles



Cas particulier d'un honoraire de dispensation généré

Dans le cas d'une prestation de type honoraire (cf. table 1 de l'annexe 2), ce groupe n'est pas renseigné



Prestations de type secondaire

Pour une prestation de type secondaire (cf. table 1 de l'Annexe 2bis), l'identifiant du lieu d'exécution de la prestation (1880-2) est identique à l'identifiant du lieu d'exécution de l'acte support auquel cette prestation secondaire est rattachée.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale

Ce groupe est facultatif.

1880	Groupe Complément de prestation Lieu d'exercice
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le lieu d'exercice.
2. Lieu d'exercice	Permet de renseigner le lieu dans lequel l'acte a été effectué, dès lors que ce lieu est identifié avec un n° FINESS (structure de soins, maison de retraite,...). Obligatoire pour les prescripteurs et Auxiliaires Médicaux dès lors que les actes ne sont pas effectués au cabinet. Dans le cas d'une prestation ATL, cette information est identique à celle de l'acte support

2.4.30 1890-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Réseau ou filière de soins

Règles



Cas particulier d'un honoraire de dispensation généré

Dans le cas d'une prestation de type honoraire (cf. table 1 de l'annexe 2), ce groupe n'est pas renseigné



Prestations de type secondaire

Pour une prestation de type secondaire (cf. table 1 de l'Annexe 2), l'identifiant réseau ou filière de soins (1890-2) est identique aux informations de l'acte support auquel cette prestation secondaire est rattachée.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

Ce groupe est facultatif.

1890	Groupe Complément de prestation Réseau ou filière de soins
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache l'identification du réseau ou de la filière de soins
2. Identifiant réseau ou filière de soins	Permet de renseigner la relation d'appartenance du bénéficiaire à une filière ou un réseau dans lequel l'acte a été effectué. Dans le cas d'une prestation ATL, cette information est identique à celle de l'acte support.

2.4.31 1910-Groupe TOTAL Facture

Règles

Ce groupe est obligatoire.

La valorisation du champ « Total participation assuré » est obligatoire. Il correspond à la participation assuré avant la participation sur la part complémentaire. Sa valeur correspond au « Total des montants facturés » moins « Total remboursable par l'AMO » ; ces données sont gérées à l'intérieur du groupe 1910.

De manière générale, le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de vérifier le montant total complémentaire.

Si les montants totaux complémentaires ne sont pas renseignés, le progiciel doit les renseigner par la somme des montants des prestations.

Si les montants totaux complémentaires sont différents de la somme des montants des prestations alors le progiciel doit en informer le Professionnel de Santé.

Prise en charge SMG

En cas de prise en charge SMG (champ 1515-1 renseigné), il convient de vérifier que le cumul des montants remboursables par l'AMO (1910-3) est inférieur ou égal au montant de la prise en charge au titre des SMG saisi par le Professionnel de Santé (1515-1).

Réponse de prise en charge de la part complémentaire

Dans le cas d'une réponse de prise en charge, deux modes d'acquisition des montants de la part complémentaires cf. 4.2.1.9 corps, sont proposés par le progiciel.

Dans le cas du mode 1, le montant total du champ 1910-5 et du champ 1910-6 est calculé par le progiciel (sur la base de la somme des montants de la part complémentaire de chaque prestation qu'il a calculé.)

Dans le cas du mode 2, le montant total du champ 1910-5 et du champ 1910-6 est renseigné à partir du montant total de la « réponse de prise en charge » renseigné par le Professionnel de Santé.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

1910	Groupe Total Facture	
1. Nombre de prestations	Nombre de groupes 16xx	
2. Total des montants facturés	Total des montants facturés sur les groupes 16xx (somme des champs 1610-6, 1620-4 et 1630-5)	
3. Total remboursable par l'AMO	Total des montants remboursables AMO sur les groupes 16xx	
4. Total participation assuré	Total de la participation assuré avant participation sur la part complémentaire Résultat de l'opération (total montants facturés - total remboursable par AMO)	
5. Total théorique remboursable de la part complémentaire	Total des montants remboursables de la part complémentaire des groupes 16xx avant application de la règle niveau facture (groupes 16xx) Cf. Phase Complémentaire – Annexe 1-A2	
6. Total remboursable de la part complémentaire	Total des montants remboursables de la part complémentaire des groupes 16xx avant application de la règle niveau facture .Cf. Phase Complémentaire – Annexe 1-A2. (champ créé par anticipation, et dans l'attente de sa mise en œuvre, le montant à véhiculer dans ce champ est égal au total théorique remboursables de la part complémentaire).	

2.4.32 2000-Groupe Forçage AMO niveau acte

Règles

Ce groupe est facultatif.

Ce groupe est renseigné si le Professionnel de Santé effectue le forçage d'une ou plusieurs données de la prestation de rattachement (CCAM ou autre), ou si le service de Contrôle Complet CCAM a détecté l'utilisation d'une ou plusieurs données du référentiel CCAM modifiées par le Professionnel de Santé.

Dans le cas de forçage d'une prestation CCAM (directement dans la facture ou au niveau du référentiel CCAM), ce groupe est renseigné par le service de Contrôle Complet CCAM.

Dans le cas de forçage d'une prestation non CCAM (NGAP ou autre) le progiciel renseigne cet indicateur. Les valeurs à utiliser en fonction des données forcées sont spécifiées dans la partie A de l'annexe1.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

2000		Groupe Forçage AMO niveau acte
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache l'indicateur de forçage	
2. Indicateur de forçage AMO niveau acte	Indiquer la valeur significative du type de la donnée forcée	

2.4.33 2010-Groupe Forçage sur la part complémentaire niveau acte

Règles

Ce groupe est facultatif.

Les règles de valorisation de ce groupe sont dans la partie A de l'annexe 1.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

2010	Groupe Forçage sur la part complémentaire niveau acte	
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache l'indicateur de forçage	
2. Indicateur de forçage AMC niveau acte	Indiquer la valeur significative du type de la donnée forcée	

2.4.34 2020-Groupe Base de Remboursement Conventionnée AMO

Règles

Ce groupe est obligatoire dans tous les cas.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

2020		Groupe <i>Base de remboursement conventionnée AMO</i>
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache la base de remboursement conventionnée AMO	
2. Base de remboursement conventionnée AMO	Si le Professionnel de Santé est non conventionné, indiquer le montant de la base de remboursement que l'AMO aurait pris en compte si le Professionnel de Santé était conventionné. Si le Professionnel de Santé est conventionné indiquer la base de remboursement transmise dans le champ n° 12 du groupe 1610. Ce montant est à indiquer en centimes d'Euros.	

2.4.35 2030-Groupe Prévention commune AMO/AMC

Règles

Ce groupe est renseigné dans le cas de prestations réalisées dans le cadre de prévention au sens de la Réforme d'Assurance Maladie (loi du 13 août 2004).

Elle n'est pas liée au risque prévention géré par les organismes AMO.



Cas particulier d'un honoraire de dispensation généré

Dans le cas d'une prestation de type honoraire (cf. table 1 de l'annexe 2), ce groupe n'est pas renseigné



Prestations de type secondaire

Pour une prestation de type secondaire (cf. table 1 de l'Annexe 2), les informations de prévention commune AMO/AMC (2030-2 et 2030-3) sont identiques aux informations de l'acte support auquel cette prestation secondaire est rattachée.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

2030	Groupe Prévention AMO/AMC
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattachent les informations de prévention
2. Top prévention commune AMO/AMC	Saisi par le Professionnel de Santé. Renseigné pour les actes concernés par la prévention commune AMO/AMC.
3. Qualifiant du dispositif de prévention	Saisi par le Professionnel de Santé

2.4.36 2100-Groupe Code Acte CCAM

Règles

Ce groupe est obligatoire pour toute prestation CCAM.

Le remplissage des codes modificateurs doit commencer à la 1ère occurrence et il ne doit pas y avoir de rupture dans le remplissage des occurrences.

Le champ « Données CCAM complémentaires » contient la concaténation des 4 modificateurs AMC.

Le champ « code remboursement exceptionnel » est significatif uniquement pour les prestations remboursables sous condition (cf. Annexe1-A1 – Règle CC11).

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- Prescripteurs

2100	Groupe Code acte CCAM	
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le code acte CCAM.	
2. Code de l'acte CCAM	Saisie par le Professionnel de Santé	
3. Code extension documentaire	Saisie par le Professionnel de Santé	
4. Code activité	Saisie par le Professionnel de Santé	
5. Code phase de traitement	Saisie par le Professionnel de Santé	
6. Code modificateur 1	Saisie par le Professionnel de Santé	
7. Code modificateur 2	Saisie par le Professionnel de Santé	
8. Code modificateur 3	Saisie par le Professionnel de Santé	
9. Code modificateur 4	Saisie par le Professionnel de Santé	
10. Code association	Saisie par le Professionnel de Santé	
11. Code remboursement exceptionnel	Saisie par le Professionnel de Santé	
12. Supplément de charge	Saisie par le Professionnel de Santé	
13. Données CCAM complémentaires	Résultat de la conversion des codes modificateurs 1 à 4 conformément à la règle CC13	

2.4.37 2200-Groupe Liste des dents traitées (acte CCAM)

Règles

Ce groupe est renseigné par le Professionnel de Santé dans le cas où il s'agit d'une prestation de type CCAM concernant des actes dentaires pour lesquels il est possible de préciser les n° de dents traitées.

Un groupe 2200 est donc nécessairement précédé d'un groupe 2100.

Le remplissage des numéros de dents doit commencer à la 1ère occurrence et il ne doit pas y avoir de rupture dans le remplissage des occurrences, ni de doublon.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- Prescripteurs

2200	Groupe Liste des dents traitées (acte CCAM)	
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache la liste des dents traitées.	
2. N° de la dent 1	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent. Si un seul numéro de localisation de dent est renseigné, il est nécessaire de le renseigner en première position.	
3. N° de la dent 2	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
4. N° de la dent 3	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
5. N° de la dent 4	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
6. N° de la dent 5	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
7. N° de la dent 6	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
8. N° de la dent 7	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
9. N° de la dent 8	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
10. N° de la dent 9	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
11. N° de la dent 10	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
12. N° de la dent 11	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
13. N° de la dent 12	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
14. N° de la dent 13	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
15. N° de la dent 14	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
16. N° de la dent 15	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
17. N° de la dent 16	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	

Numérotation des dents

La numérotation des dents à utiliser se conforme à la norme ISO 3960-1984 et permet de numéroter chaque dent ainsi que les sextants et les maxillaires.

Numérotation des dents :

- 1er caractère : indication du quadrant : 1 à 4 pour les dents définitives, 5 à 8 pour les dents de lait
- 2ème caractère : localisation de la dent dans un même quadrant : de 1 à 8.

Numérotation sextants et maxillaires :

01	maxillaire supérieur	05	Sextant supérieur gauche
02	mandibule (maxillaire inférieur)	06	Sextant inférieur gauche
03	Sextant supérieur droit	07	Sextant antéro-inférieur
04	Sextant antéro-supérieur	08	Sextant inférieur droit
10	Quadrant supérieur droit	30	Quadrant inférieur gauche
20	Quadrant supérieur gauche	40	Quadrant inférieur droit

Ces précisions concernant la numérotation des dents sont données à titre indicatif. Le logiciel n'est pas tenu d'implémenter de contrôle sur la validité du n° de dent saisi par le Professionnel de Santé.

Les contrôles portant sur les n° de dents des prestations CCAM sont spécifiés par les règles R43 de l'annexe 2, et RC14 et CC5 de l'annexe1-A1.

-
- 2.4.38** **3700-Groupe Contexte Tarification de la part Complémentaire**
-  Règles et descriptif, voir annexe 1 – partie A2
-
- 2.4.39** **3710-Groupe Formule de la part Complémentaire appliquée au niveau acte**
-  Règles et descriptif, voir annexe 1 – partie A2
-
- 2.4.40** **3720-Groupe Formule de la part Complémentaire appliquée au niveau facture**
-  Règles et descriptif, voir annexe 1 – partie A2
-
- 2.4.41** **3730-Groupe Paramètres de calcul STS**
-  Règles et descriptif, voir annexe 1 – partie A2
-
- 2.4.42** **3740-Groupe Paramètres de calcul contrats responsables**
-  Règles et descriptif, voir annexe 1 – partie A2
-
- 2.4.43** **3770-Groupe Zone tampon de la part Complémentaire**
-  Règles et descriptif, voir annexe 1 – partie A2

2.5 Composition d'une FACTURE pour chaque famille



Légende

Dans les § suivants :

- les flèches en **trait continu** présentent un ou des groupes dont la présence est **obligatoire** dans la facture ;
- les flèches en **trait pointillé** présentent un ou des groupes dont la présence est **facultative** dans la facture.

2.5.1 Famille Auxiliaires médicaux

		AUXILIAIRES-MÉDICAUX		
	→	1110	Groupe <i>Identification Facture</i>	
	→	1120	Groupe <i>Identification Professionnel de Santé</i>	
	→	1130	Groupe <i>Identification du bénéficiaire</i>	
	.....→	1140	Groupe <i>Identification Structure</i>
	.....→	1150	Groupe <i>Identification Remplaçant</i>
	.....→	1151	Groupe <i>Identification RPPS Remplaçant</i>
	.....→	1160	Groupe <i>Identification Individu</i>
	→	121x	Groupe <i>Prescription (groupe 1211 ou 1213 obligatoire)</i>	
	.....→	1230	Groupe <i>Origine de la prescription</i>
	→	1310	Groupe <i>Organisme AMO</i>	
	.....→	1321	Groupe <i>Organismes complémentaires</i>
	.....→	1330	Groupe <i>Données Complémentaire Additionnelles</i>
	→	1410	Groupe <i>Cadre de remboursement</i>	
	→	1420	Groupe <i>Identification de pièce justificative pour l'AMO</i>	
	.....→	1440	Groupe <i>Forçage niveau facture</i>
	.....→	1450	Groupe <i>Module de Tarification Complémentaire</i>
	→	151x	Groupe <i>Nature d'assurance</i>	
n	n	→	1610	Groupe <i>Prestation</i>
	→	1820	Groupe <i>Complément de prestation Exonération TM</i>
	→	1830	Groupe <i>Complément de prestation DMT-MT ou Télémedecine</i>
	→	1840	Groupe <i>Complément de prestation Entente préalable</i>
	→	1870	Groupe <i>Complément de prestation Exécutant</i>
	→	1880	Groupe <i>Complément de prestation Lieu d'exercice</i>
	→	1890	Groupe <i>Complément de prestation Réseau ou filière de soins</i>
	→	2000	Groupe <i>Forçage AMO niveau acte</i>
	→	2010	Groupe <i>Forçage sur la part Complémentaire niveau acte</i>
		→	2020	Groupe <i>Base de Remboursement conventionnée AMO</i>
	→	2030	Groupe <i>Prévention commune AMO/AMC</i>
		n→	1730	Groupe Prestation détaillée LPP
	.....→	1620	Groupe <i>Prestation IFD</i>

n	.....▶	1820	Groupe Complément de prestation Exonération du TM
	.....▶	1870	Groupe Complément de prestation Exécutant
	.....▶	2000	Groupe Forçage AMO niveau acte
	.....▶	2010	Groupe Forçage sur la part Complémentaire niveau acte
	.....▶	2020	Groupe Base de Remboursement conventionnée AMO
n	.....▶	1630	Groupe Prestation IK
	.....▶	1820	Groupe Complément de prestation Exonération du TM
	.....▶	1870	Groupe Complément de prestation Exécutant
	.....▶	2000	Groupe Forçage AMO niveau acte
	.....▶	2010	Groupe Forçage sur la part Complémentaire niveau acte
.....▶	2020	Groupe Base de Remboursement conventionnée AMO	
→		1910	Groupe Total Facture

Une même prestation (groupe 1610) ne peut être suivie que d'un seul type de prestation détaillée (groupes 1730), ce type de prestation détaillée pouvant être répété de 1 à 10 fois pour la prestation détaillée code LPP (groupes 1730).

2.5.2 Famille Prescripteurs

		PRESCRIPTEURS			
	→	1110	Groupe <i>Identification Facture</i>		
	→	1120	Groupe <i>Identification Professionnel de Santé</i>		
	→	1130	Groupe <i>Identification du bénéficiaire</i>		
	→	1140	Groupe <i>Identification Structure</i>		
	→	1150	Groupe <i>Identification Remplaçant</i>		
	→	1151	Groupe <i>Identification RPPS Remplaçant</i>		
	→	1160	Groupe <i>Identification Individu</i>		
	→	1180	Groupe <i>Identification Médecin Traitant</i>		
	→	121x	Groupe <i>Prescription</i>		
	→	1220	Groupe <i>Arrêt de Travail prescrit</i>		
	→	1230	Groupe <i>Origine de la prescription</i>		
	→	1310	Groupe <i>Organisme AMO</i>		
	→	1321	Groupe <i>Organismes complémentaires</i>		
	→	1330	Groupe <i>Données Complémentaire Additionnelles</i>		
	→	1410	Groupe <i>Cadre de remboursement</i>		
	→	1420	Groupe <i>Identification de pièce justificative pour l'AMO</i>		
	→	1440	Groupe <i>Forçage niveau facture</i>		
	→	1450	Groupe <i>Module de Tarification Complémentaire</i>		
	→	151x	Groupe <i>Nature d'assurance</i>		
n	n	→	1610	Groupe <i>Prestation</i>	
		→	1820	Groupe <i>Complément de prestation Exonération du TM</i>	
		→	1830	Groupe <i>Complément de prestation DMT-MT</i>	
		→	1840	Groupe <i>Complément de prestation Entente préalable</i>	
		→	1860	Groupe <i>Complément de prestation Dent traitée</i>	
		→	1870	Groupe <i>Complément de prestation Exécutant</i>	
		→	1880	Groupe <i>Complément de prestation Lieu d'exercice</i>	
		→	1890	Groupe <i>Complément de prestation Réseau ou filière de soins</i>	
		→	2000	Groupe <i>Forçage AMO niveau acte</i>	
		→	2010	Groupe <i>Forçage sur la part Complémentaire niveau acte</i>	
		→	2020	Groupe <i>Base de Remboursement conventionnée AMO</i>	
		→	2030	Groupe <i>Prévention commune AMO/AMC</i>	
		→	2100	Groupe <i>Code acte CCAM</i>	
		→	2200	Groupe <i>Liste des dents traitées (acte CCAM)</i>	
		n	→	1710	Groupe <i>Prestation détaillée NABM</i>
		n	→	1740	Groupe <i>Prestation détaillée code CIP</i>
		n	→	1741	Groupe <i>Prestation détaillée lot d'un code CIP</i>
		n	→	1620	Groupe <i>Prestation IFD</i>
		n	→	1820	Groupe <i>Complément de prestation Exonération du TM</i>

n	.....→	1870	Groupe Complément de prestation Exécutant
	.....→	2000	Groupe Forçage AMO niveau acte
	.....→	2010	Groupe Forçage AMO niveau acte
	——→	2020	Groupe Base de Remboursement conventionnée AMO
	<hr/>		
	.....→	1630	Groupe Prestation IK
	.....→	1820	Groupe Complément de prestation Exonération du TM
	.....→	1870	Groupe Complément de prestation Exécutant
	.....→	2000	Groupe Forçage AMO niveau acte
	.....→	2010	Groupe Forçage sur la part Complémentaire niveau acte
	——→	2020	Groupe Base de Remboursement conventionnée AMO
——→	1910	Groupe Total Facture	

Une même prestation (groupe 1610) ne peut être suivie que d'un seul type de prestation détaillée (groupes 1710 ou 174x), ce type de prestation détaillée pouvant être répété :

- 1 fois pour la prestation détaillée code CIP (groupe 1740) suivi éventuellement de 1 à 30 prestation détaillée lot d'un code CIP (groupes 1741) ;
- de 1 à 50 fois pour la prestation détaillée NABM (groupes 1710).

2.5.3 Famille Pharmaciens

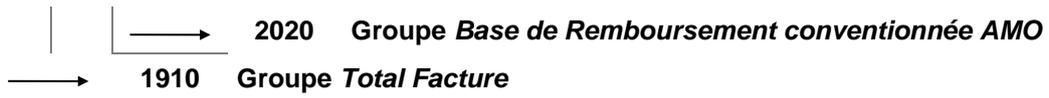
PHARMACIENS			
→	1110	Groupe <i>Identification Facture</i>	
→	1120	Groupe <i>Identification Professionnel de Santé</i>	
→	1130	Groupe <i>Identification du bénéficiaire</i>	
→	1140	Groupe <i>Identification Structure</i>	
→	1150	Groupe <i>Identification Remplaçant</i>	
→	1151	Groupe <i>Identification RPPS Remplaçant</i>	
→	1160	Groupe <i>Identification Individu</i>	
→	1170	Groupe <i>Identification Liste Opposition Carte Vitale</i>	
→	121x	Groupe <i>Prescription (groupe 1211 ou 1213 obligatoire)</i>	
→	1230	Groupe <i>Origine de la prescription</i>	
→	1310	Groupe <i>Organisme AMO</i>	
→	1321	Groupe <i>Organismes complémentaires</i>	
→	1330	Groupe <i>Données Complémentaire Additionnelles</i>	
→	1410	Groupe <i>Cadre de remboursement</i>	
→	1420	Groupe <i>Identification de pièce justificative pour l' AMO</i>	
→	1440	Groupe <i>Forçage niveau facture</i>	
→	1450	Groupe <i>Module de Tarification Complémentaire</i>	
→	151x	Groupe <i>Nature d'assurance</i>	
n	→	1610	Groupe <i>Prestation</i>
	→	1820	Groupe <i>Exonération du T.M</i>
	→	1830	Groupe <i>Complément de prestation DMT-MT ou Télémedecine</i>
	→	1840	Groupe <i>Complément de prestation Entente préalable</i>
	→	1850	Groupe <i>Complément de prestation Renouvellement</i>
	→	1890	Groupe <i>Complément de prestation Réseau ou filière de soins</i>
	→	1870	Groupe <i>Complément de prestation Exécutant</i>
	→	2000	Groupe <i>Forçage AMO niveau acte</i>
	→	2010	Groupe <i>Forçage sur la part Complémentaire niveau acte</i>
	→	2020	Groupe <i>Base de Remboursement conventionnée AMO</i>
	→	2030	Groupe <i>Prévention commune AMO/AMC</i>
	→	1740	Groupe <i>Prestation détaillée code CIP</i>
n	→	1741	Groupe <i>Prestation détaillée lot d'un code CIP</i>
n	→	1730	Groupe <i>Prestation détaillée LPP</i>
	1910	Groupe <i>Total Facture</i>	

Une même prestation (groupe 1610) ne peut être suivie que d'un seul type de prestation détaillée (groupes 174x ou 1730), ce type de prestation détaillée pouvant être répété :

- 1 fois pour la prestation détaillée code CIP (groupe 1740) suivi éventuellement de 1 à 30 prestation détaillée lot d'un code CIP (groupes 1741) ;
- De 1 à 10 fois pour la prestation détaillée code LPP (groupes 1730).

2.5.4 Famille Laboratoires

		LABORATOIRES D'ANALYSES DE BIOLOGIE MÉDICALE	
	→	1110	Groupe <i>Identification Facture</i>
	→	1120	Groupe <i>Identification Professionnel de Santé</i>
	→	1130	Groupe <i>Identification du bénéficiaire</i>
	→	1140	Groupe <i>Identification Structure</i>
	→	1160	Groupe <i>Identification Individu</i>
	→	121x	Groupe <i>Prescription (groupe 1211 ou 1213 obligatoire)</i>
	→	1230	Groupe <i>Origine de la prescription</i>
	→	1310	Groupe <i>Organisme AMO</i>
	→	1321	Groupe <i>Organismes complémentaires</i>
	→	1330	Groupe <i>Données Complémentaire Additionnelles</i>
	→	1410	Groupe <i>Cadre de remboursement</i>
	→	1420	Groupe <i>Identification de pièce justificative pour l'AMO</i>
	→	1440	Groupe <i>Forçage niveau facture</i>
	→	1450	Groupe <i>Module de Tarification Complémentaire</i>
	→	151x	Groupe <i>Nature d'assurance</i>
n	n	→	1610 Groupe <i>Prestation</i>
		→	1820 Groupe <i>Complément de prestation Exonération du TM</i>
		→	1840 Groupe <i>Complément de prestation Entente préalable</i>
		→	1850 Groupe <i>Complément de prestation Renouvellement</i>
		→	1870 Groupe <i>Complément de prestation Exécutant</i>
		→	1880 Groupe <i>Complément de prestation Lieu d'exercice</i>
		→	1890 Groupe <i>Complément de prestation Réseau ou filière de soins</i>
		→	2000 Groupe <i>Forçage AMO niveau acte</i>
		→	2010 Groupe <i>Forçage sur la part Complémentaire niveau acte</i>
		→	2020 Groupe <i>Base de Remboursement conventionnée AMO</i>
		→	2030 Groupe <i>Prévention commune AMO/AMC</i>
	n	→	1710 Groupe <i>Prestation détaillée NABM</i>
	n	→	1620 Groupe <i>Prestation IFD</i>
		→	1820 Groupe <i>Complément de prestation Exonération du TM</i>
		→	1870 Groupe <i>Complément de prestation Exécutant</i>
		→	2000 Groupe <i>Forçage AMO niveau acte</i>
		→	2010 Groupe <i>Forçage sur la part Complémentaire niveau acte</i>
		→	2020 Groupe <i>Base de Remboursement conventionnée AMO</i>
	n	→	1630 Groupe <i>Prestation IK</i>
		→	1820 Groupe <i>Complément de prestation Exonération du TM</i>
		→	1870 Groupe <i>Complément de prestation Exécutant</i>
		→	2000 Groupe <i>Forçage AMO niveau acte</i>
		→	2010 Groupe <i>Forçage AMO niveau acte</i>



Une prestation détaillée NABM (groupe 1710) peut être répétée de 1 à 50 fois.

2.5.5 Famille Fournisseurs

FOURNISSEURS		
→	1110 Groupe <i>Identification Facture</i>	
→	1120 Groupe <i>Identification Professionnel de Santé</i>	
→	1130 Groupe <i>Identification du bénéficiaire</i>	
→	1140 Groupe <i>Identification Structure</i>	
→	1160 Groupe <i>Identification Individu</i>	
→	121x Groupe <i>Prescription (groupe 1211 ou 1213 obligatoire ou 1214)</i>	
→	1230 Groupe <i>Origine de la prescription</i>	
→	1310 Groupe <i>Organisme AMO</i>	
→	1321 Groupe <i>Organismes complémentaires</i>	
→	1330 Groupe <i>Données Complémentaire Additionnelles</i>	
→	1410 Groupe <i>Cadre de remboursement</i>	
→	1420 Groupe <i>Identification de pièce justificative pour l'AMO</i>	
→	1440 Groupe <i>Forçage niveau facture</i>	
→	1450 Groupe <i>Module de Tarification Complémentaire</i>	
→	151x Groupe <i>Nature d'assurance</i>	
n	→	1610 Groupe <i>Prestation</i>
	→	1820 Groupe <i>Exonération du T.M</i>
	→	1840 Groupe <i>Complément de prestation Entente préalable</i>
	→	1870 Groupe <i>Complément de prestation Exécutant</i>
	→	1890 Groupe <i>Complément de prestation Réseau ou filière de soins</i>
	→	2000 Groupe <i>Forçage AMO niveau acte</i>
	→	2010 Groupe <i>Forçage sur la part Complémentaire niveau acte</i>
	→	2020 Groupe <i>Base de Remboursement théorique AMO</i>
	→	2030 Groupe <i>Prévention commune AMO/AMC</i>
	n	→	1730 Groupe Prestation détaillée LPP
	1910	Groupe <i>Total Facture</i>

Une même prestation (groupe 1610) ne peut être suivie que d'un seul type de prestation détaillée (groupes 1730), ce type de prestation détaillée pouvant être répété :

- de 0 à 10 fois pour la prestation détaillée code LPP (groupes 1730).



Annexe 1-A1

Présentation fonctionnelle des Modules SESAM-Vitale

Phase Part Obligatoire

Intégrant l'Addendum n°8

Ce document a été élaboré par le GIE SESAM-Vitale.

Conformément à l'article L.122-4 du Code de la Propriété Intellectuelle, toute représentation ou reproduction (intégrale ou partielle) du présent ouvrage, quel que soit le support utilisé, doit être soumise à l'accord préalable écrit de son auteur.

Il en est de même pour sa traduction, sa transformation, son adaptation ou son arrangement, quel que soit le procédé utilisé.

Tout manquement à ces obligations constituerait un délit de contrefaçon, au sens des articles L 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, susceptible d'entraîner des sanctions pour l'auteur du délit.

Sommaire

1	Introduction	5
1.1	Présentation du document	5
1.2	Avertissements	5
1.3	Définitions et précisions	5
2	Acquisition des données Prestation	8
2.1	Données CCAM à saisir	8
2.1.1	<i>Présentation générale</i>	8
2.1.2	<i>Précisions concernant les données des services SRT</i>	9
2.1.3	<i>Recherche du code acte CCAM</i>	10
2.1.3.1	Recherche de codes CCAM par mot-clé	11
2.1.3.2	Recherche de codes CCAM par filtre	13
2.1.4	<i>Règles RC et CC</i>	14
2.1.4.1	RC1 – Code activité	14
2.1.4.2	RC2 – Code Phase de traitement	15
2.1.4.3	RC3 – Code modificateur	16
2.1.4.4	RC4 – Code modificateur et âge	17
2.1.4.5	RC5 – Spécialité de l'exécutant	18
2.1.4.6	RC6 – Frais de déplacement	19
2.1.4.7	RC7 – Entente préalable	21
2.1.4.8	RC8 – Nature d'assurance	22
2.1.4.9	RC9 – Code agrément radio de l'exécutant	23
2.1.4.10	RC11 – Code modificateur férié	24
2.1.4.11	RC12 – Codes modificateurs entre eux	25
2.1.4.12	RC13 – Age du bénéficiaire	27
2.1.4.13	RC14 - N°de dents	28
2.1.4.14	RC15-RC17 - Compatibilité des Associations d'actes : règles	30
2.1.4.15	RC18 - Code modificateur multiple	33
2.1.4.16	RC19 – Code forfait CMU-C	35
2.1.4.17	CC1 - Renseignement du code association	36
2.1.4.18	CC3 - Utilisation d'un acte complémentaire	39
2.1.4.19	CC5 - Renseignement des numéros de dents	40
2.1.4.20	CC6 - Obligation du codage CCAM	42
2.1.4.21	CC7 - Code Regroupement	43
2.1.4.22	CC8 - Validité du code acte CCAM	45
2.1.4.23	CC9 - Valeur des modificateurs	47
2.1.4.24	CC9b - Valeur des modificateurs non tarifants	48
2.1.4.25	CC11 - Demande de remboursement exceptionnel	49
2.1.4.26	CC12 - Présence d'un acte CCAM avec un code regroupement	51
2.1.4.27	CC13 - Modificateurs pour les Organismes Complémentaires	52
2.1.4.28	CC14 - Demande de supplément de charge en cabinet	54
2.1.4.29	CC15 - Compatibilité entre le taux et le justificatif d'exonération du ticket modérateur	55
2.1.4.30	CC16 - Compatibilité entre date de naissance et date des soins	56
3	Tarification AMO	57
3.1	Détermination des montants	57
3.1.1	<i>Hors CCAM</i>	57
3.1.2	<i>Spécificités CCAM</i>	57
3.1.2.1	Cinématique générale	57
3.1.2.2	BC1 : Prix Unitaire	58
3.1.2.3	BC99 : Base de Remboursement	60
3.2	Détermination du taux de remboursement	62
3.2.1	<i>Règles communes toutes nomenclatures</i>	62
3.2.1.1	Compatibilité entre taux et justificatif d'exonération	62
3.2.2	<i>Hors CCAM</i>	62
3.2.3	<i>Spécificités CCAM</i>	63
3.2.3.1	TC1 : C-ExoPrevention	64
3.2.3.2	TC2-TC3-T5-T6 : C-ExoActe	66
3.2.3.3	TC5 : C-ExoFacture	68
4	Contrôle complet CCAM	72

4.1	Objet	72
4.2	Traitements	73
4.2.1	Partie Réglementation	73
4.2.2	Partie Tarification	74
4.3	Paramètres	75
4.4	Diagnostics	77

1 Introduction

1.1 Présentation du document

Ce document constitue la partie A1 de l'annexe 1 du CdC Éditeurs SESAM-Vitale.

Cette partie a pour objet de décrire spécifiquement les traitements relatifs à la phase AMO pour la constitution de la facture, à savoir les étapes d'acquisition des données prestation, la tarification AMO, et le contrôle complet CCAM.

L'ensemble de ce document concerne uniquement les prestations de type de nomenclature « CCAM » à l'exception de la règle CC6 qui concerne toutes les prestations de type de nomenclature NGAP.

1.2 Avertissements

Dans le présent document est désigné par base CCAM l'ensemble des données CCAM gérées par le module SRT et désignées par ailleurs sous le terme de référentiel électronique. Il ne s'agit en aucun cas d'une base de données.

1.3 Définitions et précisions

Prestation CCAM

Une prestation CCAM ou ligne d'acte CCAM est constituée d'un et un seul acte CCAM (triplet acte/activité/phase ce qui revient pour SESAM-Vitale à dire un et un seul code acte CCAM vu que l'activité est toujours à 1 et la phase toujours à 0.)

Dans la zone d'échange facture, une prestation CCAM est caractérisée par un couple 1610-2100.

Niveau acte

Les règles niveau acte sont à appliquer pour chaque ligne d'acte CCAM.

Niveau facture

Les règles de niveau facture sont applicables pour toutes les prestations CCAM de la facture et éventuellement les prestations NGAP (prestations CCAM et NGAP pour les règles TC4-TC5 et le contrôle complet CCAM).

Tarifs diversifiés

Revalorisation des actes CCAM



Convention médicale 2011

L'avenant 8 à la convention médicale du 26 juillet 2011 prévoit, pour les soins dispensés par les médecins exerçant en secteur 1 et par les médecins adhérant au CAS, de revaloriser les actes « gagnants » de la CCAM (3761 actes concernés). Le tarif cible de ces actes est supérieur au tarif de référence.

La revalorisation s'appuie sur une double grille tarifaire à la CCAM :

- L'une appliquée par les médecins de secteur 1 et les médecins de secteur 2 adhérant au CAS
- L'autre par les médecins de secteur 2 hors CAS



Convention médicale 2016

La convention médicale 2016 prévoit une meilleure valorisation de l'activité technique des médecins et notamment des conditions d'exercice particulier des spécialités dites de plateau technique lourd (chirurgie, anesthésie-réanimation, gynécologie obstétrique).

Une des principales nouveautés introduites par la convention médicale 2016 est la différenciation des valeurs des modificateurs : K, U, S, F en fonction du contexte du PS (son secteur, l'option à laquelle il adhère, sa spécialité), et / ou du contexte de l'assuré

Ceci implique une démultiplication des grilles tarifaires pour prendre en compte les différences de valeurs des modificateurs en fonction du contexte PS et du contexte assuré.

Contexte tarifaire

Le contexte tarifaire est défini :

- d'une part par un contexte PS
- d'autre part par un contexte Bénéficiaire

Un contexte tarifaire donné pointera vers une **grille tarifaire** donnée (nouvelle notion dans la base CCAM).

Grille tarifaire

Pour le démarrage de cette mesure (au 01/01/2015), deux grilles tarifaires sont identifiées :

- Grille tarifaire 1 : **Tarifs revalorisés**
correspond aux PS de secteur 1 ou ayant signé le CAS, quel que soit le bénéficiaire des soins.
- Grille tarifaire 2 : **Tarifs non revalorisés**
correspond aux PS de secteur 2 ou 1DP n'ayant pas signé le CAS, quel que soit le bénéficiaire des soins.

A compter du 1^{er} janvier 2018, la base CCAM comportera 14 grilles tarifaires qui seront utilisées par de nouvelles valeurs de contextes PS et de contexte BS.

Contexte PS

Le contexte PS est défini par :

- le secteur de conventionnement du PS (1,1DP ou 2)
- le contrat tarifaire PS auquel il a adhéré (OPTAM, OPTAM-CO ou pas de contrat)
- la spécialité du PS



Pour rappel, le secteur conventionnel du PS est contenu dans sa CPS et le contrat tarifaire PS est paramétré sur le poste.

Contexte BS

Le contexte BS (bénéficiaire des soins) dépend de la situation particulière du bénéficiaire à la date d'exécution de la prestation.

Données diversifiées

Les données diversifiées de la base CCAM sont :

- Champ 37 : Prix Unitaire de base (PU)
- TB02 : Coefficient des codes "association non prévue"
- TB03 : Association « Règle tarifaire » et « Coefficient »
- TB11 : Valorisation des modificateurs

2 Acquisition des données Prestation

2.1 Données CCAM à saisir

2.1.1 Présentation générale

① Recherche	Recherche			
	Recherche du code acte CCAM <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vérification de l'obligation du codage CCAM pour une lettre clé NGAP donnée ▪ Recherche (par mot clé ou par filtre) 	CC6		
② Saisie et contrôle des données de la prestation CCAM	Saisie et contrôle des données de la prestation CCAM			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Données saisies par le Professionnel de Santé et contrôlées par le progiciel 			
	Données obligatoires	▪ <i>Date d'exécution</i>	CC16	Pour chaque prestation CCAM
		▪ <i>Code de l'acte</i>	CC8; RC7; RC8	
		▪ <i>Code activité</i>	RC1; RC5; RC9	
	Données facultatives	▪ <i>Code phase</i>	RC2; RC13	
		▪ <i>Modificateur</i>	CC9; RC3; RC4; RC11; RC12	
		▪ <i>Remboursement exceptionnel</i>	CC11	
		▪ <i>N° de dent</i>	RC14; CC5	
		▪ <i>Supplément de charge en cabinet</i>	CC14	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Données renseignées automatiquement par le progiciel 				
	▪ <i>Code regroupement</i>	CC7; CC12		
	▪ <i>Modificateurs OC</i>	CC13		

③ Contrôle et finalisation de l'ensemble de la facture	Contrôle et finalisation de l'ensemble de la facture		
	A- Contrôle de l'ensemble de la facture <i>Compatibilité et association</i>	CC3; RC6; RC15; RC17; RC18; RC19	Pour l'ensemble de la FACTURE
	B- Renseignement du code association	CC1	Pour chaque prestation CCAM

Ce schéma décrit de façon détaillée l'enchaînement de l'ensemble des règles spécifiques aux prestations CCAM pour la phase d'acquisition des données prestation, et ce indépendamment de l'imbrication de prestations NGAP dans la facture.

Cet enchaînement s'appuie :

1. d'une part pour chaque prestation sur une première étape de recherche du code acte CCAM,
2. puis, pour chaque prestation, sur une deuxième étape de saisie et le contrôle des données de la prestation.

Pour cette deuxième étape, la chronologie de mise en œuvre dépend uniquement de l'ordre dans lequel sont saisies par le Professionnel de Santé les données relatives à la prestation. Dès qu'une donnée est saisie, les contrôles qui s'y rapportent peuvent être effectués. La présentation des règles de contrôle dans le schéma ci-avant en regard des données qu'elles requièrent, constitue donc une proposition de chronologie sans caractère obligatoire.

3. D'autre part sur une troisième étape de contrôle et de finalisation de l'ensemble de la facture, à savoir les compatibilités et les associations d'actes entre eux et le renseignement des codes association.

L'enchaînement de mise en œuvre à respecter nécessairement est le suivant :

①② : Pour chaque prestation CCAM : recherche (éventuelle) puis saisie et contrôle des données de la prestation (boucler sur tous les actes).

③-A : Contrôle de l'ensemble de la facture : compatibilités + détermination des associations d'actes.

③-B : pour chaque prestation CCAM gérer le renseignement du code association (saisi par le Professionnel de Santé).

2.1.2

Précisions concernant les données des services SRT

Dans chaque description des services du module SRT sont présentés les groupes de données d'entrée et les groupes de données de sortie.

Ces groupes, spécifiques aux fonctions du module SRT, sont numérotés de 3000 à 3600.

Certaines des données qui constituent ces groupes sont celles qui figureront dans la facture. C'est pourquoi il est précisé (en regard à droite), pour chacune des données à transmettre dans la facture, le groupe et le champ de la facture dans lequel la donnée est à renseigner.

Données relatives à l'exécutant

Dans le cas où le Professionnel de Santé qui effectue la prestation est différent de celui qui établit la facture, les données relatives à l'exécutant sont celles qui constitueront le groupe 1870. Dans le cas contraire, les données relatives à l'exécutant sont celles qui constitueront le groupe 1120.

Les données concernées sont :

- Le N° d'identification de l'exécutant
- Le code conventionnel de l'exécutant

- Le code spécialité de l'exécutant

Date de référence

La donnée « date de référence » utilisée en entrée des services SRT représente la date à laquelle le progiciel met en œuvre le service SRT en question. Il s'agit donc de la date d'exécution des soins pour l'acte CCAM traité.

Groupes multi-occurents

Le caractère multi-occurent d'un groupe de données en entrée ou en sortie des fonctions SRT est précisé par une lettre (N la plupart du temps) à gauche du n° du groupe.

2.1.3 Recherche du code acte CCAM

La recherche d'actes CCAM peut se faire suivant deux modes :

1. **Recherche par mot-clé.** Le progiciel donne aux SRT un mot-clé. Les SRT retournent les codes de tous les actes qui font référence à ce mot-clé.

Cette fonction s'appuie sur le glossaire de la base CCAM.

2. **Recherche par filtre.** Le progiciel précise les n premiers caractères du code des actes recherchés, et les SRT retournent la liste de tous les actes dont les codes commencent par ces caractères.

Comme, dans la CCAM, les 4 premiers caractères d'un code de l'acte indiquent une topographie, une action, une voie d'abord ou une technique, cette recherche s'apparente à une recherche sur les typologies d'actes.

2.1.3.1 Recherche de codes CCAM par mot-clé

Fonction à
utiliser

SRT_RechercherParMotCle

A partir d'un mot-clé donné, cette fonction retourne au progiciel la liste des codes des actes CCAM qui font référence à ce mot-clé.

On dit qu'un acte fait référence à un mot-clé si ce dernier est présent dans l'un des champs textuels associés à cet acte, à savoir les libellés (court et long), le champ « conditions générales » et les notes.

La recherche peut porter sur les champs suivants :

Champ à examiner	Valeur numérique associée au champ	
• tous les champs,	0	
• les libellés courts,	1	= 2 ⁰
• les libellés longs,	2	= 2 ¹
• les conditions générales,	4	= 2 ²
• les notes de type « à l'exclusion de ...»	8	= 2 ³
• les notes de type « comprend ...»	16	= 2 ⁴
• les notes de type « avec ou sans ...»	32	= 2 ⁵
• les notes de type « par..., on entend ...»	64	= 2 ⁶
• les notes de type « par exemple ...»	128	= 2 ⁷
• les notes de type « coder éventuellement ...»	256	= 2 ⁸
• les notes de type « modificateur implicite ...»	512	= 2 ⁹
• les notes de type « inclut ...»	1024	= 2 ¹⁰
• les notes non structurées.	2048	= 2 ¹¹
• toutes les notes,	4088	= $\Sigma (2^3+2^4+...+2^{11})$

Il convient donc de préciser en donnée d'entrée le ou les champs dans lesquels la recherche doit être effectuée :

Pour cela, le progiciel indique dans le paramètre d'entrée « Cadre de Recherche » la somme des valeurs numériques de chaque champ à examiner.

Par exemple pour rechercher dans toutes les notes, le paramètre doit prendre la valeur $2^3 + \dots + 2^{11} = 4088$.

La valeur 0 permet d'effectuer la recherche dans tous les champs textuels.

Les paramètres en entrée

Mot-Clé

Mot-clé sur lequel doit s'effectuer la recherche.
La chaîne doit être ni vide ni être un pointeur nul.

Cadre de Recherche

Valeur numérique précisant dans quels champs textuels doit s'effectuer la recherche du mot-clé

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
3000	Groupe <i>Liste de codes actes</i>
	Nombre de codes actes
	Code de l'acte n°1
	Code de l'acte n°2
	...
	Code du dernier acte

2.1.3.2 Recherche de codes CCAM par filtre

Fonction à
utiliser

SRT_RechercherParFiltre

Cette fonction retourne au progiciel les codes des actes CCAM dont le code affiné commence par certains caractères. Le progiciel utilise pour cela un filtre qui contient les n premiers caractères des actes recherchés.

Les paramètres
en entrée

Filtre	
	Chaîne de caractère précisant les premiers caractères des codes des actes recherchés. Entre 0 et 4 caractères.

Les paramètres
en sortie

Groupes de sortie	
3000	Groupe <i>Liste de codes actes</i>
	Nombre de codes actes
	Code de l'acte n°1
	Code de l'acte n°2
	...
	Code du dernier acte



Remarque

Si le filtre est vide, les SRT retournent les codes affinis de tous les actes CCAM.

2.1.4 Règles RC et CC

2.1.4.1 RC1 – Code activité

RC1	Contrôle de la compatibilité entre le code acte CCAM et le code activité
------------	--

Règle

Cette règle a pour objet de vérifier que le code acte CCAM et le code activité sont compatibles

Le code activité transmis par le Professionnel de Santé doit exister dans la base CCAM pour le code de l'acte.

La liste des activités autorisées pour un acte donné est contenue dans le champ CCAM-2 de la base CCAM.

Mise en œuvre

Il convient donc au progiciel de consulter dans la base CCAM le champ CCAM-2 associé au code acte CCAM sélectionné.

Pour cela il est nécessaire d'utiliser la fonction de « Consultation des données CCAM » du module SRT.

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (CCAM-2)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur CCAM-2
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupes d'entrée	
3100	Groupe Niveau acte
	Code de l'acte

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
N 3118	Groupe Type Code qualifié
	Code activité
	Libellé du code activité

2.1.4.2 RC2 – Code Phase de traitement

RC2	Contrôle de la compatibilité entre le couple acte / activité et le code phase de traitement
------------	---

Règle

Cette règle a pour objet de vérifier que le couple acte / activité et le code phase de traitement sont compatibles.

Le code phase de traitement transmis par le Professionnel de Santé doit exister dans la base CCAM pour le code de l'acte/code activité.

Le nombre de phases de traitement autorisées pour un acte/activité donné est contenu dans le champ CCAM-4a de la base CCAM.

Renseignement du code phase de la facture (groupe 2100) :

- Quand une seule phase de traitement est autorisée pour le code acte/activité saisi, le code phase de la facture est valorisé à « 0 » (zéro) sur la ligne d'acte.
- Quand plusieurs phases de traitement sont autorisées pour le code acte/activité, le code phase de la facture contient le n° de la phase et est nécessairement différent de la valeur « 0 » (zéro).

Mise en œuvre

Il convient donc au progiciel de consulter dans la base CCAM le champ CCAM-4a associé au code acte/activité sélectionné.

Pour cela il est nécessaire d'utiliser la fonction de « Consultation des données CCAM » du module SRT.

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (CCAM-4a)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur CCAM-4a
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupes d'entrée	
3101	Groupe Niveau activité
	Code de l'acte
	Code activité

Les paramètres en sortie

Groupe de sortie	
3111	Groupe Type Nombre
	Nombre maximum de phases de traitement autorisées

2.1.4.3 RC3 – Code modificateur

RC3	Contrôle de la compatibilité entre le couple acte / activité et le(s) code(s) modificateur(s)
------------	---

Règle

Les actes effectués dans certaines circonstances donnent lieu à une majoration de la valeur de l'acte.

Cette règle a pour objet de vérifier que le couple acte / activité et le(s) code(s) modificateur(s) associé(s) sont compatibles.

Les codes modificateur transmis par le Professionnel de Santé doivent exister dans la base CCAM pour le code de l'acte/activité.

La liste des codes modificateurs autorisés pour un acte/activité donné est contenue dans le champ CCAM-6 de la base CCAM.



Remarque

Cette règle est à appliquer autant de fois que de modificateurs saisis par le Professionnel de Santé pour la prestation.

Mise en œuvre

Il convient au progiciel donc de consulter dans la base CCAM le champ CCAM-6 associé au code acte/activité sélectionné.

Pour cela il est nécessaire d'utiliser la fonction de « Consultation des données CCAM » du module SRT.

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (CCAM-6)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur CCAM-6
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupes d'entrée	
3101	Groupe Niveau activité
	Code de l'acte 2100-2
	Code activité 2100-4

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
N 3118	Groupe Type Code qualifié
	Code modificateur compatible
	Libellé du code modificateur compatible

2.1.4.4 RC4 – Code modificateur et âge

RC4	Contrôle de la compatibilité entre le(s) code(s) modificateur(s) et l'âge du bénéficiaire
------------	---

Règle

Cette règle a pour objet de vérifier que le(s) code(s) modificateur(s) et l'âge du bénéficiaire des soins sont compatibles à la date d'exécution de l'acte.



Remarque

Cette règle est à appliquer autant de fois que de modificateurs saisis par le Professionnel de Santé pour la prestation.

Mise en œuvre

Le progiciel doit utiliser le service C-Age-1 de la fonction ContrôlerDonnees du module SRT.

Fonction à utiliser

SRT_ContrôlerDonnees (C-Age-1)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur C-Age-1
Date de référence	
	Date de référence à laquelle on applique la règle de contrôle 1610-2
Groupes d'entrée	
3210	Groupe Paramètres du service C-Age-1
	Date de naissance du bénéficiaire 1130-4
	Code modificateur 2100-6
	ou 2100-7
	ou 2100-8
	ou 2100-9

Les paramètres en sortie

Résultat de la règle de contrôle OK ou KO

2.1.4.5 RC5 – Spécialité de l'exécutant

RC5	Compatibilité du couple acte / activité avec la classe de spécialité du Professionnel de Santé exécutant
------------	--

Règle

Un acte/activité ne peut être exécuté que par certaines classes de spécialité de Professionnel de Santé exécutant.

Cette règle a pour objet de vérifier que la classe de spécialité du Professionnel de Santé exécutant et le code acte / activité sont compatibles.

Mise en œuvre

Le progiciel doit utiliser le service C-Executant de la fonction ControlerDonnees du module SRT.

Fonction à utiliser

SRT_ControlerDonnees (C-Executant)

Les paramètres en entrée

Identifiant		
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur C-Executant	
Date de référence		
	Date de référence à laquelle on applique la règle de contrôle : date d'exécution des soins	
Groupes d'entrée		
3220	Groupe Paramètres du service C-Executant	
	Code spécialité de l'exécutant	1870-4 ou sinon 1120-6
	Code de l'acte	2100-2
	Code activité	2100-4

Les paramètres en sortie

Résultat de la règle de contrôle OK ou KO

2.1.4.6 RC6 – Frais de déplacement

RC6	Compatibilité des frais de déplacement avec le code acte CCAM de rattachement
------------	---

Règle

Cette règle a pour objet de vérifier la compatibilité des frais de déplacement avec l'acte CCAM auquel ils se rapportent.

Un déplacement est une prestation de groupe fonctionnel « Id. FD » ou « Id.K » (cf. Annexe2-Table1).

Par ailleurs, il est nécessaire que l'acte CCAM auquel ils se rapportent soit effectué à la même date d'exécution et par le même exécutant.

Il existe 2 types de frais de déplacement :

- les déplacements forfaitaires ou Indemnités de déplacement (ID),
- les déplacements kilométriques ou Indemnités kilométriques (IK).

Certains actes CCAM interdisent tout type de frais de déplacement, d'autres autorisent les ID seulement, d'autres les IK seulement. Enfin certains actes CCAM autorisent les ID et les IK

A tout acte CCAM correspond un code « frais de déplacement » précisant le type de frais de déplacement autorisés avec cet acte.

Le code frais de déplacement pour un acte donné est contenu dans le champ CCAM-41 de la base CCAM.

Mise en œuvre

En cas de frais de déplacement rattachés à un acte CCAM, le progiciel doit vérifier que l'acte CCAM en question autorise les frais de déplacement en question.

Il convient donc au progiciel de consulter dans la base CCAM le champ CCAM-41 associé au code acte CCAM sélectionné.

Pour cela il est nécessaire d'utiliser la fonction de « Consultation des données CCAM » du module SRT.

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (CCAM-41)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur CCAM-41
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupe d'entrée	
3100	Groupe Niveau acte
	Code de l'acte

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
3118	Groupe Type Code qualifié
	Code frais de déplacement
	Libellé du Code frais de déplacement



Remarques

Le code « frais de déplacement » prend l'une des valeurs suivantes :

- A : Autorise les frais de déplacement (indemnités kilométriques et/ou indemnités de déplacement)
- B : Autorise les indemnités de déplacement uniquement
- C : Autorise les indemnités kilométriques uniquement
- N : Interdit les frais de déplacement

2.1.4.7 RC7 – Entente préalable

RC7	Contrôle de la nécessité d'une entente préalable pour un code acte CCAM
------------	---

Règle

Cette règle a pour objet de vérifier si un acte est soumis à entente préalable.

Dans l'affirmative, le code accord préalable transmis doit être valorisé à « Pas de réponse de la caisse », « Avis favorable » ou « Urgence ».



Remarque : en nature d'assurance SMG, le code accord ne peut prendre la valeur « pas de réponse de la caisse »

Le top entente préalable d'un acte donné est contenu dans le champ CCAM-24 de la base CCAM.

Mise en œuvre

Le progiciel doit consulter dans la base CCAM le champ CCAM-24 associé à un acte donné.

Pour cela il est nécessaire d'utiliser la fonction de « Consultation des données CCAM » du module SRT

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (CCAM-24)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur CCAM-24
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupe d'entrée	
3100	Groupe Niveau acte
	Code de l'acte

Les paramètres en sortie

Groupe de sortie	
3116	Groupe Type Booléen
	Top nécessité d'une entente préalable
	<ul style="list-style-type: none"> • « O » = acte soumis à entente préalable • « N » = acte non soumis à entente préalable

2.1.4.8 RC8 – Nature d’assurance

RC8	Contrôle de la compatibilité entre le code acte CCAM et la nature d’assurance
------------	---

Règle

Cette règle a pour objet de vérifier la compatibilité du code acte CCAM avec la nature d’assurance.

Mise en œuvre

Le progiciel doit utiliser le service C-Assurance de la fonction ControlerDonnees du module SRT.

Fonction à utiliser

SRT_ControlerDonnees (C-Assurance)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur C-Assurance
Date de référence	
	Date de référence à laquelle on applique la règle de contrôle : date d'exécution des soins
Groupe d’entrée	
3230	Groupe Paramètres du service C-Assurance
	Nature d'assurance 15xx
	Code de l'acte 2100-2

Les paramètres en sortie

Résultat de la règle de contrôle OK ou KO

2.1.4.10 RC11 – Code modificateur férié

RC11	Contrôle de la compatibilité de la date d'exécution avec le code modificateur férié
-------------	---

Règle

Le modificateur férié peut être facturé le samedi, le dimanche ou un jour férié (national ou local).

Mise en œuvre

Cette règle ne fait pas l'objet d'un service de contrôle automatique du module SRT et doit être implémentée par le progiciel.

Cependant, la liste des jours fériés légaux nationaux ainsi que celle des jours fériés spécifiques à certaines caisses sont référencées dans le champ TB08-1 de la base CCAM.

Le progiciel, en plus du contrôle des samedis et des dimanches, doit donc consulter la base CCAM afin de savoir si la date d'exécution est un jour férié national ou spécifique à la caisse de rattachement du Professionnel de Santé.

Pour cela il est nécessaire d'utiliser la fonction de « Consultation des données CCAM » du module SRT.

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (TB08-1)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur TB08-1
Date de référence	
	Date à examiner
Groupes d'entrée	
3120	Groupe <i>Numéro de caisse</i>
	N° de caisse de rattachement de l'exécutant

Les paramètres en sortie

Groupe de sortie	
3116	Groupe <i>Type Booléen</i>
	Top jour férié : <ul style="list-style-type: none"> • « O » = jour férié • « N » = jour non férié

2.1.4.11 RC12 – Codes modificateurs entre eux

RC12	Contrôle de la compatibilité entre codes modificateurs
-------------	--

Règle

Cette règle a pour objet de vérifier que les codes modificateurs retenus par l'exécutant pour un acte/activité/phase sont compatibles entre eux, à la date d'exécution.

Certains codes modificateurs ne sont pas compatibles entre eux et ne peuvent donc être associés simultanément dans une même ligne d'acte CCAM (groupe 2100).

La liste des codes modificateurs compatibles entre eux est contenue dans la base CCAM.



Remarque

Cette règle est à appliquer autant de fois que de modificateurs saisis par le Professionnel de Santé pour la prestation.

Mise en œuvre

Le progiciel doit consulter dans la base CCAM le champ TB09-1 pour une date donnée.

Pour cela il est nécessaire d'utiliser la fonction de « Consultation des données CCAM » du module SRT.

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (TB09-1)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur TB09-1
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupes d'entrée	
2 3121	Groupe <i>Modificateur</i>
	Code modificateur

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
3116	Groupe <i>Type Booléen</i>
	Top modificateur compatible
	<ul style="list-style-type: none">• « O » = les deux modificateurs sont compatibles entre eux• « N » = les deux modificateurs sont incompatibles entre eux

2.1.4.12 RC13 – Age du bénéficiaire

RC13	Compatibilité des actes dentaires avec l'âge du bénéficiaire
-------------	--

Règle

Cette règle a pour objet d'assurer la compatibilité entre l'âge du bénéficiaire et l'acte / activité / phase. Cette règle s'applique aux actes dentaires.

Mise en œuvre

Le progiciel doit utiliser le service C-Age-2 de la fonction ContrôlerDonnees du module SRT.



Remarque

Le progiciel est tenu d'utiliser le service SRT proposé quel que soit l'acte CCAM saisi.

Le service SRT inclut la vérification du type de l'acte à contrôler (acte dentaire ou non).

En présence de mois lunaire, la date de naissance est ramenée au 01/01 de l'année de naissance.

Fonction à utiliser

SRT_ContrôlerDonnees (C-Age-2)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur C-Age-2
Date de référence	
	Date de référence à laquelle on applique la règle de contrôle : date d'exécution des soins
Groupes d'entrée	
3250	Groupe Paramètres du service C-Age-2
	Date de naissance du bénéficiaire 1130-4
	Code de l'acte 2100-2
	Code activité 2100-4
	Code phase de traitement 2100-5

Les paramètres en sortie

Résultat de la règle de contrôle OK ou KO

2.1.4.13 RC14 - N°de dents

RC14	Contrôle de la compatibilité code de l'acte / numéro de dent
-------------	--

Règle

Lorsque l'acte / activité est un acte dentaire et que le nombre minimum de dents à traiter est différent de 0 pour l'acte / activité / phase, il est nécessaire de vérifier la cohérence entre les numéros de dents saisis par le Professionnel de Santé et les numéros de dents incompatibles précisés dans la base.

Si l'acte n'est pas un acte dentaire, tout numéro de dent sera déclaré en sortie comme incompatible.

Cette règle est automatisée par le service C-Dent.

Mise en œuvre

Le progiciel doit utiliser le service C-Dent de la fonction AppliquerRegle du module SRT.



Remarque

Le progiciel est tenu d'utiliser le service SRT proposé quel que soit l'acte CCAM saisi.

Le service SRT inclut la vérification du type de l'acte à contrôler (acte dentaire ou non).

Fonction à utiliser

SRT_AppliquerRegle (C-Dent)

Cette fonctionnalité vérifie pour un numéro de dent donné sa compatibilité (conformément à la règle RC14 à respecter) avec l'acte/activité/phase donné.

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur C-Dent
Groupes d'entrée	
3300	Groupe <i>Ligne d'acte CCAM pour le service C-Dent</i>
	N° de la prestation 1610-1
	Date d'exécution 1610-2
	Code de l'acte 2100-2
	Code activité 2100-4
	Code phase de traitement 2100-5
2200	Groupe <i>Liste des dents traitées (acte CCAM)</i>
	N° de la prestation (de rattachement) 1610-1
	N° de la dent n° 1 2200-2
	N° de la dent n° 2 2200-3

	...	
	N° de la dent n° 16	2200-17

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie		
3301	Groupe Compatibilités Dents	
	N° de la prestation	1610-1
	Top compatibilité de la dent n°1	
	Top compatibilité de la dent n°2	
	...	
	Top compatibilité de la dent n°16	



Remarques

Les champs « N° de dent n° 2 » à « N° de dent n° 16 » sont facultatifs en entrée.

Un top compatibilité est renseigné en sortie si un n° de dent correspondant a été renseigné en entrée.

Un top compatibilité, si renseigné, prend l'une des 2 valeurs suivantes :

- « O » = numéro de dent compatible
- « N » = numéro de dent incompatible

2.1.4.14 RC15-RC17 - Compatibilité des Associations d'actes : règles

RC15	Contrôle lié aux codes actes CCAM appartenant à une même procédure
RC17	Contrôle de la compatibilité médicale entre codes actes CCAM

Règle

Les actes d'une association ne peuvent appartenir à la même procédure, que s'ils appartiennent à la catégorie médicale de codes « organes multiples ».

Dans ce cas là, il s'agit d'une association non prévue. Le code association doit donc être renseigné pour chaque acte de l'association.

De plus, dans une même facture à une même date d'exécution tous les actes doivent être compatibles entre eux.

Ces deux règles sont automatisées par le service C-Compatibilité.



Remarque

Ces règles sont de niveau facture.

Mise en œuvre

Le progiciel doit utiliser le service C- Compatibilité de la fonction AppliquerRegle du module SRT.

Fonction à utiliser

SRT_AppliquerRegle (C-Compatibilité)

Cette fonctionnalité permet de vérifier la compatibilité de plusieurs codes acte entre eux. Cette fonctionnalité retourne pour chaque acte un diagnostic :

Cas sans erreur :

- l'acte est compatible avec les autres actes ;
- l'acte appartient à la même procédure P que l'acte X; le Professionnel de Santé peut cependant les associer en renseignant le code « association non prévue » (cas des actes sur les organes multiples) ;

Cas avec erreur :

- l'acte est incompatible médicalement avec l'acte X ; le Professionnel de Santé ne peut pas les associer ;
- l'acte appartient à la même procédure P que l'acte X ; le Professionnel de Santé ne peut pas les associer.

S'il y a plusieurs erreurs sur un acte, les SRT ne retournent que la première erreur trouvée.

Si le Professionnel de Santé a outrepassé la règle suivante :

- CC8 (forçage du code de l'acte),

les SRT ne contrôlent pas la compatibilité de l'acte forcé, ni des actes effectués à la même date.

Le progiciel indique, en données d'entrée de la fonction, pour chaque ligne d'acte de la facture, la référence de chaque règle forcée (groupe 3530).

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur C-Compatibilité
Groupes d'entrée	
N 3310	Groupe <i>Ligne d'acte CCAM pour les services C-Compatibilité et C-Association</i>
	N° de la prestation 1610-1
	Date d'exécution 1610-2
	Code de l'acte 2100-2
	Code activité 2100-4
	N° d'identification de l'exécutant 1870-2 ou sinon 1120-1
	Clé du n° d'identification de l'exécutant 1870-3 ou sinon 1120-2
R 3530	Groupe <i>Règle outrepassée</i>
	N° de la prestation (de rattachement) 1610-1
	Référence de la règle outrepassée

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
M 3311	Groupe <i>Compatibilité acte</i>
	N° de la prestation 1610-1
	Top compatibilité acte CCAM 'O' = acte compatible avec tous les autres actes 'N' = acte incompatible avec un autre acte
	Code diagnostic compatibilité '1' = acte compatible '2' = acte appartenant à la même procédure qu'un autre, mais pouvant être associé '3' = acte appartenant à la même procédure qu'un autre et ne pouvant donc pas être associé '4' = acte incompatible médicalement avec un autre
	Libellé diagnostic compatibilité <ul style="list-style-type: none"> « L'acte X est compatible avec les autres actes. » « L'acte X appartient à la même procédure P que l'acte Y; ces deux actes peuvent cependant être associés en renseignant le code « association non prévue ». » « L'acte X appartient à la même procédure P que l'acte Y; ces deux actes ne peuvent pas être associés. » « L'acte X est incompatible médicalement avec l'acte Y; ces deux actes ne peuvent pas être associés. »
	Code de l'acte Y incompatible avec l'acte courant (le cas échéant)
	Code de la procédure P à laquelle appartient l'acte courant (le cas échéant)
P 3531	Groupe <i>Traitement non effectué</i>

	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
--	---------------------------------------	--------



Remarque

$N=M+P$: Pour chacune des N prestations fournies en entrée on retourne soit un groupe 3311 si le traitement a pu être effectué sur la prestation en question, soit un groupe 3531 dans le cas contraire (cas de forçage de données)

2.1.4.15 RC18 - Code modificateur multiple

RC18	Contrôle lié à la présence répétée d'un code modificateur
-------------	---

Règle

Certains codes modificateurs peuvent être utilisés plusieurs fois dans une même facture.

A contrario, certains codes modificateurs ne peuvent être utilisés qu'une seule fois pour un même exécutant et à une même date d'exécution donnée.

Cette règle a pour objet de vérifier que la facturation répétée d'un même code modificateur par un même exécutant à une même date d'exécution pour un même patient est autorisée.

Pour chaque modificateur, la base CCAM contient la fréquence de facturation autorisée (une seule fois ou plusieurs).



Remarques

Cette règle est de niveau facture.

Cette règle est à appliquer autant de fois que de modificateurs saisis par le Professionnel de Santé pour l'ensemble de la facture.

Mise en œuvre

Le progiciel doit consulter dans la base CCAM le champ TB10-2.

Pour cela il est nécessaire d'utiliser la fonction de « Consultation des données CCAM » du module SRT.

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (TB10-2)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur TB10-2
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ.
Groupe d'entrée	
3121	Groupe <i>Modificateur</i>
	Code modificateur

Les paramètres en sortie

Groupe de sortie	
3116	Groupe <i>Type Booléen</i>

	<p>Top présence multiple :</p> <ul style="list-style-type: none">• « O » = le modificateur peut être utilisé plusieurs fois• « N » = le modificateur ne peut pas être utilisé plusieurs fois
--	---

2.1.4.16 RC19 – Code forfait CMU-C

RC19	Compatibilité d'un forfait CMU-C avec un acte CCAM
-------------	--

Règle

Cette règle a pour objet d'assurer la compatibilité entre une prestation de type forfait CMU-C et le code de l'acte CCAM de la prestation support à laquelle le forfait CMU-C se rapporte.

Mise en œuvre

Le progiciel doit utiliser le service C-ForfaitCMU de la fonction ControlerDonnees du module SRT.

Fonction à utiliser

SRT_ControlerDonnees (C-ForfaitCMU)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur C-ForfaitCMU
Date de référence	
	Date de référence à laquelle on applique la règle de contrôle : date d'exécution du forfait CMU et de l'acte CCAM support.
Groupes d'entrée	
3260	Groupe Paramètres du service C-ForfaitCMU
	Code de l'acte 2100-2
	Code forfait CMU-C 1610-4

Les paramètres en sortie

Résultat de la règle de contrôle OK ou KO

2.1.4.17 CC1 - Renseignement du code association

CC1	Renseignement du code association
-----	-----------------------------------

Règle

Pour une association d'actes, le code association doit être transmis pour chaque acte/activité/phase de cette association.

Association non prévue

Pour une association d'actes non prévue, le code association transmis est nécessairement renseigné.

Association prévue

Pour une association d'actes prévue, le code association transmis est nécessairement non renseigné.

Valeur du code association

En première version de la base CCAM, le code association peut prendre les valeurs suivantes :

- 1 = même voie d'abord ou même technique ou même sextant
- 2 = voies d'abord différentes ou techniques différentes ou sextants différents
- 3 = Association de plus de 4 actes (ex : traumatismes multiples,...)
- 4 = Activité d'anesthésie.

Cependant cette liste de valeurs n'est pas exhaustive et peut évoluer en fonction des mises à jour de la base CCAM.

La valeur du code association saisi par le Professionnel de Santé et transmis dans la facture pour chaque acte d'une association non prévue doit être connue dans la base CCAM à la date d'exécution de l'acte et pour le contexte tarifaire de la prestation.



Le contexte tarifaire de la prestation est constitué du contexte tarifaire PS et du contexte tarifaire BS.

Mise en œuvre

Pour connaître toutes les associations que contient la facture et savoir si ce sont des associations prévues ou non prévues et de type dentaire ou non, le progiciel doit utiliser le service C-Association de la fonction AppliquerRegle du module SRT.

Pour connaître la liste des valeurs de codes association utilisables à une date donnée et pour un contexte tarifaire donné, le progiciel doit consulter dans la base CCAM le champ TB02-2.

Pour cela il est nécessaire d'utiliser la fonction de « Consultation des données CCAM » du module SRT.



Remarque

Si la facture contient des actes réalisés à des dates différentes, plusieurs consultations sont à effectuer.

Fonction à utiliser

SRT_AppliquerRegle (C-Association)

Cette fonctionnalité a pour objet de déterminer parmi l'ensemble des actes fournis en entrée toutes les associations d'actes et pour chaque association d'identifier s'il d'agit d'une association prévue ou non prévue. En fonction de quoi le code association non prévu de chaque acte/activité/phase devra être renseigné conformément à la règle CC1.

Si le Professionnel de Santé a outrepassé une au moins des règles suivantes :

- CC8 (forçage du code de l'acte),
- RC1 (forçage du code activité),

les SRT ne contrôlent pas le type d'association pour l'acte forcé, ni pour les actes associés.

Le progiciel indique, en données d'entrée de la fonction, pour chaque ligne d'acte de la facture, la référence de chaque règle forcée (groupe 3530).



Remarque

Ce service doit être appelé **après** le service C-Compatibilité qui s'assurera auparavant que les actes sont bien compatibles entre eux.

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur C-Association
Groupes d'entrée	
N 3310	Groupe <i>Ligne d'acte CCAM pour les services C-Compatibilité et C-Association</i>
	N° de la prestation 1610-1
	Date d'exécution 1610-2
	Code de l'acte 2100-2
	Code activité 2100-4
	N° d'identification de l'exécutant 1870-2 ou sinon 1120-1
	Clé du n° d'identification de l'exécutant 1870-3 ou sinon 1120-2
R 3530	Groupe <i>Règle outrepassée</i>
	N° de la prestation (de rattachement) 1610-1
	Référence de la règle outrepassée

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
M 3321	Groupe <i>Association</i>
	N° de la prestation 1610-1
	N° de l'association à laquelle appartient la prestation

	Type d'association : «P»: association prévue «N»: association non prévue «D»: association prévue de type dentaire «E»: association non prévue de type dentaire
P 3531	Groupe <i>Traitement non effectué</i>
	N° de la prestation (de rattachement) 1610-1



Remarque

N=M+P : Pour chacune des N prestations fournies en entrée on retourne soit un groupe 3311 si le traitement a pu être effectué sur la prestation en question, soit un groupe 3531 dans le cas contraire (cas de forçage de données)

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (TB02-2)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur TB02-2
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupe d'entrée	
3103	Groupe <i>Contexte tarifaire</i>
	Contexte tarifaire PS
	Contexte tarifaire BS

Les paramètres en sortie

Groupe de sortie	
N 3118	Groupe <i>Type Code qualifié</i>
	Valeur du code association applicable
	Libellé du code association applicable

2.1.4.18 CC3 - Utilisation d'un acte complémentaire

CC3	Utilisation d'un acte complémentaire
------------	--------------------------------------

Règle

Un acte de type complémentaire ne peut être facturé isolément. Il est obligatoirement accompagné dans la même facture d'un acte isolé ou d'un acte de type procédure facturé à la même date d'exécution.

Le type d'un acte CCAM est contenu dans le champ CCAM-9 de la base CCAM



Remarque

Cette règle est de niveau facture.

Mise en œuvre

Le progiciel doit consulter dans la base CCAM le champ CCAM-9.

Pour cela il est nécessaire d'utiliser la fonction de « Consultation des données CCAM » du module SRT.

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (CCAM-9)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur CCAM-9
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupes d'entrée	
3100	Groupe Niveau acte
	Code de l'acte

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
3118	Groupe Type Code qualifié
	Type du code de l'acte
	Libellé du type de code



Remarques

Le type de code peut prendre les valeurs suivantes :

- 0 : acte isolé
- 1 : procédure
- 2 : acte complémentaire

2.1.4.19 CC5 - Renseignement des numéros de dents

CC5	Renseignement des n° de dents
------------	-------------------------------

Règle

Pour tout code acte/activité, les n° de dents sont à renseigner en fonction d'un nombre minimum de dents à traiter associé à l'acte/activité/phase dans la base CCAM.

Il faut renseigner dans la facture au moins autant de n° de dents que le nombre minimum de dents à traiter associé à l'acte/activité/phase.



Cas particulier :

- si le nombre minimum de dents à traiter est égal à zéro ou non renseigné, les numéros de dents transmis dans la facture sont non significatifs.

Pour un acte/activité donné, le « nombre de dents à traiter » est contenu dans le champ CCAM-43a de la base CCAM.

Mise en œuvre

Le progiciel doit consulter dans la base CCAM le champ CCAM-43a.

Pour cela il est nécessaire d'utiliser la fonction de « Consultation des données CCAM » du module SRT.



Remarque

Le progiciel est tenu d'utiliser le service SRT proposé quel que soit l'acte CCAM saisi.

Le service SRT fournit en donnée de sortie un top « acte dentaire ou non » pour l'acte traité.

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (CCAM-43a)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur CCAM-43a
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupe d'entrée	
3102	Groupe Niveau Phase
	Code de l'acte
	Code activité
	Code phase de traitement

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
3116	Groupe <i>Type Booléen</i>
	Top acte dentaire : <ul style="list-style-type: none">• « O » = acte dentaire• « N » = acte non dentaire
3111	Groupe <i>Type Nombre</i>
	Nombre minimum de dents à traiter



Remarque

Le second groupe de sortie 3111 est fourni uniquement dans le cas d'un acte dentaire.

2.1.4.20 CC6 - Obligation du codage CCAM

CC6	Obligation du codage CCAM
------------	---------------------------

Règle

Le codage CCAM rend obsolète certaines lettres clé NGAP à partir d'une date de clôture propre à chaque lettre et pouvant varier en fonction de la spécialité du Professionnel de Santé.

Cette règle est automatisée par le service C-Ccam de la fonction « ControlerDonnees » du module SRT.

Mise en œuvre

Pour chaque lettre clé NGAP saisie par le Professionnel de Santé, le progiciel doit vérifier si elle n'est pas close à la date d'exécution des soins.

Si tel est le cas, la prestation NGAP ne peut être facturée, et il convient au progiciel d'avertir le Professionnel de Santé et de lui proposer le basculement en mode de saisie CCAM si ce basculement n'a pas encore été opéré.

Le progiciel doit utiliser le service C-Ccam de la fonction ControlerDonnees du module SRT.

Fonction à utiliser

SRT_ControlerDonnees (C-Ccam)

Cette fonctionnalité a pour objet de déterminer si une lettre clé NGAP doit être remplacée par un codage CCAM ou non à la date d'exécution des soins et en fonction de la spécialité du Professionnel de Santé.

Cette fonction retourne une erreur si le code prestation fourni en entrée est un code regroupement CCAM.

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur C-Ccam
Date de référence	
	Date de référence à laquelle la règle est appliquée : date d'exécution de la prestation 1610-2
Groupes d'entrée	
3200	Groupe Paramètres du service C-Ccam
	Code spécialité de l'exécutant 1870-4 ou sinon 1120-6
	Code prestation 1610-4

Les paramètres en sortie

Résultat de la règle de contrôle : OK ou KO

- OK = le code prestation NGAP est utilisable
- KO = le code prestation NGAP doit être remplacé par un codage CCAM

2.1.4.21 CC7 - Code Regroupement

CC7	Renseignement du code regroupement
------------	------------------------------------

Règle

Le code prestation est renseigné avec le code regroupement associé à l'acte/activité saisi par le Professionnel de Santé.

Le code regroupement associé à tout acte/activité constitue le champ CCAM-42 de la base CCAM.

Mise en œuvre

Le progiciel doit consulter dans la base CCAM le champ CCAM-42 et renseigner automatiquement le champ code prestation du groupe prestation de rattachement (groupe 1610) de l'acte CCAM.

Pour cela il est nécessaire d'utiliser la fonction de « Consultation des données CCAM » du module SRT.

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (CCAM-42)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur CCAM-42
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupe d'entrée	
3101	Groupe Niveau activité
	Code de l'acte
	Code activité

Les paramètres en sortie

Groupe de sortie	
3118	Groupe Type Code qualifié
	Code regroupement
	Libellé du Code regroupement
3130	Groupe Date modification
	Date d'effet de la modification par le Professionnel de Santé du code regroupement dans le référentiel électronique



Remarque

Le second groupe de sortie 3130 est fourni uniquement dans le cas où le code regroupement retourné est issu d'une modification effectuée par le Professionnel de Santé et non pas *du référentiel CCAM d'origine*.

2.1.4.22 CC8 - Validité du code acte CCAM

CC8	Validité du code acte CCAM
------------	----------------------------

Règle

Tout code de l'acte CCAM saisi dans la facture est nécessairement issu de la base CCAM de référence et valide à la date d'exécution des soins i.e. :

la date d'exécution des soins doit être supérieure ou égale à la date de création du code connue en base et inférieure ou égale à la date de fin de code si cette dernière est renseignée dans la base CCAM.

La date de création d'un code est contenue dans le champ CCAM-18 de la base CCAM.

La date de fin d'un code est contenue dans le champ CCAM-19 de la base CCAM.

Mise en œuvre

Le progiciel doit consulter dans la base CCAM les champs CCAM-18 et CCAM-19 associés à un acte donné, et contrôler que la date d'exécution des soins respecte la règle ci-dessus.

Pour cela il est nécessaire d'utiliser la fonction de « Consultation des données CCAM » du module SRT.

Fonctions à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (CCAM-18)

SRT_ConsulterDonnee (CCAM-19)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. : Il doit prendre : <ul style="list-style-type: none"> la valeur CCAM-18 pour la recherche de la date de début de validité du code de l'acte donné : ou <ul style="list-style-type: none"> la valeur CCAM-19 pour la recherche de la date de fin de validité du code de l'acte donné :
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupes d'entrée	
3100	Groupe Niveau acte
	Code de l'acte

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
3113	Groupe <i>Type Date</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Date de début de validité du code de l'acte donné ou <ul style="list-style-type: none"> • Date de fin de validité du code de l'acte donné



Remarque

Il se peut que la date de fin de l'acte ne soit pas renseignée dans la base CCAM. Dans ce cas le groupe de sortie 3113 sera non renseigné.

Pour vérifier que le code de l'acte existe dans la base CCAM, le progiciel peut utiliser le service de consultation en utilisant l'identifiant CCAM-1.

Fonction à utiliser

SRT_ConsumerDonnee (CCAM-1)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre : la valeur CCAM-1
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupes d'entrée	
3100	Groupe <i>Niveau acte</i>
	Code de l'acte

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
3116	Groupe <i>Type Booléen</i>
	Top existence : <ul style="list-style-type: none"> « O » = le code existe dans la base CCAM « N » = le code n'existe pas dans la base CCAM



Remarque

Le code de l'acte CCAM renseigné en entrée est considéré existant dans la base CCAM (top existence valorisé à « O ») dès qu'il y est présent, et ce quel que soient ses dates de début et de fin de validité par rapport à la date de référence renseignée en entrée.

2.1.4.23 CC9 - Valeur des modificateurs

CC9	Valeur des modificateurs
------------	--------------------------

Règle

La valeur de chaque modificateur saisi par le Professionnel de Santé et transmis dans la facture doit être connu dans la base CCAM à la date d'exécution de l'acte et pour le contexte tarifaire de la prestation.



Remarques

- Cette règle est à appliquer autant de fois que de modificateurs saisis par le Professionnel de Santé.
- Le contexte tarifaire de la prestation est constitué du contexte tarifaire PS et du contexte tarifaire BS.

Mise en œuvre

Pour connaître la liste des valeurs de codes modificateurs applicables à une date donnée et pour un contexte tarifaire donné, le progiciel doit consulter dans la base CCAM le champ TB11-3.

Pour cela il est nécessaire d'utiliser la fonction de « Consultation des données CCAM » du module SRT.

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (TB11-3)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur TB11-3
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupe d'entrée	
3103	Groupe <i>Contexte tarifaire</i>
	Contexte tarifaire PS
	Contexte tarifaire BS

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
N 3118	Groupe <i>Type Code qualifié</i>
	Code modificateur applicable
	Libellé du code modificateur applicable

2.1.4.24 CC9b - Valeur des modificateurs non tarifants

CC9b	Valeur des modificateurs non tarifants
------	--

Règle

Cette règle est identique à la règle CC9. La distinction entre ces 2 références sert uniquement à distinguer les modificateurs non tarifants (CC9b) des modificateurs tarifants (CC9). Cette distinction est nécessaire pour les cas de forçage et également pour les diagnostics du contrôle complet.



Remarque

Cette règle est à appliquer autant de fois que de modificateurs saisis par le Professionnel de Santé.

Mise en œuvre

La mise en œuvre de cette règle est identique à celle appliquée pour la règle CC9.

2.1.4.25 CC11 - Demande de remboursement exceptionnel

CC11	Demande de remboursement exceptionnel
------	---------------------------------------

Règle

Acte non remboursable

Si le code de l'acte n'autorise pas de remboursement à la date d'exécution:

- la base de remboursement et le taux applicable transmis sont valorisés à zéro
- et le qualificatif de la dépense est renseigné à la valeur " N " (non remboursable).

Un code acte n'autorisant pas de remboursement est caractérisé par son champ CCAM-22 de la base CCAM.

Acte remboursable sous condition

Si le code de l'acte autorise un remboursement sous condition à la date d'exécution et que le code remboursement exceptionnel transmis n'est pas renseigné alors il est nécessaire que :

- la base de remboursement et le taux applicable transmis soient valorisés à zéro
- et le qualificatif de la dépense soit renseigné à la valeur " N " (non remboursable).

Si le code remboursement exceptionnel est renseigné à la valeur « O » pour un tel acte il s'agit d'un acte remboursable.

Un code acte autorisant un remboursement sous condition est caractérisé par son champ CCAM-22 de la base CCAM.

Mise en œuvre

Le progiciel doit consulter dans la base CCAM le champ CCAM-22 pour savoir si l'acte CCAM traité est remboursable, non remboursable ou remboursable selon circonstances.

Pour cela il est nécessaire d'utiliser la fonction de « Consultation des données CCAM » du module SRT.

**Fonction à
utiliser**

SRT_ConsulterDonnee (CCAM-22)

**Les paramètres
en entrée**

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur CCAM-22
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupe d'entrée	
3100	Groupe Niveau acte
	Code de l'acte

**Les paramètres
en sortie**

Groupe de sortie	
3118	Groupe Type Code qualifié
	Code valeur de l'admission au remboursement 1 : acte remboursable 2 : acte non remboursable 3 : acte remboursable sous condition Libellé du code valeur de l'admission au remboursement

2.1.4.26 CC12 - Présence d'un acte CCAM avec un code regroupement

CC12	Présence d'un acte CCAM avec un code regroupement
-------------	---

Règle

Pour une nature de prestation (1610-4) renseignée avec un code regroupement, il est nécessaire que les données CCAM associées soient jointes dans la facture.

Mise en œuvre

Le progiciel doit assurer que tout groupe prestation (1610) contenant un code regroupement soit complété d'un groupe 2100 renseigné.

2.1.4.27 CC13 - Modificateurs pour les Organismes Complémentaires

CC13	Renseignement des modificateurs pour les Organismes Complémentaires
-------------	---

Règle

Pour un acte/activité/phase (groupe 2100) est prévu au maximum 4 modificateurs à destination exclusive de l'AMO (champs 2100-6 à 2100-9) et désignés modificateurs AMO dans le présent paragraphe.

Il convient également de renseigner des modificateurs spécifiques destinés aux organismes gérant la part complémentaire. Ces modificateurs, dénommés modificateurs AMC, sont prévus dans le champ 2100-13 de la facture.

Parmi les 4 modificateurs AMO, les N premiers sont à convertir et à transmettre aux organismes gérant la part complémentaires.

Mise en œuvre

Le progiciel doit, en premier lieu, rechercher dans le champ TB15-2 de la base CCAM la valeur N de modificateurs AMO à convertir en modificateurs AMC.

Pour cela, il est nécessaire d'utiliser la fonction de « Consultation des données CCAM » du module SRT

Ensuite le progiciel doit rechercher pour chacun des N premiers modificateurs AMO sa valeur de modificateur AMC correspondante.

Pour chaque modificateur AMO, la base CCAM contient un code modificateur AMC correspondant.

Le progiciel doit donc consulter le champ TB15-1 pour chacun des N premiers modificateurs AMO à convertir.

Pour cela il est nécessaire d'utiliser la fonction de « Consultation des données CCAM » du module SRT.



Remarque

Une consultation du champ TB15-1 est nécessaire pour chacun des N modificateurs AMO à convertir en modificateur AMC.

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (TB15-2)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur TB15-2
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ

Les paramètres en sortie

Groupe de sortie	
3111	Groupe <i>Type Nombre</i>
	Nombre de modificateurs AMC transmissibles

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (TB15-1)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur TB15-1
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupe d'entrée	
3121	Groupe <i>Modificateur</i>
	Code modificateur

Les paramètres en sortie

Groupe de sortie	
3110	Groupe <i>Type Code</i>
	Code modificateur AMC

2.1.4.28 CC14 - Demande de supplément de charge en cabinet

CC14	Demande de supplément de charge en cabinet
-------------	--

Règle

Pour certains actes, un supplément de charges est prévu pour le cas où ils seraient effectués en " Cabinet ".

Dans ce cas il est nécessaire de renseigner le code « supplément de charges » de la facture à la valeur « C ».

Par ailleurs, un acte est considéré effectué en cabinet si le code « lieu d'exécution » transmis est valorisé à zéro et que le champ « lieu d'exécution de l'acte n'est pas renseigné ».

Mise en œuvre

Le code lieu d'exécution est le champ 1610-3.

Le code supplément de charge est le champ 2100-12.

L'identifiant du lieu d'exécution de l'acte est le champ 1880-2.

2.1.4.29 CC15 - Compatibilité entre le taux et le justificatif d'exonération du ticket modérateur

Cf. 3.2.1.1 Compatibilité entre taux et justificatif d'exonération

2.1.4.30 CC16 - Compatibilité entre date de naissance et date des soins

CC16	Contrôle de la compatibilité la date de naissance et la date des soins
-------------	--

Règle

La date de naissance du bénéficiaire des soins est nécessairement antérieure à la date des soins.



Remarque

En présence de mois lunaire, la date de naissance est ramenée au 01/01 de l'année de naissance.

3 Tarification AMO

3.1 Détermination des montants

3.1.1 Hors CCAM

Voir Annexe 2

3.1.2 Spécificités CCAM

3.1.2.1 Cinématique générale

④ Tarification

Tarification de la facture		
Détermination du PU - <i>Pour chaque ligne d'acte</i>	BC1	Pour l'ensemble de la FACTURE
Détermination de la BR - <i>Pour chaque ligne d'acte</i>	BC99	Pour l'ensemble de la FACTURE

3.1.2.2 BC1 : Prix Unitaire

BC1	Calcul du Prix Unitaire
------------	-------------------------

Règle

Le PU à utiliser pour la tarification de l'acte est obtenu par la règle BC1 mise en œuvre par le service d'identifiant C-Pu au niveau du module SRT.

Cette règle est automatisée par le service C-Pu.

Mise en œuvre

Le progiciel doit utiliser le service C-Pu de la fonction AppliquerRegle du module SRT.

Fonction à utiliser

SRT_AppliquerRegle (C-Pu)

Cette fonctionnalité a pour objet de calculer le prix unitaire de chaque ligne d'acte (acte/activité/phase) de la facture.

Si le Professionnel de Santé a outrepassé une au moins des règles suivantes :

- CC8 (forçage du code de l'acte),
- RC1 (forçage du code activité),
- RC2 (forçage du code phase),

les SRT ne calculent pas le prix unitaire de l'acte forcé.

Le progiciel indique, en données d'entrée de la fonction, pour chaque ligne d'acte de la facture, la référence de chaque règle forcée (groupe 3530).

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur C-Pu
Groupes d'entrée	
3400	Groupe Informations PS
	Code conventionnel 1870-7 ou sinon 1120-5
	N° de caisse de rattachement de l'exécutant
N 3470	Groupe Ligne d'acte Contexte tarifaire
	N° de la prestation 1610-1
	Contexte tarifaire PS
	Contexte tarifaire BS
N 3410	Groupe Ligne d'acte CCAM pour le service C-Pu
	N° de la prestation 1610-1
	Date d'exécution 1610-2
	Code de l'acte 2100-2
	Code activité 2100-4

	Code phase de traitement	2100-5
R 3530	Groupe Règle outrepassée	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Référence de la règle outrepassée	

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie		
M 3411	Groupe Prix Unitaire	
	N° de la prestation	1610-1
	Prix unitaire	1610-11
P 3531	Groupe Traitement non effectué	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1

N=M+P : Pour chacune des N prestations fournies en entrée on retourne soit un groupe 3411 si le traitement a pu être effectué sur la prestation en question, soit un groupe 3531 dans le cas contraire (cas de forçage de données)

3.1.2.3 BC99 : Base de Remboursement

BC99	Calcul de la Base de Remboursement
-------------	------------------------------------

Règle

La Base de Remboursement à utiliser pour la tarification de l'acte est obtenu par la règle BC99.

Cette règle est automatisée par le service C-Base.

Mise en œuvre

Le progiciel doit utiliser le service C-Base de la fonction AppliquerRegle du module SRT.

Fonction à utiliser

SRT_AppliquerRegle (C-Base)

Cette fonctionnalité a pour objet de calculer la base de remboursement de chaque ligne d'actes de la facture (acte/activité/phase).

Si le Professionnel de Santé a outrepassé une au moins des règles suivantes :

- CC8 (forçage du code de l'acte),
- RC1 (forçage du code activité),
- RC2 (forçage du code phase),
- CC9 (forçage d'un code modificateur),
- CC1 (forçage du code association),

les SRT ne calculent pas la base de remboursement de l'acte forcé, ni des actes associés.

Le progiciel indique, en données d'entrée de la fonction, pour chaque ligne d'acte de la facture, la référence de chaque règle forcée (groupe 3530).

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur C-Base
Groupes d'entrée	
3400	Groupe Informations PS
	Code conventionnel 1870-7 ou sinon 1120-5
	N° de caisse de rattachement de l'exécutant
N 3420	Groupe Ligne d'acte CCAM pour le service C-Base
	N° de la prestation 1610-1
	Date d'exécution 1610-2
	Lieu d'exécution 1610-3
	Identifiant lieu d'exercice 1880-2
	Code de l'acte 2100-2

	Code activité	2100-4
	Code phase de traitement	2100-5
	Code modificateur 1	2100-6
	Code modificateur 2	2100-7
	Code modificateur 3	2100-8
	Code modificateur 4	2100-9
	Code association	2100-10
	Code remboursement exceptionnel	2100-11
	Supplément de charge	2100-12
	N° d'identification de l'exécutant	1870-2 ou sinon 1120-1
	Clé du n° d'identification de l'exécutant	1870-3 ou sinon 1120-2
N 3411	Groupe Prix Unitaire	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Prix unitaire	1610-11
N 3470	Groupe Ligne d'acte Contexte tarifaire	
	N° de la prestation	1610-1
	Contexte tarifaire PS	
	Contexte tarifaire BS	
R 3530	Groupe Règle outrepassée	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Référence de la règle outrepassée	

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie		
M 3421	Groupe Base remboursement	
	N° de la prestation	1610-1
	Base de remboursement	1610-12
	Base de remboursement hors forfaits	
	Base de remboursement conventionnée AMO	2020-2
P 3531	Groupe Traitement non effectué	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1

N=M+P : Pour chacune des N prestations fournies en entrée on retourne soit un groupe 3421 si le traitement a pu être effectué sur la prestation en question, soit un groupe 3531 dans le cas contraire (cas de forçage de données).



Remarques

En entrée il faut fournir un groupe 3411 pour chaque groupe 3420.

Pour chaque ligne d'acte CCAM, le groupe 3411 attendu en entrée est celui obtenu en sortie du service C-Pu.

3.2 Détermination du taux de remboursement

3.2.1 Règles communes toutes nomenclatures

3.2.1.1 Compatibilité entre taux et justificatif d'exonération

CC15	Compatibilité entre le taux et le justificatif d'exonération du ticket modérateur
-------------	---

Règle

Cette règle précise différentes spécificités pour le renseignement du taux de prise en charge et du code justification d'exonération du ticket modérateur (ou justificatif d'exonération).

1. D'une part, concernant la cohérence entre le justificatif d'exonération et le taux, il convient de respecter ce qui suit :

Le taux de prise en charge est nécessairement de 100% lorsque le justificatif d'exonération est différent de « pas d'exonération » et « FSV ou FSI » et que le code qualificatif de la dépense est différent de "Gratuit" et "Non Remboursable".

Cependant, a contrario, les valeurs de justificatifs d'exonération « pas d'exonération » et « FSV ou FSI » ne sont pas contradictoires avec un taux de prise en charge à 100%.

La vérification de la compatibilité précédemment énoncée est effectuée par le Contrôle Complet CCAM.

Cette cohérence concerne toute prestation de la facture, qu'il s'agisse d'actes CCAM ou d'autres natures de prestation (NGAP...).

2. D'autre part, aucun acte CCAM ne peut être exonéré sous le justificatif d'exonération « Soins en rapport avec un K ou un KC = ou > 50 (NGAP) » (valeur 1), ce libellé étant exclusivement réservé à des actes NGAP.

Mise en œuvre

Cette règle n'est pas automatisée par SRT. Le progiciel doit donc la mettre en œuvre lui-même lors de la constitution de la facture.



Pour les actes CCAM ainsi que leurs frais de déplacements associés, cette règle est mise en œuvre au cours du contrôle complet CCAM et identifiée sous la référence CC15 (en cas de retour de diagnostic).

3.2.2 Hors CCAM

Application de l'annexe 2 du CdC Éditeurs.

3.2.3 Spécificités CCAM

⑤
Exonération

Détermination du taux et du justificatif d'exonération		
Exonération liée à l'acte	←	ACTE
	TC1 : C-ExoPrevention TC2-3 : C-ExoActe	
Exonération liée à la facture	TC5 : C-ExoFacture	Pour l'ensemble de la FACTURE

3.2.3.1 TC1 : C-ExoPrevention

TC1	Détermination du taux de remboursement d'un acte exécuté dans le cadre d'un dispositif de prévention
------------	--

Règle

Certains actes sont dédiés à la prévention, d'autres peuvent relever, sur indication expresse du Professionnel de Santé, d'un dispositif de prévention, d'autres enfin peuvent ne relever d'aucun dispositif de prévention.

Cette règle a pour objet de vérifier le contexte d'utilisation d'un acte CCAM dans le cadre d'un dispositif de prévention et de renseigner le taux de remboursement et le code justificatif d'exonération le cas échéant.

Le contexte d'utilisation d'un acte CCAM dans le cadre d'un dispositif de prévention est contenu dans la base CCAM.

Cette règle est automatisée par le service C-ExoPrevention.

Mise en œuvre

Pour chaque acte CCAM, le progiciel doit utiliser le service C-ExoPrevention de la fonction AppliquerRegle du module SRT.

Fonction à utiliser

SRT_AppliquerRegle (C-ExoPrevention)

Cette fonctionnalité a pour objet de déterminer pour une ligne d'acte de la facture (acte/activité/phase) si l'acte peut ou doit être exonéré dans le cadre d'un dispositif de prévention et renseigne en sortie son taux de remboursement et son code justificatif d'exonération s'il y a lieu.

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur C-ExoPrevention
Groupes d'entrée	
3430	Groupe <i>Ligne d'acte CCAM pour le service C-ExoPrevention</i>
	N° de la prestation 1610-1
	Date d'exécution 1610-2
	Code de l'acte 2100-2
	Top dispositif de prévention <ul style="list-style-type: none"> • 'O' = Soins effectués dans le cadre d'un dispositif de prévention • 'N' = Soins effectués hors du cadre d'un dispositif de prévention

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
3431	Groupe <i>Taux remboursement</i>
	N° de la prestation (de rattachement) 1610-1
	Taux de remboursement 1610-13
	Code Justificatif d'exonération du TM 1820-2



Remarque

Dans le groupe 3431, les informations taux de remboursement (champ 3431-2) et code justificatif d'exonération champ 3431-3) sont renseignés uniquement si l'acte est exonéré.

3.2.3.2 TC2-TC3-T5-T6 : C-ExoActe

TC2	Détermination du taux de remboursement d'un acte CCAM exonéré par nature
TC3	Détermination du taux de remboursement d'un acte CCAM exonéré par la règle du seuil
T5	Détermination du taux de remboursement des actes exonérés pour soins particuliers
T6	Détermination du taux de remboursement lié aux soins exonérés pour les nouveau-nés

Règle

Certains actes CCAM sont exonérés par nature

D'autres sont exonérés à partir d'un montant seuil de la base de remboursement hors forfaits.

Le montant du seuil d'exonération est fonction de la date d'exécution (et de la caisse de rattachement du Professionnel de Santé pour les DOM).

Enfin, certains actes CCAM ne sont pas exonérés, ni par nature ni par la règle du seuil.

La nature d'exonération de tout acte CCAM (non exonéré, exonéré par nature ou par seuil) est connue dans la base CCAM.

De plus le Professionnel de Santé indique si l'acte réalisé s'inscrit dans un contexte particulier qui exonère cet acte. Il peut s'agir d'actes exonérés pour les nouveau-nés ou de soins effectués dans le cadre d'un traitement exonérant.

Cette règle a pour objet d'une part de vérifier, en fonction de la nature d'exonération de l'acte CCAM et des informations saisies par le Professionnel de Santé, s'il y a lieu de l'exonérer et d'autre part de renseigner le taux de remboursement et le code justificatif d'exonération le cas échéant.

Cette règle est automatisée par le service C-ExoActe.

Mise en œuvre

Pour chaque acte CCAM, le progiciel doit utiliser le service C-ExoActe de la fonction AppliquerRegle du module SRT.

Fonction à utiliser

SRT_AppliquerRegle (C-ExoActe)

Cette fonctionnalité a pour objet de déterminer pour une ligne d'acte de la facture (acte/activité/phase) si l'acte est exonéré et éventuellement exonérant pour l'ensemble de la facture et renseigne en sortie son taux de remboursement et son code justificatif d'exonération s'il y a lieu.

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur C-ExoActe
Groupes d'entrée	

3400	Groupe Informations PS	
	Code conventionnel	1870-7 ou sinon 1120-5
	N° de caisse de rattachement de l'exécutant	
3440	Groupe Ligne d'acte CCAM pour le service C-ExoActe	
	N° de la prestation	1610-1
	Date d'exécution	1610-2
	Code de l'acte	2100-2
	Motif d'exonération de l'acte	
3421	Groupe Base remboursement	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Base de remboursement	1610-12
	Base de remboursement hors forfaits	
	Base de remboursement conventionnée AMO	



Remarques

Le motif d'exonération en entrée n'est pas nécessairement renseigné.

Si renseigné, il prend la valeur suivante :

N' = Soins exonérés pour les nouveaux nés ou dans le cadre d'un traitement exonérant.

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie		
3431	Groupe Taux remboursement	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Taux de remboursement	1610-13
	Code Justification d'exonération du ticket modérateur	1820-1
3441	Groupe Exonération autres actes (niveau acte)	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Top exonération autres actes	
<ul style="list-style-type: none"> • 'O' = L'acte exonère les autres actes de la facture dispensés à la même date • 'N' = L'acte n'exonère pas les autres actes de la facture dispensés à la même date. 		



Remarques

Dans le groupe 3431, les informations taux de remboursement (champ 3431-2) et code justificatif d'exonération champ 3431-3) ne sont renseignés que si l'acte est exonéré.

3.2.3.3 TC5 : C-ExoFacture

TC4	Détermination du taux de remboursement des actes exonérés par la présence d'un acte exonérant dans la facture
TC5	Détermination du taux de remboursement des actes d'une facture susceptibles d'être exonérés par la règle du seuil

Règle

Certains actes CCAM, non exonérés par leurs propres caractéristiques (cf. règles TC1 et TC2-TC3 précédentes), peuvent être exonérés par d'autres actes CCAM présents dans la même facture :

- soit la présence d'un acte CCAM exonérant dispensé à la même date,
- soit le cumul des montants de plusieurs actes CCAM dépassent le seuil réglementaire (règle du seuil facture).

Cette règle a pour objet de vérifier, pour tous les actes CCAM non encore exonérés, s'ils ne sont pas exonérés par d'autres actes CCAM de la facture et de renseigner le taux de remboursement et le code justificatif d'exonération le cas échéant.

Cette règle est automatisée par le service C-ExoFacture.



Remarque

Cette règle est de niveau facture.

Mise en œuvre

Le progiciel doit utiliser le service C-ExoFacture de la fonction AppliquerRegle du module SRT.

Fonction à utiliser

SRT_AppliquerRegle (C-ExoFacture)

Cette fonctionnalité a pour objet de déterminer pour chaque lignes d'actes de la facture (acte/activité/phase) si les actes sont exonérés soit par la règle du seuil facture, soit par la présence d'un acte exonérant et renseigne en sortie les taux de remboursement et codes justificatif d'exonération s'il y a lieu.

Si le Professionnel de Santé a outrepassé une au moins des règles suivantes :

- CC8 (forçage du code de l'acte),
- RC1 (forçage du code activité),
- RC2 (forçage du code phase),
- CC9 (forçage d'un code modificateur),
- CC1 (forçage du code association),
- BC99 (forçage de la base de remboursement),

la fonction n'applique pas la règle du seuil facture pour l'acte forcé ni pour les actes effectués à la même date.

Le progiciel indique, en données d'entrée de la fonction, pour chaque ligne d'acte de la facture, la référence de chaque règle forcée (groupe 3530).

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur C-ExoFacture
Groupes d'entrée communs	
3400	Informations PS
	Code conventionnel 1870-7 ou sinon 1120-5
	N° de caisse de rattachement de l'exécutant
Groupes d'entrée relatifs aux M prestations CCAM	
M 3450	Groupe <i>Ligne d'acte CCAM pour le service C-ExoFacture</i>
	N° de la prestation 1610-1
	Date d'exécution 1610-2
	Code de l'acte 2100-2
M 3421	Groupe <i>Base remboursement</i>
	N° de la prestation (de rattachement) 1610-1
	Base de remboursement 1610-12
	Base de remboursement forfaits
	Base de remboursement conventionnée AMO
M 3431	Groupe <i>Taux remboursement</i>
	N° de la prestation (de rattachement) 1610-1
	Taux de remboursement 1610-13
	Code Justification d'exonération du ticket modérateur 1820-1
M 3441	Groupe <i>Exonération autres actes (niveau acte)</i>
	N° de la prestation (de rattachement) 1610-1
	Top Exonération autres actes
K 3530	Groupe <i>Règle outrepassée</i>
	N° de la prestation (de rattachement) 1610-1
	Référence de la règle outrepassée
P 3462	Groupe <i>frais de déplacement pour le service C-ExoFacture</i>
	N° de la prestation 1620-1 ou 1630-1
	Date d'exécution 1620-2 ou 1630-2
	Code IFD 1620-3 ou type IK 1630-3
	Taux de remboursement 1620-8 ou 1630-8
Groupes d'entrée relatifs aux N prestations NGAP (hors déplacement)	
N 3460	Groupe <i>Prestation NGAP pour le service C-ExoFacture</i>
	N° de la prestation 1610-1
	Date d'exécution 1610-2
	Code prestation 1610-4

N 3431	Groupe Taux remboursement	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Taux de remboursement	1610-13
	Code Justification d'exonération du ticket modérateur	1820-1
R 3462	Groupe frais de déplacement pour le service C-ExoFacture	
	N° de la prestation	1620-1 ou 1630-1
	Date d'exécution	1620-2 ou 1630-2
	Code indemnité forfaitaire de déplacement ou type indemnité kilométrique	1620-3 1630-3
	Taux de remboursement	1620-8 ou 1630-8

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie relatifs à chaque ligne d'acte		
T-J 3431	Groupe Taux remboursement	
	N° de la prestation	1610-1
	Taux de remboursement	1610-13
	Code Justification d'exonération du ticket modérateur	1820-1
J 3531	Groupe Traitement non effectué	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1

Pour chacune des **T** prestations fournies en entrée on retourne soit un groupe 3431 si le traitement a pu être effectué sur la prestation en question, soit un groupe 3531 dans le cas contraire (cas de forçage de données).

$T=M+N+P+R$: Prestations CCAM+déplacements associés+Prestations NGAP+déplacements associés



Remarques

Données d'entrée

- En entrée il faut fournir pour chaque ligne d'acte CCAM :
 - un groupe 3450
 - un groupe 3421
 - un groupe 3431
 - un groupe 3441
 et éventuellement
 - 0 à k groupes 3530 : un pour chaque règle forcée relativement à cette ligne d'acte
 - 0 à p groupes 3462 : un pour chaque déplacement rattaché à cette ligne d'acte.

et pour chaque ligne d'acte NGAP (hors déplacements):

- un groupe 3460
- un groupe 3431

et éventuellement

- 0 à r groupes 3462: un pour chaque déplacement rattaché à cette ligne d'acte.
- Pour chaque ligne d'acte CCAM :
 - le groupe 3421 attendu en entrée est celui obtenu en sortie du service C-Base.
 - le groupe 3441 attendu en entrée est celui obtenu en sortie du service C-ExoActe.
- Le groupe 3441 est facultatif en données d'entrée.

Données de sortie

- Les informations taux de remboursement (champ 3431-2) et code justificatif d'exonération (champ 3431-3) sont modifiées uniquement pour les actes non encore exonérés pour lesquels SRT détermine une raison spécifique d'exonération de l'acte (présence d'un acte ou d'un cumul d'actes exonérant la facture). Dans le cas contraire les valeurs d'entrée sont reprises.

4 Contrôle complet CCAM

4.1 Objet

La fonction de Contrôle Complet CCAM a pour objet de contrôler complètement les données d'une facture, vis-à-vis de la réglementation CCAM, c'est à dire conformément à l'ensemble des règles CCAM stipulées aux paragraphes précédents : 2.1 Données CCAM à saisir et 3.1.2 Spécificités CCAM

Son utilisation par le progiciel est **obligatoire**. Elle intervient après la constitution de facture et avant la tarification AMC et la mise en forme des factures par le module SSV.

La fonction de Contrôle Complet CCAM applique la totalité des contrôles prévus par la réglementation (tous les contrôles sont effectués), même si des erreurs sont détectées en cours.

Cette fonction retourne une liste de diagnostics décrivant les erreurs détectées. Le progiciel doit alors demander au Professionnel de Santé de corriger les données de la feuille de soins.

Règles de remplissage des groupes nécessaires au Contrôle Complet CCAM

- Il doit y avoir dans les données d'entrée un et un seul groupe parmi les groupes 1511, 1512, 1513, 1514 et 1515.
- Le remplissage des codes modificateurs doit commencer à la 1ère occurrence et il ne doit pas y avoir de rupture dans le remplissage des occurrences.
- Le remplissage des numéros de dents doit commencer à la 1ère occurrence et il ne doit pas y avoir de rupture dans le remplissage des occurrences, ni de doublon.
- Un groupe 1620 doit être précédé d'un groupe 1610 avec la même date d'exécution.
- Un groupe 1630 doit être précédé d'un groupe 1610 avec la même date d'exécution.

La fonction de Contrôle Complet CCAM retourne une erreur technique pour le non respect d'une de ces règles.

4.2 Traitements

Ce paragraphe présente l'enchaînement des règles vérifiées au cours du contrôle complet CCAM de la facture.

Les règles sont regroupées en différentes grandes étapes ; la partie logicielle enchaîne successivement ces étapes en bouclant suivant les cas sur les lignes d'actes ou les associations d'actes.

Le contrôle de la facture commence par la partie réglementation et continue par la partie tarification : vérification du prix unitaire, de la base de remboursement et de l'exonération liée à un acte CCAM.

Lors du contrôle de la tarification, s'il y a une différence entre une valeur calculée et celle transmise par le Professionnel de Santé, les SRT signalent une erreur (ex. : « prix unitaire erroné »), mais continuent les calculs en utilisant la valeur transmise par le Professionnel de Santé.

4.2.1 Partie Réglementation

Ce tableau décrit les étapes successives du déroulement du contrôle complet CCAM pour le contrôle d'une facture, et pour chaque étape les règles élémentaires qui la constituent.

Les règles sont listées dans l'ordre dans lequel le Contrôle Complet CCAM les applique.

Étape	Description	Règles élémentaires composant cette étape
<u>Contrôle acte CCAM</u>	Ensemble des contrôles réglementaires effectués pour chaque ligne d'acte CCAM et qui ne font pas intervenir les autres lignes d'actes de la facture	CC8; CC16; RC8; RC7; CC11; RC1; CC7; RC5; RC9; CC9; CC9B; RC12; RC3; RC4; CC13; RC2; RC13; CC5; RC14
<u>Contrôle prestation NGAP</u>	Ensemble des contrôles liés à la CCAM portant sur les natures de prestations NGAP	CC12; CC6 ; RC19
<u>Contrôle déplacement NGAP</u>	Contrôle de compatibilité entre un déplacement NGAP et l'acte CCAM associé	RC6
<u>Contrôle acte CCAM niveau facture</u>	Ensemble des contrôles réglementaires effectués pour chaque ligne d'acte CCAM et qui font intervenir les autres actes CCAM de la facture	CC3; RC17; RC18
<u>Contrôle association CCAM</u>	Ensemble des contrôles réglementaires effectués pour chaque association d'actes CCAM (même date d'exécution et un même exécutant	RC15; CC1

4.2.2 Partie Tarification

Étape	Description	Règles élémentaires composant cette étape
<u>Contrôle PU acte CCAM</u>	Calcul et contrôle du prix unitaire pour chaque ligne d'acte CCAM	<ul style="list-style-type: none"> • BC1 (⇔C-Pu)
<u>Contrôle base acte CCAM</u>	Calcul et contrôle de la base de remboursement pour chaque ligne d'acte CCAM	<ul style="list-style-type: none"> • BC99 (⇔C-Base)
<u>Exonération acte CCAM</u>	Détermination pour chaque acte CCAM, indépendamment de l'exécutant, s'il exonère la facture ou l'acte lui-même, contrôle du code justificatif d'exonération transmis par le Professionnel de Santé et vérification que le taux de remboursement des actes exonérés est à 100 %	<ul style="list-style-type: none"> • T5, T6, TC2, TC3, TC4, (⇔C-ExoActe) • TC1, (⇔C-ExoPrevention) • CC15
<u>Exonération facture CCAM</u>	Détermination si la facture est exonérée par un acte exonérant (TC4) ou suite à l'application de la règle du seuil au niveau facture	<ul style="list-style-type: none"> • TC5, T13 (⇔C-ExoFacture)



Nota :

Les règles élémentaires sont citées dans l'ordre chronologique de leur application par le Contrôle Complet CCAM.

4.3 Paramètres

Fonction à
utiliser

SRT_ControleComplet

Les paramètres
en entrée

Données factures	
Xxxx	Groupes des données constitutives de la facture
	Il s'agit des mêmes données que celles fournies à la fonction « Formater Factures » du module SSV
Données Supplémentaire	
N 3470	Groupe Ligne d'acte Contexte tarifaire
	N° de la prestation 1610-1
	Contexte tarifaire PS
	Contexte tarifaire BS
R 3530	Groupe Règle outrepassée
	N° de la prestation (de rattachement) 1610-1
	Référence de la règle outrepassée
3500	Groupe Données supplémentaires facture
	N° de caisse de rattachement de l'exécutant



Remarques

Le progiciel indique, en donnée d'entrée de la fonction, pour chaque ligne d'acte de la facture, la référence de chaque règle forcée (groupe 3530).

- Chaque groupe 3530 doit être inséré dans la facture de sorte à être rattaché à chaque prestation concernée. Il doit être positionné juste après les groupes 2100 et 2200 rattaché au groupe prestation 1610.
- Le groupe 3500 est attendu par SRT en dernière position après l'ensemble de la facture.

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
M 2000	Groupe Forçage AMO niveau acte
	N° de la prestation (de rattachement) 1610-1
	Indicateur de forçage AMO niveau acte
N 3520	Groupe Diagnostic du Contrôle Complet
	Référence de la règle en erreur exemple : CC1, RC4
	Niveau de l'erreur : Règle outrepassable ou non
	Libellé principal de l'erreur
	Libellé secondaire de l'erreur
	Nombre de lignes d'acte concernées par l'erreur
	N° de la prestation de la 1ère ligne en erreur
	N° de la prestation de la 2ème ligne en erreur
	...
	N° de la prestation de la dernière ligne en erreur

4.4 Diagnostics

Lors d'un rejet ou d'un signalement, les SRT mémorisent dans une liste de diagnostics :

- la référence de la règle ayant échoué, (ex. : CC1, RC4...);
- le niveau de l'erreur : rejet (règle non outre-passable) ou signalement (règle outre-passable) ;
- les numéros des lignes d'acte CCAM et des prestations NGAP en erreur ;
- le libellé principal de l'erreur à savoir le libellé du contrôle rejeté ;
- le libellé secondaire de l'erreur à savoir le contexte du contrôle rejeté ; ce contexte peut ne pas être renseigné.

Suite aux diagnostics reçus, le progiciel propose au Professionnel de Santé d'effectuer des corrections (affichage des libellés principal et secondaire).

Suite à ces corrections il est nécessaire de vérifier à nouveau le respect de l'ensemble des règles CCAM et de demander à nouveau l'application des services de tarification.

Si le Professionnel de Santé n'effectue pas de correction pour un diagnostic relevant d'une règle outre-passable, cela revient à demander un forçage. Il est donc nécessaire de faire à nouveau appel au contrôle complet CCAM pour la valorisation de l'indicateur de forçage correspondant.



Remarque

Tous ces diagnostics ne concernent que des prestations CCAM à l'exception :

- du 3ème diagnostic relatif à la règle T13 car il concerne des frais de déplacement,
- du second relatif à la règle CC15 qui peut porter tant sur des actes CCAM que sur des actes NGAP,
- du diagnostic relatif à la règle CC6 qui ne concerne que des prestations NGAP.

Ces diagnostics sont présentés dans le tableau ci-après par ordre alphabétique des références des règles du CdC.

Référence CdC	Libellé principal	Libellé Secondaire	Outre-passable O/N
TC1 (C-ExoPrevention)	Exonération dispositif de prévention transmise à tort	Acte [].	<input type="radio"/>
TC2 (C-ExoActe)	Absence d'exonération transmise et acte CCAM exonéré par nature	Acte [].	<input type="radio"/>
TC3 (C-ExoActe)	Absence d'exonération transmise et seuil CCAM dépassé	Acte []	<input type="radio"/>

(*) Remarque : Le terme OC utilisé dans les libellés principal et secondaire relatifs à la règle CC13 signifie « Organisme Complémentaire ». L'appellation « modificateur OC » est équivalente à l'appellation « modificateur AMC » utilisée dans la spécification de la règle CC13.

(**) Remarque : Dans ce libellé il s'agit du « justificatif d'exonération » transmis dans la facture.



Annexe 1-A2

Présentation fonctionnelle des Modules SESAM-Vitale

Phase Part Complémentaire

Intégrant l'Addendum n°8

Ce document a été élaboré par le GIE SESAM-Vitale.

Conformément à l'article L.122-4 du Code de la Propriété Intellectuelle, toute représentation ou reproduction (intégrale ou partielle) du présent ouvrage, quel que soit le support utilisé, doit être soumise à l'accord préalable écrit de son auteur.

Il en est de même pour sa traduction, sa transformation, son adaptation ou son arrangement, quel que soit le procédé utilisé.

Tout manquement à ces obligations constituerait un délit de contrefaçon, au sens des articles L 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, susceptible d'entraîner des sanctions pour l'auteur du délit.

Sommaire

1	Introduction	4
2	Contexte de facturation au regard de la part complémentaire	5
2.3	CF11 : Acquérir le contexte de la part complémentaire niveau facture	8
2.3.1	CF11.01 : Déterminer la date de référence part complémentaire	10
2.3.2	CF11.02 : Contrôler les droits complémentaires	11
2.3.3	CF11.03 : Rechercher la convention complémentaire applicable	12
2.3.3.1	CF11.03.01 : Rechercher les signataires de convention groupée	14
2.3.3.2	CF11.03.02 : Rechercher les conventions signées en direct par l'organisme complémentaire	17
2.3.3.3	CF11.03.03 : Rechercher les conventions signées par les signataires de convention groupée	19
2.3.3.4	CF11.03.04 : Restituer la liste des conventions applicables	22
2.3.3.5	CF11.03.05 : Sélectionner la convention applicable	23
2.3.4	CF11.04 : Déterminer le tiers payant complémentaire	25
2.3.5	CF11.05 : Rechercher dans l'Annuaire AMC les informations administratives et de routage (nouveau chapitre)	26
2.3.6	CF11.06 : Acquérir les autres informations relatives au contexte de la part complémentaire niveau facture	31
2.3.7	CF11.08 : Déterminer le service de l'organisme complémentaire à appeler	31
2.3.8	CF11.09 : Déterminer le service ouvert au bénéficiaire de soins	33
2.3.9	CF11.10 : Déterminer les informations administratives et de routage pour élaborer la facture (nouveau chapitre)	37
3	Périmètre fonctionnel des STS	39
4	Évolution des STS	40
5	Fonctionnement général des STS	41
6	Présentation des groupes STS	43
6.1	3700 Groupe CONTEXTE TARIFICATION de la part Complémentaire	43
6.2	3710 Groupe FORMULE AMC APPLIQUEE AU NIVEAU ACTE	44
6.3	3715 Groupe LIBELLE DE LA FORMULE AMC AU NIVEAU ACTE	48
6.4	3720 Groupe FORMULE AMC APPLIQUEE AU NIVEAU FACTURE	49
6.5	3725 Groupe LIBELLE DE LA FORMULE AMC APPLIQUEE AU NIVEAU FACTURE	50
6.6	3730 Groupe PARAMETRES DE CALCUL STS	51
6.7	3731 Groupe PARTICIPATION ASSURE	52
6.8	3740 Groupe PARAMETRES DE CALCUL CONTRATS RESPONSABLES	53
6.9	3750 Groupe DIAGNOSTIC STS	55
6.10	3760 Groupe DESCRIPTION DES FORMULES DE CALCUL	56
6.11	3770 Groupe ZONE TAMPON AMC	58
6.12	3790 Groupe TOPS AFFICHAGE ET MODIFICATION	59
7	Appel à la fonction « Assistance à la tarification »	60
8	Appel à la fonction « Tarification »	61
9	Traitements sur l'interface	62
9.1	Interface en entrée	62
9.2	Interface en sortie	65
9.2.1	Synthèse des informations fournies par les STS au progiciel en retour de la fonction « Assistance à la Tarification » et de la fonction « Tarification »	65
9.2.2	Détail des informations retournées par les STS	65
10	Changement des éléments de facturation	69

1 Introduction

Ce document constitue la partie A2 de l'annexe 1 du CdC Éditeurs SESAM-Vitale.

Cette partie a pour objectif de donner aux éditeurs de progiciel une présentation du contexte de facturation au regard de la part complémentaire avec appel de l'Annuaire AMC et un descriptif fonctionnel complet des éléments nécessaires à la mise en œuvre des Services de Tarification Spécifiques (STS) pour le calcul de la part complémentaire.

2 Contexte de facturation au regard de la part complémentaire

2.1 Présentation du chapitre

Ce chapitre présente le contexte de facturation au regard de la part complémentaire en annexe au CdC Éditeurs SESAM-Vitale.

Celui-ci a pour objet de décrire spécifiquement les opérations et sous-opérations relatives à l'acquisition des informations nécessaires dans le cadre de la facturation de la part complémentaire.

2.2 Guide de lecture

Les spécifications de la phase d'acquisition du contexte de facturation de la part complémentaire sont présentées sous la forme d'un enchaînement d'opérations (chaque opération pouvant être déclinée en un enchaînement de sous-opérations), composées de règles de gestion impliquant dans certains cas l'identification/l'application de cas particuliers ou de situations spécifiques.

Opérations

Présentation

La présentation de chaque opération ou sous-opération comprend :

- une description de l'opération ;
- les données d'entrées et de sorties utilisées dans cette opération ;
- éventuellement un schéma d'enchaînement ;
- la liste des règles utilisées ;
- si nécessaire la liste des cas particuliers et/ou situations spécifiques liés à une règle donnée.

Chaque opération ou sous-opération est référencée par 2 lettres suivies d'un numéro.

Règles

Présentation

Chaque règle est référencée :

Soit sous la forme RG_XXxxx

Avec XX : 2 lettres

xxx : un numéro

Soit sous la forme RG_XX_*****

Avec XX : 2 lettres

***** : la référence d'une règle de l'Annexe 2.

Pour chaque règle est présenté un cartouche indiquant les familles de Professionnel de Santé concernées.

Une règle peut également présenter des cas particuliers et/ou situations particulières référencés comme indiqué dans l'exemple ci-dessous.

Exemple

[RG_XXxxx] <Le titre de la règle>

<Description de la règle>

PR			AM	LB	PH	FR	■
M	CD	SF					



Cas particuliers

[RG_XXxxx] [CP1] <Titre du premier cas particulier>

<Description du cas premier particulier>

...

PR			AM	LB	PH	FR	■
M	CD	SF					

[RG_XXxxx] [CPn] <Titre du n^{ième} cas particulier>

<Description du n^{ième} cas particulier>

PR			AM	LB	PH	FR	■
M	CD	SF					



Situations particulières

[RG_XXxxx] [SPxx] <Titre de la première situation particulière>

<Description de la première situation particulière>

...

PR			AM	LB	PH	FR	■
M	CD	SF					

[RG_XXxxx] [SPxx] <Titre de la n^{ième} situation particulière >

<Description de la n^{ième} situation particulière >

PR			AM	LB	PH	FR	■
M	CD	SF					

Les situations particulières concernées sont :

- **SP03** - Bénéficiaire de la CMU complémentaire C2S »,
- **SP04** - Sortant de la CMU complémentaire C2S »,
- **SP05** - Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire »
- **SP06** Bénéficiaire de l'AME ».

Familles de PS concernées

Un cartouche de description des familles et sous-familles de Professionnels de Santé concernées par la règle est présent en en-tête des règles.

Les sigles utilisés dans ce cartouche ont la signification suivante :

Pour les familles de Professionnel de Santé :

Réservé pour utilisation future

FR : Fournisseurs

PH : Pharmacie

LB : Laboratoire

AM : Auxiliaires Médicaux

PR : Prescripteurs

[RG_XXxxx]	<Le titre de la règle>	PR	A	L	P	FR	LB
		M	CD	SF	M	B	H	AM

Pour les sous-familles de Professionnel de Santé :

M : Médecins

CD : Chirurgiens-Dentistes

SF : Sages-Femmes

Les familles ou sous-familles **concernées** apparaissent en texte noir.

Les familles ou sous-familles **non concernées** apparaissent en texte gris.

2.3 CF11 : Acquérir le contexte de la part complémentaire niveau facture

Vue générale

Nom CF11 : Acquérir le contexte de la part complémentaire niveau facture

Type Complexe

Description Cette opération a pour but :

- de déterminer le tiers payant complémentaire (CF11.04). Si la part complémentaire est en gestion unique hors tiers payant, il n'y a pas de transmission d'informations sur la part complémentaire,
- de déterminer le service ouvert au bénéficiaire de soins (CF11.09),
- de déterminer la date de référence pour le remboursement de la part complémentaire (CF11.01) puis contrôle que les droits au regard de l'organisme complémentaire sont ouverts en fonction de la date de référence (CF11.02),
- de déterminer les informations administratives et de routage pour élaborer la facture (CF11.10) par recherche systématique dans l'Annuaire AMC en cas de gestion séparée (CF11.05) ; sinon par recherche dans la table de convention (CF11.03),
- d'acquérir d'autres informations relatives au contexte de la part complémentaire niveau facture (CF11.06),
- de contrôler l'activation d'un service de tarification complémentaire et détermine le service de l'organisme complémentaire à appeler si celui-ci a été activé (CF11.08).

Entrées	« organisme complémentaire »	EF_BS16	
	« contrat complémentaire en gestion séparée »	EF_BS17	
	« période de droits en gestion séparée »	EF_BS23	
	« critères recherche conventionnelle type 1 »	EF_BS20	
	« critères recherche conventionnelle type 2 »	EF_BS24	
	« contrat complémentaire en gestion unique »	EF_BS13	
	« organisme AMO »	EF_BS04	
	« période de droits en gestion unique »	EF_BS14	
	« signataire de convention groupée » (table des regroupements)	EF_AP02	
	« table des conventions du PS »	EF_AP01	
	« code sous-famille »	EF_PS04_10	
	« date de prescription »	EF_IP03_02	
	« date d'exécution de la prestation »	EF_IP04_02	
	Sorties	« convention applicable »	EF_CF14
		« contexte facture complémentaire »	EF_CF03
Situations spécifiques	Bénéficiaire de la CMU complémentaire C2S	SP03	
	Sortant de la CMU complémentaire C2S	SP04	
	Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire	SP05	
	Bénéficiaire de l'AME	SP06	
	Forçage	SP11	

Schéma

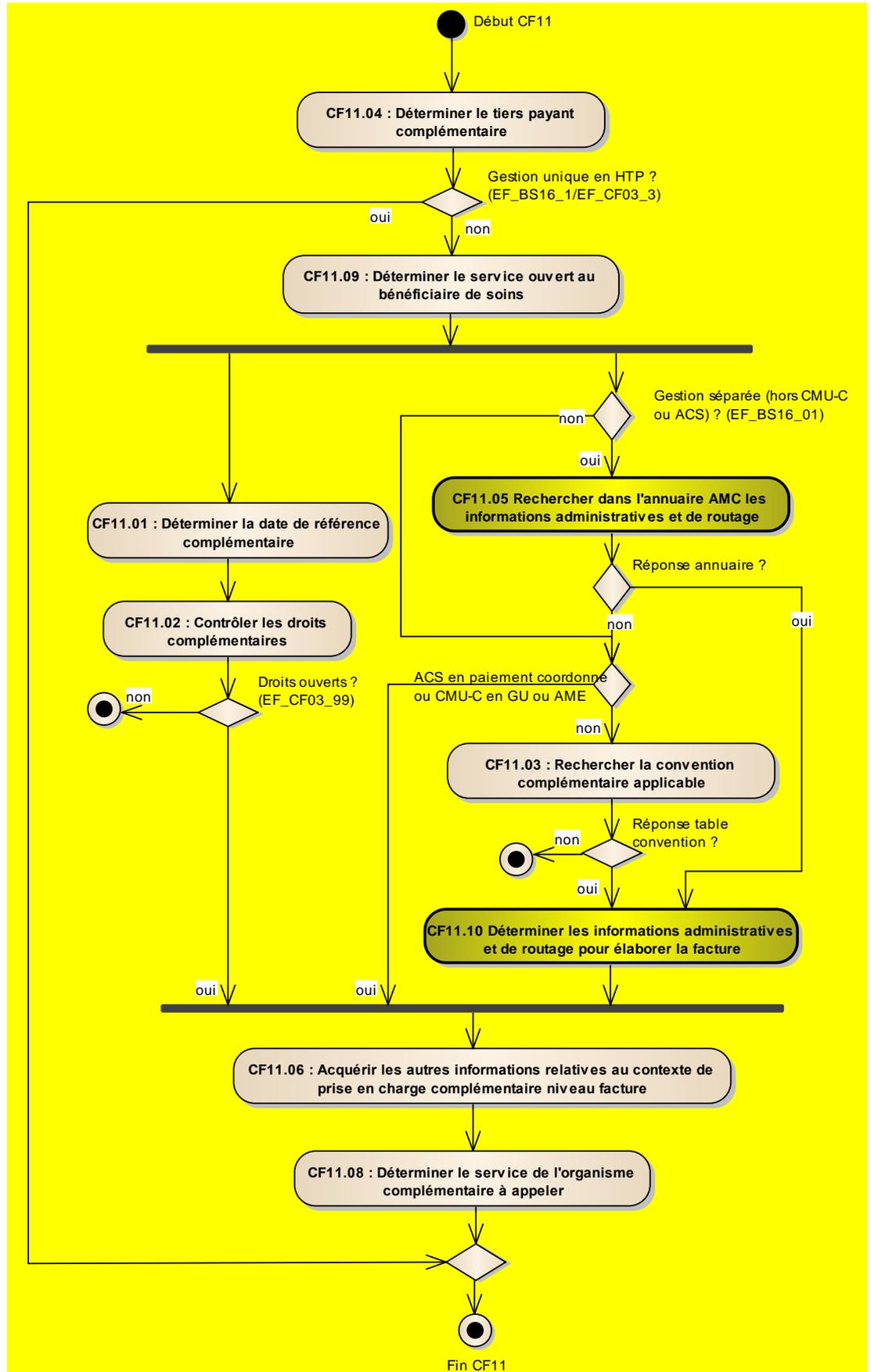


Figure 1 : Enchaînement des tâches de l'opération CF11 « Acquérir le contexte de la part complémentaire niveau facture »

2.3.1 CF11.01 : Déterminer la date de référence part complémentaire

La détermination de la date de référence pour la prise en compte de la part complémentaire est adressée dans le corps du CDC Editeurs (§ 4.2.1.3.2.3).

2.3.2 CF11.02 : Contrôler les droits complémentaires

Le contrôle des droits au regard de l'organisme complémentaire (ouverts en fonction de la date de référence) est adressé dans le corps du CDC Editeurs (§ 4.2.1.3.2.4).

2.3.3 CF11.03 : Rechercher la convention complémentaire applicable

Vue générale

Nom CF11.03 : Rechercher la convention complémentaire applicable

Type Complexe

Description La recherche de la convention applicable consiste à :

- rechercher les signataires de convention groupée pour l'organisme complémentaire présenté par le bénéficiaire de soins,
- rechercher la(les) conventions(s) applicable(s) signées en direct par l'organisme complémentaire,
- rechercher la(les) conventions(s) applicable(s) signées par les signataires de convention groupée si des signataires ont été trouvés,
- restituer au professionnel de santé la liste des conventions applicables,
- et à permettre la sélection de la convention applicable par le professionnel de santé,

Les conventions contenues dans la table des conventions du professionnel de santé pour SESAM-Vitale sont :

- en gestion séparée, les conventions de télétransmission en tiers payant ou en hors tiers payant,
- en gestion unique, les conventions de tiers payant (la télétransmission des informations relatives à la complémentaire est couverte par la télétransmission de la FSE).

Entrées	« contrat complémentaire en gestion séparée »	109	EF_BS17
	« critères recherche conventionnelle type 1 »		EF_BS20
	« critères recherche conventionnelle type 2 »		EF_BS24
	« contrat complémentaire en gestion unique »	107	EF_BS13
	« organisme AMO »	1310	EF_BS04
	« signataire de convention groupée » (table des regroupements)		EF_AP02
	« table des conventions Pdt »		EF_AP01
	« organisme complémentaire »		EF_BS16
	« Mode d'application des conventions »		EF_AP05
	Type de dispositif de tiers payant complémentaire ACS		EF_PS04_18
	« code tiers payant complémentaire »		EF_CF03_03
Sorties	« convention applicable »		EF_CF14
Situations spécifiques	Bénéficiaire de la CMU complémentaire C2S		SP03
	Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire		SP05
	Bénéficiaire de l'AME		SP06

Schéma

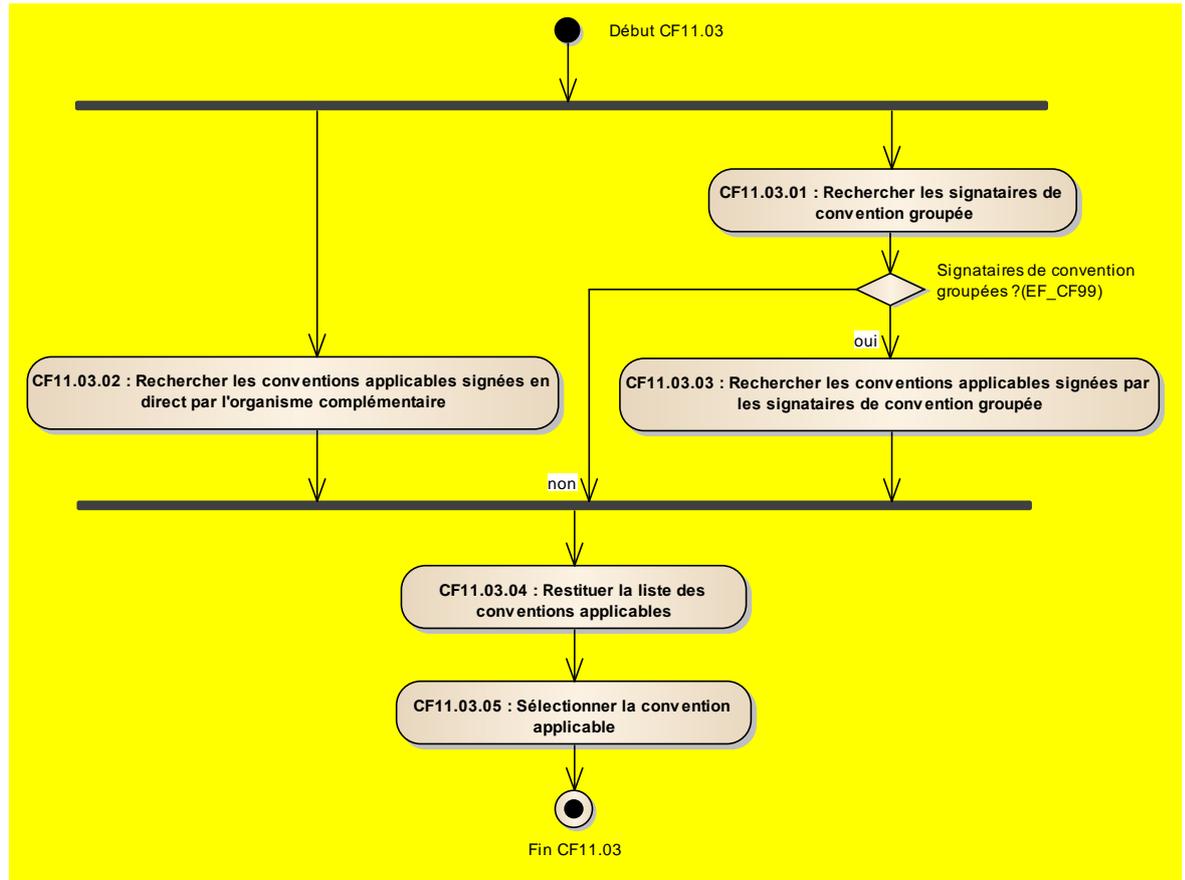


Figure 2 : Enchaînement de la tâche CF11.03 « Rechercher la convention applicable »

Règles de gestion

[RG_CF378] Rechercher la convention complémentaire applicable

		PR						
M	CD	SF	AM	LB	PH	FR		

Le système recherche la convention complémentaire applicable.



Situations particulières

[RG_CF378] [SP03] Rechercher la convention complémentaire applicable en gestion séparée

		PR						
M	CD	SF	AM	LB	PH	FR		

Dans le cas d'une CMU-C C2S en gestion séparée, le système de facturation suit le processus de recherche du contexte conventionnel. Ce processus porte uniquement sur la transmission directe des informations et non sur le tiers payant.

[RG_CF378] [SP03] Rechercher la convention complémentaire applicable en gestion unique

		PR						
M	CD	SF	AM	LB	PH	FR		

Dans le cas d'une CMU-C C2S en gestion unique, le système de facturation ne recherche pas le contexte conventionnel.

[RG_CF378] [SP05] Rechercher la convention complémentaire applicable pour les bénéficiaires du dispositif « TPi ACS - Procédure standard SESAM-Vitale »

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Pour les bénéficiaires du dispositif « TPi ACS - Procédure standard SESAM-Vitale », en gestion unique ou en gestion séparée, le système de facturation suit le processus de recherche du contexte conventionnel.

[RG_CF378] [SP05] Rechercher la convention complémentaire applicable pour les bénéficiaires du dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO »

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Pour les bénéficiaires du dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO », le système de facturation ne recherche pas le contexte conventionnel.

[RG_CF378] [SP06] Rechercher la convention complémentaire applicable en gestion unique

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Dans le cas de l'AME, le système de facturation ne recherche pas le contexte conventionnel.



Recommandation

[CR1] Continuité avec flux AMC existants

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Les règles présentes ne concernent que les flux SESAM-Vitale et ne concernent pas la génération des flux AMC existants.

2.3.3.1 CF11.03.01 : Rechercher les signataires de convention groupée

Vue générale

Nom CF11.03.01 : Rechercher les signataires de convention groupée

Type Sans interaction avec l'extérieur

Description <<Le système de facturation recherche les signataires de conventions groupées pour l'organisme complémentaire présenté par le bénéficiaire des soins et restitue la liste des signataires de conventions groupées.

Cette opération présente les règles de recherche des signataires de conventions groupées selon que l'organisme complémentaire est en gestion unique ou en gestion séparée.

La recherche s'appuie sur une table des regroupements du professionnel de santé qui permet d'identifier l'organisme signataire de la convention dans le cas d'une convention regroupant plusieurs complémentaires (cette table peut être la matérialisation d'une liste d'organismes complémentaires fournie en annexe d'une convention).>>

La recherche dans la table des regroupements est obligatoire. Elle permet d'identifier l'organisme signataire de la convention dans le cas où l'organisme complémentaire est concerné par une convention groupée.



Entrées « signataire de convention groupée » (table des regroupements)

EF_AP02

	« contrat complémentaire en gestion séparée »	EF_BS17
	« critères recherche conventionnelle type 1 »	EF_BS20
	« critères recherche conventionnelle type 2 »	EF_BS24
	« contrat complémentaire en gestion unique »	EF_BS13
	« organisme AMO »	EF_BS04
	« organisme complémentaire »	EF_BS16
Sorties	« signataire de convention groupée » (liste)	EF_CF99
Situations spécifiques		

Règles de gestion

RECHERCHER LES SIGNATAIRES DE CONVENTIONS GROUPEES EN GESTION SEPARÉE

[RG_CF362] Rechercher les signataires de conventions groupées en gestion séparée

	PR							
M	CD	SF	AM	LB	PH	FR		

Le système valorise les critères d'accès en fonction du contexte de facturation et des données acquises.

Le tableau ci-dessous récapitule les règles de renseignement possibles :

Critères	Contexte	Valorisation des critères par le système de facturation
Type de convention	Présent sur le support de droits	A partir du support de droits. (EF_BS20 ou EF_BS24)
	Absent ou à blanc sur le support de droits	Critère non utilisé
Critère secondaire	Présent sur le support de droits	A partir du support de droits (EF_BS20 ou EF_BS24)
	Absent ou à blanc sur le support de droits	Critère non utilisé
Numéro d'organisme complémentaire	Si le numéro d'organisme complémentaire est issu du support de droits	A partir du support de droits (EF_BS17_01 – identifiant de l'organisme complémentaire en gestion séparée)
	Si le numéro d'organisme complémentaire reste inconnu (absent du support de droits, non saisi par le Professionnel de Santé)	Critère non utilisé

Figure 3 : Tableau récapitulatif de renseignement des critères d'accès à la table des regroupements en gestion séparée

Cas particuliers

[IRG_CF362] [CP1] Plusieurs valeurs de types de conventions ou de critères secondaires

PR			AM	LB	PH	FR	SI
M	GD	SF					

Si la carte Vitale comprend plusieurs valeurs de types de conventions ou de critères secondaires, le « système de facturation » recherche les conventions répondant à toutes les combinaisons possibles des valeurs de types de convention et/ou de critères secondaires disponibles.

Règles de gestion

RECHERCHER LES SIGNATAIRES DE CONVENTIONS GROUPEES EN GESTION UNIQUE

[IRG_CF363] Rechercher les signataires de conventions groupées en gestion unique

PR			AM	LB	PH	FR	SI
M	GD	SF					

Le système valorise les critères d'accès en fonction du contexte de facturation et des données acquises.

Le tableau ci-dessous récapitule les règles de renseignement possibles :

Critères	Contexte	Valorisation des critères par le système de facturation
Type de convention		« RO »
Critère secondaire		Code grand régime + code caisse gestionnaire + code centre gestionnaire issu du support de droits <i>Pour le Régime Agricole, si le 5^{ème} caractère (correspond au 3^{ème} caractère du code caisse gestionnaire) est égal à « 1 » ou « 5 », le remplacer par « 1 »</i> (EF_BS04)
Numéro d'organisme complémentaire	Si le numéro d'organisme complémentaire est issu du support de droits ou acquis à partir de la table de correspondance	A partir du n° AMC déterminé du support ou de la table de correspondance (EF_BS13_05 – identifiant de l'organisme complémentaire représenté)
	Si le numéro d'organisme complémentaire reste inconnu (absent du support de droits et de la table de correspondance, non saisi par le Professionnel de Santé)	Critère non utilisé

Figure 4 : Tableau récapitulatif de renseignement des critères d'accès à la table des regroupements en gestion unique

Règles de gestion

RESTITUER LA LISTE DES SIGNATAIRES DE CONVENTIONS GROUPEES

[RG_CF364] Restituer la liste des signataires de conventions groupées (EF_CF99)

PR			AM	LB	PH	FR	EF
M	CD	SF					

La liste restituée peut contenir :

- Aucune ligne : l'organisme complémentaire n'est pas concerné par une convention groupée.
- Une ou plusieurs lignes : l'organisme complémentaire est concerné par une ou plusieurs conventions groupées, selon les critères utilisés.

2.3.3.2 CF11.03.02 : Rechercher les conventions signées en direct par l'organisme complémentaire

Vue générale

Nom CF11.03.02 : Rechercher les conventions signées en direct par l'organisme complémentaire

Type Sans interaction avec l'extérieur

Description Le système de facturation recherche toutes les conventions signées en direct par l'organisme complémentaire présenté par le bénéficiaire de soins.

Entrées	« Table des conventions PdT »	EF_AP01
	« contrat complémentaire en gestion séparée »	EF_BS17
	« critères recherche conventionnelle type 1 »	EF_BS20
	« critères recherche conventionnelle type 2 »	EF_BS24
	« contrat complémentaire en gestion unique »	EF_BS13
	« organisme AMO »	EF_BS04
	« organisme complémentaire »	EF_BS16
	« code tiers payant complémentaire »	EF_CF03_03
Sorties	« convention » (liste des conventions applicables signées en direct)	EF_CF96

Situations spécifiques

Règles de gestion

RECHERCHER LES CONVENTIONS APPLICABLES EN GESTION SEPARÉE

[RG_CF365] Rechercher les conventions signées en direct en gestion séparée

PR			AM	LB	PH	FR	EF
M	CD	SF					

Le système valorise les critères d'accès en fonction du contexte de facturation et des données acquises.

Le tableau ci-dessous récapitule les règles de renseignement possibles :

Critères	Contexte	Valorisation des critères par le système de facturation
Indicateur de convention groupée		Critère non utilisé

Type de convention	Présent sur le support de droits	A partir du support de droits.
	type de convention absent ou à blanc sur le support de droits.	Critère non utilisé
Critère secondaire	critère secondaire présent sur le support de droits	A partir du support de droits
	critère secondaire absent ou à blanc sur le support de droits	Critère non utilisé
Organisme signataire de la convention		Numéro d'organisme complémentaire issu du support de droits
Numéro d'organisme complémentaire		Critère non utilisé
Type d'accord de la convention		A partir du code tiers payant complémentaire (EF_CF03_03)

Figure 5 : Tableau récapitulatif de renseignement des critères d'accès à la table des conventions en gestion séparée (accès direct)

 **Cas particuliers**

[IRG_CF365] [CP1] Plusieurs valeurs de types de conventions ou de critères secondaires

PR			AM	LB	PH	FR	☐
M	CD	SF					

Si la carte Vitale comprend plusieurs valeurs de types de conventions ou de critères secondaires, le «< système de facturation >> recherche les conventions répondant à toutes les combinaisons possibles des valeurs de types de convention et/ou de critères secondaires disponibles.

Règles de gestion

RECHERCHER LES CONVENTIONS APPLICABLES EN GESTION UNIQUE

[IRG_CF366] Rechercher les conventions signées en direct en gestion unique

PR			AM	LB	PH	FR	☐
M	CD	SF					

Le système valorise les critères d'accès en fonction du contexte de facturation et des données acquises.

Le tableau ci-dessous récapitule les règles de renseignement possibles :

Critères	Contexte	Valorisation des critères par le système de facturation
Indicateur de convention groupée	Si la complémentaire ne fait pas l'objet d'une convention groupée	« 0 »
Type de convention		« RO »
Critère secondaire		Code grand régime + code caisse gestionnaire + code centre gestionnaire issus du support de droits <i>Pour le Régime Agricole, si le 5^{ème} caractère (correspond au 3^{ème} caractère du code caisse gestionnaire) est égal à « 1 » ou « 5 », le remplacer par « 1 »</i>
Organisme signataire de la convention	Autres situations	Critère non utilisé
Numéro d'organisme complémentaire	Si la complémentaire ne fait pas l'objet d'une convention groupée et si le numéro d'organisme complémentaire est issu du support de droits ou acquis à partir de la table de correspondance	A partir du n° AMC déterminé. (EF_BS13_05 – identifiant de l'organisme complémentaire représenté) A partir du support de droits ou de la table de correspondance
Type d'accord de la convention		A partir du code tiers payant complémentaire (EF_CF03_03)

Figure 6 : Tableau récapitulatif de renseignement des critères d'accès à la table des conventions en gestion unique (accès direct)

2.3.3.3 CF11.03.03 : Rechercher les conventions signées par les signataires de convention groupée

Vue générale

Nom CF11.03.03 : Rechercher les conventions signées par les signataires de convention groupée

Type Sans interaction avec l'extérieur

Description • Le système de facturation recherche toutes les conventions signées par le ou les organismes signataires de conventions groupées (issus de la recherche des signataires de convention groupées).

Entrées

« Table des conventions PdT »	EF_AP01
« signataire de convention groupée » (liste)	EF_CF99
« contrat complémentaire en gestion séparée »	EF_BS17
« critères recherche conventionnelle type 1 »	EF_BS20
« critères recherche conventionnelle type 2 »	EF_BS24
« contrat complémentaire en gestion unique »	EF_BS13
« organisme AMO »	EF_BS04
« organisme complémentaire »	EF_BS16

« code tiers payant complémentaire »

EF_CF03_03

Sorties « convention » (liste des conventions applicables signées par des signataires)

EF_CF97

**Situations
spécifiques**

Règles de gestion

RECHERCHER LES CONVENTIONS APPLICABLES EN GESTION SEPARÉE

[IRG_CF381] Rechercher les conventions signées par un signataire de convention groupée en gestion séparée

PR			AM	LB	PH	FR	☐
M	CD	SF					

A l'issue de la recherche dans la table des regroupements, la recherche dans la table des conventions est réalisée à partir des signataires de conventions groupées, issus de la recherche dans la table des regroupements, accompagné de l'éventuel type de convention.

Le tableau ci-dessous récapitule les règles de renseignement possibles :

Critères	Contexte	Valorisation des critères par le système de facturation
Indicateur de convention groupée		Critère non utilisé
Type de convention	Présent sur le support de droits	A partir du support de droits.
	Si la complémentaire fait l'objet d'une convention groupée et type de convention absent ou à blanc sur le support de droits.	A partir du type de convention issu de la table des regroupements.
Critère secondaire	Si la complémentaire fait l'objet d'une convention groupée	Critère non utilisé
Organisme signataire de la convention	Si la complémentaire fait l'objet d'une convention groupée	A partir de l'organisme signataire issu de la table des regroupements.
Numéro d'organisme complémentaire		Critère non utilisé
Type d'accord de la convention		A partir du code tiers payant complémentaire (EF_CF03_03)

Figure 7 : Tableau récapitulatif de renseignement des critères d'accès à la table des conventions en gestion séparée (signataires convention groupée)

 **Cas particuliers**

[IRG_CF381]

PR			AM	LB	PH	FR	☐
M	CD	SF					

[CP1] Plusieurs valeurs de types de conventions ou de critères secondaires

Si la carte Vitale comprend plusieurs valeurs de types de conventions, le << système de facturation >> recherche les conventions répondant à toutes les combinaisons possibles des valeurs de types de convention et/ou de critères secondaires disponibles.

Autant de lignes sont restituées en table que de combinaisons possibles entre types de conventions et critères secondaires (le résultat de la recherche peut aboutir à 8 lignes restituées au maximum).

Règles de gestion

RECHERCHER LES CONVENTIONS APPLICABLES EN GESTION UNIQUE

[RG_CF383] Rechercher les conventions signées par un signataire de convention groupée en gestion unique

		PR		AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF						

La recherche dans la table des conventions est réalisée à partir des signataires de conventions groupées issus de la recherche dans la table de regroupement en renseignant l'indicateur de convention groupée à « 1 », le type de convention à « RO », le critère secondaire, et l'identifiant du signataire ;

Le tableau ci-dessous récapitule les règles de renseignement possibles :

Critères	Contexte	Valorisation des critères par le système de facturation
Indicateur de convention groupée	Si la complémentaire fait l'objet d'une convention groupée	« 1 »
Type de convention		« RO »
Critère secondaire		Code grand régime + code caisse gestionnaire + code centre gestionnaire issus du support de droits <i>Pour le Régime Agricole, si le 5^{ème} caractère (correspond au 3^{ème} caractère du code caisse gestionnaire) est égal à « 1 » ou « 5 », le remplacer par « 1 »</i>
Organisme signataire de la convention	Si la complémentaire fait l'objet d'une convention groupée	A partir de l'organisme signataire issu de la table des regroupements.
Numéro d'organisme complémentaire	Autres situations	Critère non utilisé
Type d'accord de la convention		A partir du code tiers payant complémentaire (EF_CF03_03)

Figure 8 : Tableau récapitulatif de renseignement des critères d'accès à la table des conventions en gestion unique (signataires convention groupée)

2.3.3.4 CF11.03.04 : Restituer la liste des conventions applicables

Vue générale

Nom CF11.03.04 : Restituer la liste des conventions applicables

Type Sans interaction avec l'extérieur

Description Le système de facturation restitue au Professionnel de Santé <<le résultat de la recherche des conventions applicables>> sous forme d'une liste des conventions groupées et non groupées.

Entrée « signataire de convention non groupée » (liste des conventions applicables signées en direct) EF_CF96

« signataire de convention groupée » (liste des conventions applicables signées par des signataires) EF_CF97

Sorties « convention » (liste des conventions applicables) EF_CF98

Situations spécifiques

Règles de gestion

RESTITUER LA LISTE DES CONVENTIONS APPLICABLES

[RG_CF367] Restituer la liste des conventions applicables (EF_CF98)

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Lorsque plusieurs conventions groupées et non groupées sont alors trouvées, celles-ci sont restituées au Professionnel de Santé pour sélection.



Cas particuliers

[RG_CF367] **[CP1]** Recherche infructueuse en gestion unique

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

En cas de recherche de conventions infructueuse avec le numéro d'organisme complémentaire comme critère de recherche, le système de facturation doit réaliser une nouvelle recherche dans la table des conventions sans le numéro d'organisme complémentaire et en renseignant l'indicateur de convention groupée à « 0 », le type de convention à « RO », et le critère secondaire.

[RG_CF367] **[CP2]** Plusieurs PS utilisateurs d'un même poste et conventions signées entre un PS et un organisme complémentaire

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Dans le cas où le système de facturation est utilisé par plusieurs Professionnels de Santé, le système de facturation doit restituer à chaque Professionnel de Santé la table de conventions le concernant (conventions qu'il a renseignées par mise à jour directe, conventions de son choix mises à jour à partir des fichiers normés...).

[RG_CF367] **[CP3]** Conventions signées pour tout ou partie des spécialités entre un centre de santé et un organisme complémentaire

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Dans le cas d'un centre de santé, le système de facturation doit restituer les conventions de la structure applicables à la spécialité de l'exécutant de la prestation.



Recommandations

[RG_CF367] [CR1] Conservation de la liste des conventions

PR			AM	LB	PH	FR	SE
M	CD	SF					

Il est recommandé au système de facturation de conserver la liste des conventions applicables durant le processus de facturation. Le Professionnel de Santé peut être amené à sélectionner une autre convention en cours de facturation (ex : cas du passage en hors tiers payant).

[RG_CF368] Afficher les données des conventions applicables

PR			AM	LB	PH	FR	SE
M	CD	SF					

Pour chaque convention restituée, le système de facturation permet l'affichage de toutes les données contenues dans la table. Pour une convention groupée, le système de facturation peut lister à partir de la table des regroupements les organismes complémentaires concernés par cette convention.

2.3.3.5 CF11.03.05 : Sélectionner la convention applicable

Vue générale

Nom CF11.03.05 : Sélectionner la convention applicable

Type Avec interaction avec l'extérieur

Description Cette opération a pour but de demander au professionnel de santé de sélectionner la convention applicable à la facture parmi la liste des conventions applicables.

L'opération se déroule de la façon suivante :

- le système de facturation constitue la demande de sélection au professionnel de santé ;
- le professionnel de santé sélectionne la convention applicable en fonction de la demande.

Entrées « convention » (liste des conventions applicables) EF_CF98

« contrat complémentaire en gestion unique » EF_BS13

« contrat complémentaire en gestion séparée » EF_BS16

Sorties « convention applicable » EF_CF14

Situations Bénéficiaire de la CMU complémentaire C2S SP03

spécifiques Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire SP05

Règles de gestion

CONSTITUER LA DEMANDE DE SELECTION DE LA CONVENTION APPLICABLE

[RG_CF369] Constituer la demande de sélection d'une convention applicable

PR			AM	LB	PH	FR	SE
M	CD	SF					

La liste des conventions restituée par la table des conventions peut contenir :

- une seule convention : le système de facturation demande au Professionnel de Santé s'il souhaite appliquer ou non la convention,
- plusieurs conventions de même type (Tiers Payant et / ou Hors Tiers Payant) : le système de facturation demande au Professionnel de Santé de choisir ou non l'une des conventions.



Cas particuliers

[RG_CF369] [CP1] Aucune convention

PR			AM	LB	PH	FR	TE
M	CD	SF					

Aucune convention : le système de facturation demande au Professionnel de Santé s'il souhaite mettre à jour sa table des conventions. Pour pouvoir appliquer cette nouvelle convention, le système de facturation doit vérifier qu'elle est compatible avec les critères d'accès précédemment valorisés.

[RG_CF370] Sélectionner la convention applicable

PR			AM	LB	PH	FR	TE
M	CD	SF					

<< Le professionnel de santé sélectionne la convention applicable.>>



Cas particuliers

[RG_CF370] [CP1] Pas de sélection de convention par le Professionnel de Santé

PR			AM	LB	PH	FR	TE
M	CD	SF					

Si le Professionnel de Santé décide de ne pas sélectionner une convention parmi celle(s) proposée(s) (ou si aucune convention n'est restituée par la table des conventions), le progiciel ne permet pas la prise en compte de la complémentaire selon le Cahier des Charges SESAM-Vitale. Cependant, en gestion séparée, le Professionnel de Santé peut choisir de transmettre les informations de la complémentaire par un autre moyen hors SESAM-Vitale (flux direct) ou avec une FSE enrichie sans données d'adressage AMC (flux passant par un OCT) ou un flux papier.

> Situations particulières pour ce cas particulier

[RG_CF370] [CP1][SP03] Aucune sélection

PR			AM	LB	PH	FR	TE
M	CD	SF					

En gestion séparée, si le Professionnel de Santé décide de ne pas sélectionner une convention parmi celle(s) proposée(s) (ou si la table n'est pas renseignée), le Professionnel de Santé peut réaliser un flux Tiers Payant coordonné qui peut être assimilé à un mode de gestion unique. Le <<système de facturation>> doit offrir cette possibilité au Professionnel de Santé.

[RG_CF370] [CP1][SP05] Aucune sélection

PR			AM	LB	PH	FR	TE
M	CD	SF					

Pour les factures élaborées selon le dispositif « TPi ACS - Procédure standard SESAM-Vitale », si le Professionnel de Santé (hors opticien et audioprothésistes) décide de ne pas sélectionner une convention parmi celle(s) proposée(s) (ou si le Professionnel de Santé n'a pas de convention de télétransmission), le , le << système de facturation >> doit offrir la possibilité au Professionnel de Santé de réaliser un flux Tiers Payant Coordonné qui peut être assimilé à un mode de gestion unique (dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO »). Le progiciel doit permettre cette fonctionnalité au Professionnel de Santé sauf pour les prestations d'optique et d'audioprothèse. Les prestations d'optique ou d'audioprothèse sont identifiées par leur groupe fonctionnel général valorisé à « optique » ou « audioprothèse » (EF-IP05-04).

[RG_CF329] Contrôler la convention applicable avec l'organisme complémentaire identifié (EF_CF14_99)

PR			AM	LB	PH	FR	SI
M	CD	SF					

La convention sélectionnée doit être applicable à la complémentaire identifiée (EF_BS13_05 ou EF_BS17_01).

2.3.4 CF11.04 : Déterminer le tiers payant complémentaire

Vue générale

Nom	CF11.04 : Déterminer le tiers payant complémentaire		
Type	Avec Sans interaction avec extérieur		
Description	Cette tâche a pour but de déterminer l'application ou non du tiers payant pour la prise en charge de la part complémentaire.		
Entrées	« convention applicable »		EF_CF14
	« code compatibilité convention »		EF_CF14_99
	Type de dispositif de tiers payant complémentaire ACS		EF_PS04_18
Sorties	« code tiers payant complémentaire »	1321-5 pos. 3	EF_CF03_03
Situations spécifiques	Bénéficiaire de la CMU complémentaire C2S		SP03
	Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire		SP05

Règles de gestion

[RG_CF385] Acquérir le choix de tiers payant du PS Déterminer le code tiers payant complémentaire (EF_CF03_03)

PR			AM	LB	PH	FR	SI
M	CD	SF					

Le système acquiert auprès du professionnel de santé son choix pour l'application ou non du tiers payant complémentaire.

<< Si la convention sélectionnée est une convention de tiers payant (type d'accord de la convention – EF_CF14_06) et qu'elle est compatible avec le service ouvert au bénéficiaire de soins, le système de facturation applique le tiers payant sur la part complémentaire.

Si la convention sélectionnée est une convention de hors tiers payant (type d'accord de la convention – EF_CF14_06) et qu'elle est compatible avec le service ouvert au bénéficiaire de soins, le système de facturation applique le hors tiers payant sur la part complémentaire.

>>



Cas particuliers

[RG_CF385] [CP1] Changement de type de service ouvert en gestion séparée et convention applicable

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En gestion séparée, un changement de type de service AMC <<ouvert>> (de TP en HTP ou vice-versa) doit conduire le << système de facturation >> à refaire la recherche de la convention applicable. Le changement de type de service n'est possible que si l'indicateur de traitement valorisé l'autorise (indicateur = « 3x »).

[RG_CF385] [CP2] Changement de type de service ouvert en gestion unique

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En gestion unique, un passage de HTP AMC en TP AMC doit conduire le << système de facturation >> à faire la recherche de la convention applicable

[RG_CF385] [CP3] Changement de type de service ouvert en gestion séparée et réponse Annuaire AMC

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En gestion séparée, un changement de type de service AMC <<ouvert>> (de TP en HTP ou vice-versa) doit conduire le système de facturation à refaire la recherche des informations administratives et de routage dans l'Annuaire AMC.



Situations particulières

[RG_CF385] [SP03] Déterminer le code tiers payant complémentaire (EF_CF03_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation doit proposer le tiers payant sur la part complémentaire. Le bénéficiaire de soins peut refuser cette dispense d'avance de frais.

Le tiers payant coordonné doit toujours être possible.

[RG_CF385] [SP05] Déterminer le code tiers payant complémentaire (EF_CF03_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les bénéficiaires du dispositif « TPi ACS », le système de facturation doit proposer le tiers payant sur la part complémentaire, chez tous les professionnels de Santé, dès lors que le bénéficiaire de l'ACS a souscrit un contrat ACS encadré (A, B, C). Le bénéficiaire de soins peut refuser cette dispense d'avance de frais.

L'application du Tiers Payant sur la part complémentaire est conditionnée par :

- la nature d'assurance : la nature d'assurance doit être « Maladie » ou « Maternité ».

2.3.5 CF11.05 : Rechercher dans l'Annuaire AMC les informations administratives et de routage (nouveau chapitre)

Vue générale

Nom CF11.05 : Rechercher dans l'Annuaire AMC les informations administratives et de routage

Type Sans interaction avec l'extérieur

Description	Cette tâche a pour but d'interroger l'Annuaire AMC afin de collecter les informations administratives et de routage de la part complémentaire en gestion séparée.
Entrées	<p>« code tiers payant complémentaire » EF_CF03_03</p> <p>« code spécialité » EF_PS03_14</p> <p>« code activité du centre de santé » EF_PS04_20</p> <p>Domaine(s) AMC / Spécialité PS DF_SAMC01</p> <p>« contrat complémentaire en gestion séparée » EF_BS17</p> <p>« critères recherche conventionnelle type 1 » EF_BS20</p>
Sorties	« réponse de l'Annuaire AMC »
Situations spécifiques	

Règles de gestion

[RG_CF410] Déterminer le domaine AMC du PS facturant (EF_CF95_01)

PR			AM	LB	PH	FR	SI
M	CD	SF					

Le système détermine le domaine AMC du PS en recherchant le domaine correspondant à la spécialité du PS.

Dans le cas où le système récupère plusieurs domaines, celui-ci affiche la liste des domaines (libellés et codes) au PS qui doit choisir le domaine dans lequel il se situe pour poursuivre son processus.

Préconisation : le LPS peut proposer au PS de paramétrer le domaine qu'il souhaite.



Cas particuliers

[RG_CF410] [CP1] Centre de santé

PR			AM	LB	PH	FR	SI
M	CD	SF					

Le système détermine le domaine du professionnel de santé en fonction de l'activité du centre de santé (EF_PS04_20).

[RG_CF410] [CP2] Plusieurs domaines

PR			AM	LB	PH	FR	SI
M	CD	SF					

Dans le cas où le système récupère plusieurs domaines, celui-ci affiche la liste des domaines (libellés et codes) au PS qui doit choisir le domaine dans lequel il se situe pour poursuivre son processus.

[RG_CF411] Appeler l'Annuaire AMC

PR			AM	LB	PH	FR	SI
M	CD	SF					

Le système appelle l'Annuaire AMC en fournissant les éléments suivants :

Demande Annuaire AMC		Données fournies à l'Annuaire AMC	
n°	Donnée [GU ANN]	Traitement	Donnée
Objet requête			
01	version	=	Cf. DICO Annuaire [DICO WSANN]
02	date_demande	=	
03	editeur	=	
04	logiciel	=	
05	version_logiciel	=	
Objet adressage			
06	numero_amc		Identifiant de l'organisme complémentaire en gestion séparée (EF_BS17_01) n°AMC (109-1)
07	code_type_convention		Type convention (EF_BS20_01) (109-2)
08	code_csr		Code critère secondaire (EF_BS20_02) (109-2)
09	domaine_conventionnel	=	Domaine AMC du PS (EF_CF95_01)
10	code_service	=	Selon code_tiers_payant si TP alors code_service = FTP si HTP alors code_service = FHP
11	code_norme_service	=	Renseigné à « DRE »
12	version_norme_service	=	Renseigné à « V1.0 »
13	type_adresse	=	Renseigné à « MEL »

Les spécifications d'entêtes sont décrites dans le Guide WS Annuaire AMC cf. [GU AN].

Les spécifications des données de la requête d'appel à l'Annuaire AMC sont définies dans le Guide WS Annuaire AMC [GU ANN]. En cas de modification de ce guide, une notification est envoyée à l'adresse de messagerie indiquée lors de l'inscription (de l'éditeur de LPS) à l'Annuaire AMC.



Situations particulières

[IRG_CF411] [SP03] Pas d'appel à l'Annuaire AMC en CMU-C C2S

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

En gestion séparée en cas de CMU-C C2S, le système ne fait pas appel à l'Annuaire AMC. La recherche est effectuée dans la table des conventions.

[IRG_CF411] [SP05] Pas d'appel à l'Annuaire AMC en ACS

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

En gestion séparée en cas d'ACS, le système ne fait pas appel à l'Annuaire AMC. La recherche est effectuée dans la table des conventions.

[RG_CF412] Acquérir la réponse du service de l'Annuaire AMC

		PR					
M	CD	SF	AM	LB	PH	FR	LI

Le système récupère la réponse de l'Annuaire AMC (« code_retour » = 1) dans le résultat de la demande : objet « resultat_demande ».

Les spécifications des données de la requête d'appel à l'Annuaire AMC sont définies dans le Guide WS Annuaire AMC [GU_ANN] :

- Les données en sortie : § 6.1.3

Réponse Annuaire AMC		Données reçues																							
N°	Donnée	Traitement	Donnée																						
Objet reponse																									
01	date_reponse	=	Cf. DICO Annuaire [DICO WSANN]																						
02	duree_validite																								
Objet etat_demande																									
03	code_retour																								
04	type_ko																								
05	message	=	Cf. DICO Annuaire [DICO WSANN]																						
06	url_Annuaire	=	Cf. DICO Annuaire [DICO WSANN]																						
Objet resultat_demande																									
07	resultat	=	Contient les informations administratives et de routage. Les informations administratives et de routage sont structurées de la façon suivante : <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>1</td><td>N° Opérateur de règlement de l'Annuaire AMC</td></tr> <tr><td>2</td><td>Séparateur « / »</td></tr> <tr><td>3</td><td>Code routage de l'Annuaire AMC</td></tr> <tr><td>4</td><td>Séparateur « / »</td></tr> <tr><td>5</td><td>Identifiant de l'hôte de l'Annuaire AMC</td></tr> <tr><td>6</td><td>Séparateur « / »</td></tr> <tr><td>7</td><td>Nom de domaine de l'Annuaire AMC</td></tr> <tr><td>8</td><td>Séparateur « / »</td></tr> <tr><td>9</td><td>Code aiguillage STS de l'Annuaire AMC</td></tr> <tr><td>10</td><td>Séparateur « / »</td></tr> <tr><td>11</td><td>Indicateur d'acceptation d'une DRE d'annulation de l'Annuaire AMC</td></tr> </table>	1	N° Opérateur de règlement de l'Annuaire AMC	2	Séparateur « / »	3	Code routage de l'Annuaire AMC	4	Séparateur « / »	5	Identifiant de l'hôte de l'Annuaire AMC	6	Séparateur « / »	7	Nom de domaine de l'Annuaire AMC	8	Séparateur « / »	9	Code aiguillage STS de l'Annuaire AMC	10	Séparateur « / »	11	Indicateur d'acceptation d'une DRE d'annulation de l'Annuaire AMC
1	N° Opérateur de règlement de l'Annuaire AMC																								
2	Séparateur « / »																								
3	Code routage de l'Annuaire AMC																								
4	Séparateur « / »																								
5	Identifiant de l'hôte de l'Annuaire AMC																								
6	Séparateur « / »																								
7	Nom de domaine de l'Annuaire AMC																								
8	Séparateur « / »																								
9	Code aiguillage STS de l'Annuaire AMC																								
10	Séparateur « / »																								
11	Indicateur d'acceptation d'une DRE d'annulation de l'Annuaire AMC																								
08	type_adresse	=	DICO Annuaire cf. [DICO WSANN]																						
09	code_type_convention	=																							

10	code_csr	=	Information de l'AMC à destination du PS
11	libelle_reseau	=	
12	libelle_csr	=	
13	commentaire_ps	=	
14	nom_contact	=	
15	prenom_contact	=	
16	mail_contact	=	
17	telephone_contact	=	



Cas particuliers

[IRG_CF412] [CP1] Plusieurs réponses sont retournées par l'Annuaire AMC

PR			AM	LB	PH	FR	ER
M	CD	SF					

Dans le cas où l'Annuaire AMC retourne plusieurs réponses (« code_retour » = 2) alors le système propose au professionnel de santé de choisir la réponse par rapport aux critères de recherche (retour annuaire donnée 09 code_type_convention et 10 code_csr) ou au réseau auquel il adhère (retour annuaire donnée 11 libelle_reseau).

[IRG_CF412] [CP2] Un nombre important de réponses est détecté par l'Annuaire AMC

PR			AM	LB	PH	FR	ER
M	CD	SF					

Dans le cas où l'Annuaire AMC trouve trop de réponses (« code_retour » = 3), aucune réponse n'est retournée par l'Annuaire AMC. Le système propose alors au professionnel de santé de compléter le renseignement des critères de recherche (retour annuaire données « 09 code_type_convention » et « 10 code_csr »).



Cas d'erreurs



Pour chaque retour en erreur, il est recommandé au système de réessayer un deuxième appel avant abandon.

[IRG_CF412] [CE1] Pas de réponse de l'Annuaire AMC ou aucune réponse trouvée

PR			AM	LB	PH	FR	ER
M	CD	SF					

Le système retourne au processus de facturation SESAM-Vitale qu'aucune réponse n'est fournie par l'Annuaire AMC (« code_retour » = 4).

Si l'Annuaire AMC ne retourne pas de réponse, le système propose au professionnel de santé de vérifier les critères de recherche avant de poursuivre le processus de facturation (recherche des conventions applicables).

[IRG_CF412] [CE2] L'Annuaire AMC retourne l'erreur « 9xx » (« code_retour » = 9 et « type_ko » = 1 à 99)

PR			AM	LB	PH	FR	ER
M	CD	SF					

Le système traite les actions complémentaires décrites dans le guide WS Annuaire AMC.

2.3.6 CF11.06 : Acquérir les autres informations relatives au contexte de la part complémentaire niveau facture

Les règles de valorisation des données code application, sens comptable et type de contrat sont décrites dans l'annexe 1-A0 du Cahier des charge Editeurs.

2.3.7 CF11.08 : Déterminer le service de l'organisme complémentaire à appeler

Vue générale

Nom CF11.08 : Déterminer le service de l'organisme complémentaire à appeler

Type Sans interaction avec l'extérieur

Description Le système de facturation contrôle l'activation d'un service de tarification complémentaire.

En fonction du support de droits présenté par le bénéficiaire de soins, le calcul de la part complémentaire est pris en charge par un des services de tarification complémentaire définis par les familles de complémentaires, c'est-à-dire :

- le CTIP,
- la FNMF,
- la FFSa FFA.

Les AMO fournissent également dans le cadre de la gestion unique un service de tarification complémentaire.

Cette tâche consiste à déterminer le service de l'organisme complémentaire à appeler : service de tarification complémentaire du CTIP, de la FNMF...

Entrées	« code indicateur de désactivation des STS de la convention »	EF_CF14_09
	« code activation des services de tarification complémentaire par le PS »	EF_AP34_01
	« organisme complémentaire »	EF_BS16
	« contrat complémentaire en gestion unique »	EF_BS13
	« contrat complémentaire en gestion séparée »	EF_BS17
	« convention applicable »	EF_CF14
	« informations administratives et de routage »	EF_CF16
Sorties	« code activation d'un service de tarification complémentaire »	EF_CF03_13
	« code service de tarification complémentaire »	EF_CF03_14
Situations spécifiques	Bénéficiaire de la CMU-C C2S	SP03
	Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire	SP05

Règles de gestion

[RG_CF375] Déterminer l'activation d'un service de tarification complémentaire (EF_CF03_13)

		PR						
M	CD	SF	AM	LB	PH	FR		

<< La valorisation des montants de la part complémentaire par un service de tarification complémentaire est activée :

- si le professionnel de santé a activé l'utilisation des services de tarification complémentaire de SESAM-Vitale (EF_AP34_01), >>
- et si l'indicateur de désactivation des STS est positionné à activé dans les informations administrations et de routage (EF_CF16_09 = « 0 »).

[RG_CF379] Déterminer le code aiguillage du service de tarification complémentaire (en fonction des informations complémentaires acquises et de la convention sélectionnée) (EF_CF03_14)

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Gestion séparée

Le code aiguillage du service de tarification complémentaire est celui acquis dans les informations administratives et de routage (EF_CF16_10).

Gestion unique

Le système de facturation réalise un contrôle de compatibilité entre le code aiguillage acquis (code aiguillage STS en gestion unique – EF_BS13_06 ou code aiguillage STS en gestion séparée – EF_BS17_07) et celui contenu dans la table des conventions (code aiguillage STS de la convention – EF_CF14_10) dans les informations administratives et de routage issues de la table de convention (EF_CF16_10).

Si le code aiguillage du support de droits est identique au code aiguillage de la table dans les informations administratives et de routage (EF_CF16_10), le code aiguillage à prendre pour l'appel au service de tarification complémentaire est celui contenu dans la table.



Cas particuliers

[RG_CF379] [CP1] Gestion unique - Code aiguillage du support de droits différent du code aiguillage de la convention

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le code aiguillage utilisé pour l'appel aux services de tarification complémentaire dépend du support de droits présenté et des informations administratives et de routage issues de la table de convention et de l'indicateur d'usage de l'attestation pour la convention choisie.

- Si le code aiguillage du support est différent du code aiguillage de la table,
 - Si le support de droits utilisé est le service ADR ou la carte Vitale (ou un autre support électronique), soit le Professionnel de Santé met à jour la table des conventions, soit il abandonne l'envoi d'un flux de données complémentaires.
 - Si le support de droits présenté est une attestation papier et que l'indicateur d'usage de l'attestation est égal à « 0 », soit le Professionnel de Santé met à jour la table des conventions, soit il abandonne l'envoi d'un flux de données complémentaires.
 - Si le support de droits présenté est une attestation papier et que l'indicateur d'usage de l'attestation est égal à « 1 », le code aiguillage à prendre pour l'appel aux services de tarification complémentaire est celui contenu dans la table.
- Si le code aiguillage est présent sur le support et absent de la table, soit le Professionnel de Santé met à jour la table des conventions, soit il abandonne l'envoi d'un flux de données complémentaires.

- Si le code aiguillage est absent du support de droits et présent dans la table, le système de facturation utilise celui présent dans la table des conventions.

[RG_CF379] [CP2] Code aiguillage absent

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Si le code aiguillage est absent du support de droits et de la table, celui-ci n'est pas valorisé.

[RG_CF382] Déterminer le service de l'organisme complémentaire à appeler (EF_CF03_14)

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Selon la valeur du code aiguillage du service de tarification, l'aiguillage est le suivant :

- STS-FFSA pour une valeur égale à « 4 »
- STS-CTIP pour une valeur égale à « 8 »
- STS-FNMF/FMF pour une valeur égale à « M »
- STS-A8 pour une valeur égale à « R »



Situations particulières

[RG_CF382] [SP03] Déterminer le service de l'organisme complémentaire à appeler (EF_CF03_14)

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

<< Si le bénéficiaire de soins est bénéficiaire de la CMU complémentaire C2S, le service de tarification complémentaire à appeler est le STS-CMU. >>

Ce STS-CMU est unique et gère la tarification de la même façon pour tous les bénéficiaires de la CMU-C C2S. Les garanties et les forfaits sont définis par l'Etat.

[RG_CF382] [SP05] Déterminer le service de l'organisme complémentaire à appeler (EF_CF03_14)

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Pour les factures élaborées selon le dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO », le service de tarification complémentaire à appeler est le STS-CMU.

Ce STS-CMU est unique et gère la tarification de la même façon pour tous les bénéficiaires de l'ACS ayant souscrit un contrat ACS encadré. Les garanties minimales prises en charge dans le cadre du « TPi ACS – Paiement coordonné par l'AMO » sont définies par l'Etat.

2.3.8 CF11.09 : Déterminer le service ouvert au bénéficiaire de soins

Vue générale

Nom CF11.09 : Déterminer le service ouvert au bénéficiaire de soins

Type Sans interaction avec extérieur

Description Le système de facturation identifie les services que l'organisme complémentaire propose dans le cadre de SESAM-Vitale au bénéficiaire de soins, par l'analyse de l'indicateur de traitement renseigné sur le support de droits.

L'indicateur de traitement permet de préciser les traitements possibles acceptés par l'organisme complémentaire pour ce bénéficiaire de soins : tiers payant seul, hors tiers payant seul, tiers payant ou hors tiers payant. << Le système de facturation détermine préalablement la valeur de l'indicateur de traitement applicable pour la facture.>>

Entrées	« contrat complémentaire en gestion séparée »	EF_BS17
	« contrat complémentaire en gestion unique »	EF_BS13
	« organisme complémentaire »	EF_BS16
Sorties	« code service ouvert »	EF_CF03_04
Situations spécifiques	Bénéficiaire de la CMU complémentaire C2S	SP03
	Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire	SP05

Règles de gestion

DETERMINER LE SERVICE OUVERT EN GESTION SEPARÉE

[RG_CF303] Déterminer l'indicateur de traitement applicable pour la facture en gestion séparée (EF_CF03_02) (1321-10)

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

<< L'indicateur de traitement applicable pour la facture est celui acquis sur le support de droits présenté par le bénéficiaire de soins (EF_BS17_04)..>>



Cas particuliers

[RG_CF303] [CP1] Présentation d'une attestation papier

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Dans le cadre de la présentation d'une attestation papier (code support de droits complémentaire - EF_BS16_02), c'est l'indicateur d'usage de l'attestation présent dans la table des conventions qui permet de renseigner les données SESAM-Vitale (en particulier l'indicateur de traitement).

- Si l'indicateur d'usage de l'attestation (code indicateur d'usage de l'attestation papier de la convention - EF_CF14_11) est égal à « 0 », c'est la valeur de l'indicateur de traitement mentionnée sur l'attestation qui est prise en compte. Si l'indicateur de traitement n'est pas présent, le système de facturation doit le valoriser automatiquement à « 00 ».

Si l'indicateur d'usage de l'attestation est égal à « 1 » (code indicateur d'usage de l'attestation papier de la convention - EF_CF14_11), le Le système de facturation doit valoriser automatiquement l'indicateur de traitement à « 32 ».

[RG_CF371] Déterminer le service ouvert en gestion séparée (EF_CF03_04)

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le tableau ci-dessous récapitule le service ouvert à l'assuré en fonction de la valeur de l'indicateur de traitement (première position de l'indicateur de traitement):

Valeur de la première position de l'indicateur de traitement	Service ouvert pour le bénéficiaire de soins
1	Hors tiers payant
2, 6, 7	Tiers Payant
3	Tiers Payant ou Hors tiers payant
0	Pas de DRE possible

Figure 10 : Tableau récapitulatif des services ouverts au bénéficiaire de soins en gestion séparée

Règles de gestion

DETERMINER LE SERVICE OUVERT EN GESTION UNIQUE

[RG_CF305] Déterminer l'indicateur de traitement applicable pour la facture en gestion unique (EF_CF03_02) (1321-10)

PR			AM	LB	PH	FR	00
M	CD	SF					

<< L'indicateur de traitement applicable pour la facture est celui acquis sur le support de droits présenté par le bénéficiaire de soins (EF_BS13_03). >>



Cas particuliers

[RG_CF305] [CP1] Absence de l'information dans la réponse ADR ou en carte Vitale

PR			AM	LB	PH	FR	00
M	CD	SF					

Dans l'hypothèse où l'indicateur de traitement n'est pas restitué dans la réponse du service ADR ou lors de la lecture de la carte Vitale, le système de facturation doit proposer un tiers payant sur la part complémentaire et valoriser l'indicateur de traitement à 01.



Situations particulières

[RG_CF305] [SP03] Déterminer l'indicateur de traitement applicable pour la facture en gestion unique en cas de tiers payant coordonné

PR			AM	LB	PH	FR	00
M	CD	SF					

Le système doit renseigner l'indicateur de traitement à « 62 ».

[RG_CF305] [SP05] Déterminer l'indicateur de traitement applicable pour la facture en gestion unique en cas de tiers payant coordonné

PR			AM	LB	PH	FR	00
M	CD	SF					

Pour les factures élaborées selon le dispositif « TPI ACS - Paiement coordonné par l'AMO » (chez le Professionnel de Santé hors opticien et audioprothésiste et hors prestations d'optique et d'audioprothèse), l'indicateur de traitement est valorisé avec la valeur 62. Les prestations d'optique ou d'audioprothèse sont identifiées par leur groupe fonctionnel général valorisé à « optique » ou « audioprothèse » cf. Table 1 de l'annexe 2.



Remarque : Pour les factures élaborées selon le dispositif « TPI ACS - Procédure standard SESAM-Vitale », l'indicateur de traitement est renseigné selon le processus standard SESAM-Vitale.

[RG_CF372] Déterminer le service ouvert en gestion unique (EF_CF03_04)

PR			AM	LB	PH	FR	00
M	CD	SF					

Le tableau ci-dessous récapitule le service ouvert à l'assuré en fonction de la valeur de l'indicateur de traitement quand il est renseigné :

Valeur de l'indicateur de traitement	Service ouvert pour le bénéficiaire de soins
00	Pas de transmission d'information complémentaire
01,02, 62, 71	Tiers Payant

Figure 11 : Tableau récapitulatif des services ouverts au bénéficiaire de soins en gestion unique

Règles de gestion

CONTROLE

[IRG_CF409] Contrôler le choix de tiers payant avec le service ouvert au bénéficiaire de soins

PR			AM	LB	PH	FR	EF
M	CD	SF					

Le choix de tiers payant du Professionnel de Santé (EF_CF03_03) doit être compatible avec le service ouvert au bénéficiaire de soins (EF_CF03_04).

2.3.9 CF11.10 : Déterminer les informations administratives et de routage pour élaborer la facture (nouveau chapitre)

Vue générale

Nom CF11.10 : Déterminer les informations administratives et de routage pour élaborer la facture

Type Sans interaction avec l'extérieur

Description L'objectif de cette tâche est de déterminer les informations administratives et de routage en fonction de leur acquisition (convention applicable sélectionnée ou Annuaire AMC).

Entrées « réponse de l'Annuaire AMC »

« convention applicable »

EF_CF14

Sorties « données administratives et de routage »

EF_CF16

Situations spécifiques

Règles de gestion

[IRG_CF413] Interpréter les informations administratives et de routage selon leur origine (EF_CF16)

PR			AM	LB	PH	FR	EF
M	CD	SF					

Le système récupère les informations administratives et de routage suivant le résultat de la recherche réalisée dans l'Annuaire AMC ou dans la table de convention

°	Donnée	Gestion séparée		Gestion unique
		Issue de l'Annuaire AMC	Issue de la table de convention	Issue de la table de convention
01	N° opérateur de règlement 1330-1	Oui « Numéro d'opérateur de règlement de l'Annuaire AMC » (07-Résultat – Donnée 1)	Oui « Numéro d'opérateur de règlement de la convention » (EF_CF14_14)	Non applicable
02	Code routage 1321-8	Oui « Code routage de l'Annuaire AMC » (07-Résultat – Donnée 3)	Oui « Code routage de la convention » (EF_CF14_15)	Non applicable
03	Identifiant de l'hôte 1321-11	Oui « Identifiant de l'hôte de l'Annuaire AMC » (07-Résultat – Donnée 5)	Oui « Identifiant de l'hôte de la convention » (EF_CF14_16)	Non applicable
04	Nom de domaine	Oui	Oui	Non applicable

	1321-9	« Nom de domaine de l'Annuaire AMC » (07-Résultat – Donnée 7)	« Nom de domaine de la convention » (EF_CF14_17)	
05	Indicateur d'acceptation d'une DRE d'annulation	Oui « Indicateur d'acceptation d'une DRE d'annulation de l'Annuaire AMC » (07-Résultat – Donnée 11)	Oui « Code indicateur d'acceptation d'une DRE d'annulation de la convention » (EF_CF14_12)	Non applicable
06	Code aiguillage de STS	Oui « Code aiguillage STS de l'Annuaire AMC » (07-Résultat – Donnée 9)	Oui « Code aiguillage STS de la convention » (EF_CF14_10)	Oui « Code aiguillage STS de la convention » (EF_CF14_10)
07	Indicateur d'acceptation d'une DRE de rectification	Non Valeur par défaut = « 0 » (Non acceptation)	Oui « Code indicateur d'acceptation d'une DRE de rectification de la convention » (EF_CF14_13)	Non applicable
08	Indicateur de désactivation des STS	- Non Valeur par défaut = « 0 » (STS activé)	Oui « Code indicateur de désactivation des STS de la convention » (EF_CF14_09)	Oui « Code indicateur de désactivation des STS de la convention » (EF_CF14_09)
09	Critère secondaire 1330-3 pos. 8-16	Oui Code_csr (Donnée 10 de la réponse de l'Annuaire AMC)	Oui « Critère secondaire de la convention » (EF_CF14_05)	Oui « Critère secondaire de la convention » (EF_CF14_05)
10	Code type de convention 1330-3 pos. 6-7	Oui Code_type_convention (Donnée 09 de la réponse de l'Annuaire AMC)	Oui « Type de convention de la convention » (EF_CF14_04)	Oui « Type de convention de la convention » (EF_CF14_04)
11	Origine du contexte conventionnel 1330-3 pos. 20	Oui « A » (pour Annuaire AMC)	Oui « C » (pour Table de convention)	Oui « C »

3 Périmètre fonctionnel des STS

Les STS doivent aider le Professionnel de Santé dans l'application du tiers payant sur la part complémentaire.

Le périmètre fonctionnel des STS est le suivant :

- Calcul de la part complémentaire pour les organismes d'assurance maladie complémentaire pour lesquels des conventions de gestion ont été conclues avec un organisme d'Assurance Maladie Obligatoire. Ce calcul correspond à l'automatisation de l'annexe 8 du CdC SESAM-Vitale 1.31, et se situe désormais dans les STS-A8.
- Calcul de la part complémentaire pour les organismes servant des prestations complémentaires. Ce calcul est géré dans les STS-AMC.
- Calcul de la part complémentaire dans le cadre de la CMU-C C2S et du dispositif « TPI ACS - Paiement coordonné par l'AMO ». Ce calcul est géré dans les STS-CMU.

Afin de permettre toute évolution ultérieure des STS, il est nécessaire de prévoir que les STS pourront rendre des services en tiers payant et hors tiers payant, si une complémentaire est choisie par le Professionnel de Santé.

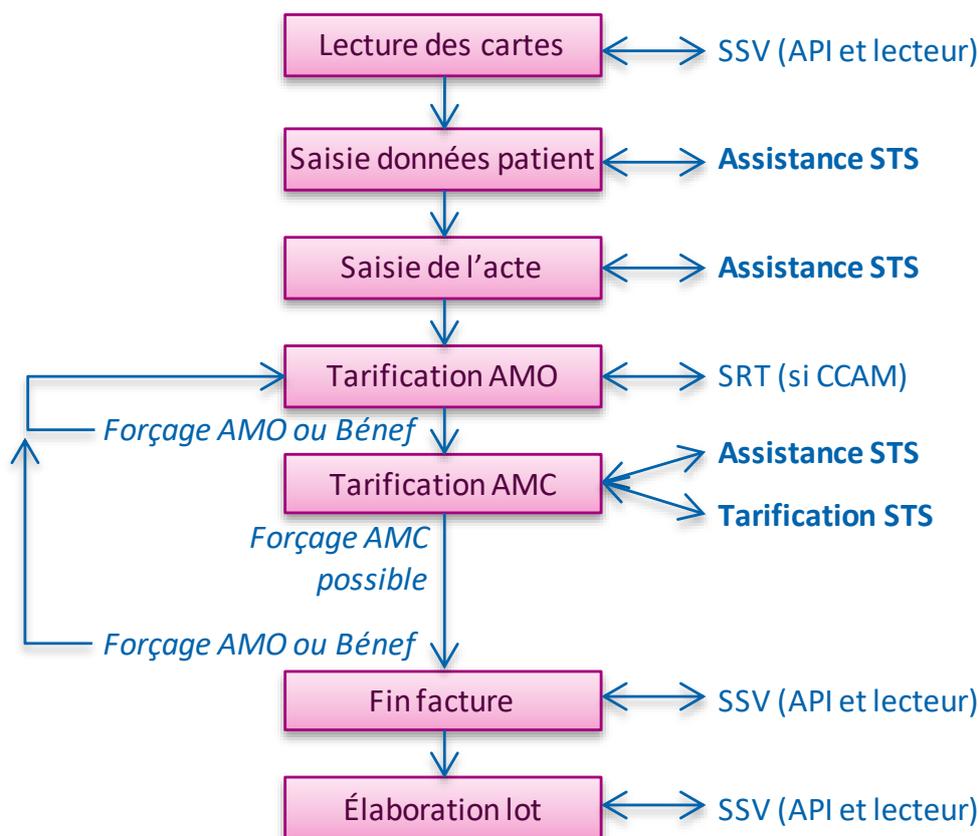
4 Évolution des STS

Les STS régissent la tarification complémentaire et seuls les organismes d'assurance maladie gérant la part complémentaire (gestionnaires de STS) peuvent faire évoluer ces services.

Ces services sont bâtis sur un principe de modules et de tables paramètres qui peuvent évoluer indépendamment. Quand un gestionnaire de STS décide de modifier ses paramètres, une nouvelle version de table est mise à disposition des Editeurs ou Professionnels de santé pour activer un téléchargement et donc une utilisation immédiate.

Quand ce gestionnaire de STS décide de faire évoluer son module, il développe ou sous-traite la réalisation d'une nouvelle version des STS. Cette dernière sera mise à disposition des Editeurs pour vérification du bon fonctionnement du logiciel et diffusion chez ses clients.

5 Fonctionnement général des STS



Les STS disposent essentiellement de deux fonctions :

- Assistance à la tarification : fonction d'aide à la tarification complémentaire.
- Tarification : calcul de la part complémentaire au niveau acte et au niveau facture.

Le progiciel doit :

- faire appel au module Interface STS en précisant quelle fonction doit être mise en œuvre au niveau STS (assistance à la tarification, tarification),
- transmettre toutes les données dont il dispose à l'appel de la fonction (données issues de la lecture de la CPS, données issues de la lecture de la carte Vitale ou de la saisie à partir d'un autre support de droits, facture, versions des Services SESAM-Vitale, données supplémentaires spécifiques aux STS) ;
- récupérer les résultats et les intégrer dans la facture et/ou les afficher,
- restituer au Professionnel de Santé les résultats des fonctions activées, en fonction du top « affichage » transmis avec les données,
- permettre de forcer les données restituées en fonction du top « Modification » transmis avec les données.

L'interface STS :

- Transmet toutes les informations disponibles au moment de l'appel au module STS. Cet appel, en assistance, peut se faire à tout moment de la procédure de facturation : juste après remontée des données carte, après saisie des données issues d'un autre support de droits, avant et pendant la facturation.

Les services de tarification :

- Reçoivent la demande transmise par le module d'interface STS.
- Activent la fonction demandée (assistance à la tarification, tarification).
- Rendent le résultat de la fonction activée et /ou des diagnostics qui indiquent des erreurs ou des avertissements (ex : informations manquantes).

Fonctionnement des STS en mode asynchrone

Les traitements effectués par les STS sont susceptibles de durer un temps important. Il est recommandé que le progiciel appelle les fonctions des STS en mode asynchrone, c'est-à-dire que l'interface homme-machine du progiciel ne soit pas bloquée pendant que les traitements STS s'exécutent.

6 Présentation des groupes STS

6.1 3700 Groupe CONTEXTE TARIFICATION de la part Complémentaire

Règles

Ce groupe précise si la tarification est réalisée par le STS-CMU ou si la prestation est réalisée par un médecin référent.

En entrée de l'interface

- Règles de valorisation du Top CMU

Le Top CMU est obligatoire. Le progiciel valorise systématiquement cette donnée.

Identification des bénéficiaires dont la tarification est réalisée par le STS-CMU

L'accès au STS-CMU est subordonné à l'identification préalable du bénéficiaire des soins comme bénéficiant de la **C2S CMU Complémentaire** gérée par un AMO ou par un AMC ou comme bénéficiant du dispositif « TPI ACS - Paiement coordonné par l'AMO ».

Valorisation du top CMU

- si le bénéficiaire des soins est bénéficiaire de la **C2S CMU Complémentaire** ou du dispositif « TPI ACS - Paiement coordonné par l'AMO », le progiciel doit valoriser le top CMU à « 1 » ;
 - si le bénéficiaire des soins n'est ni bénéficiaire de la **C2S CMU Complémentaire** ni du dispositif « TPI ACS - Paiement coordonné par l'AMO », le progiciel doit valoriser le top CMU à « 0 ».
- Règles de valorisation du Médecin référent :

Ce top est conservé dans le système de facturation mais n'est plus utilisé du fait de la suppression du médecin référent.

Ce top est donc valorisé systématiquement à « N » : Médecin non référent,

En sortie de l'interface

Ce groupe peut être restitué par les STS en retour.

3700	Groupe Contexte tarification de la part Complémentaire	
• Top CMU	Indiquer si le bénéficiaire des soins est bénéficiaire de la C2S CMU Complémentaire	obligatoire
• Top Médecin référent	Indiquer si le Professionnel de Santé est médecin référent	facultatif

6.2 3710 Groupe FORMULE AMC APPLIQUEE AU NIVEAU ACTE

Règles

Ce groupe indique la formule et les paramètres appliqués pour un acte.

En entrée de l'interface

Indique la formule que le Professionnel de Santé veut utiliser pour le calcul de la part complémentaire de la ligne acte.



Cas particulier des Honoraires de Dispensation générés

Pour une prestation d'honoraire de dispensation simple, le progiciel utilise la même formule que celle appliquée pour l'acte support.

Pour une prestation d'honoraire global, la formule à appliquer est : 052 « 100% TM » (aucun paramètre). Pour la prestation d'honoraire complexe, la part AMC est toujours nulle, le taux de prise en charge étant de 100%.



Cas particulier de la CMU-C C2S

Lors d'une prestation dispensée à un bénéficiaire de la C2S CMU Complémentaire, le paramétrage et le choix de la formule appliquée dans la tarification complémentaire sont liés au type de prestation.

Dans ce cas, le progiciel renseigne la formule et les paramètres en conséquence :

Dans le cas de prestation LPP d'équipement d'optique ou de prothèses auditives :

Optique :

Pour information :

Le montant remboursable par l'organisme complémentaire contient le ticket modérateur + le complément au ticket modérateur (forfait). Les équipements d'optiques concernés sont caractérisés par le groupe fonctionnel général « optique » et par le sous-groupe fonctionnel détail « CMU-C ».

– Prestations soumises à PLV

Le montant remboursable par l'organisme complémentaire correspond au montant de la dépense plafonné au PLV de l'acte et diminué du montant de la part AMO

[MIN(PLV, montant de la dépense) - part AMO].

La formule 011 « Frais réels plafonné » est proposée au Professionnel de Santé.

Le Professionnel de Santé renseigne alors le paramètre plafond n°1 avec le PLV présent en base LPP diminué du montant de la part AMO.

Ce paramètre correspond au montant global, de niveau acte, pris en charge au titre de la CMU-C (i.e. ticket modérateur + forfait de dépassement CMU-C fixé par arrêté ministériel).

Ce montant (Ticket modérateur + forfait CMU-C) figure sur l'accord de prise en charge CMU-C suite à devis au niveau de chaque prestation.

A défaut, le Professionnel de Santé calcule le plafond (Ticket modérateur + forfait CMU-C) pour le renseigner dans la formule, conformément à la réglementation en vigueur.

Il est de la responsabilité du Professionnel de Santé d'appliquer le forfait en adéquation avec le contexte médical.

– **Prestations non soumises à PLV**

Le montant remboursable par l'organisme complémentaire correspond au ticket modérateur (BR-Part AMO).

La formule à appliquer est : 052 « 100% TM » (aucun paramètre).

Prothèses auditives :

Les prothèses auditives sont caractérisées par le code prestation « PAU ».

La formule 011 « Frais réels plafonné » est proposée au Professionnel de Santé.

Il est de la responsabilité du Professionnel de Santé d'appliquer le tarif en adéquation avec le contexte.

La formule fonctionne comme expliqué précédemment pour l'optique.

Dans le cas de soins dentaire :

Pour le forfait dentaire CMU-C, le remboursement se fait sur la base des frais réels plafonné au montant du forfait (formule 011 avec le paramètre n° 1 valorisé au montant du forfait).

Un forfait dentaire CMU-C est caractérisé par une prestation de groupe fonctionnel « soins dentaire » et de sous groupe fonctionnel « Forfait CMU ».

Pour l'acte support auquel le forfait dentaire CMU-C est associé, le progiciel utilise la formule 052 (aucun paramètre).

Et pour toute autre prestation liée à la C2S CMU-C :

Le progiciel de santé utilise la formule 052 « 100%TM » (aucun paramètre).

Ce groupe est également renseigné par le progiciel après le choix par le Professionnel de Santé d'une formule à appliquer dans la liste des formules (à partir des groupes 3760).

En sortie de l'interface

Indique que le STS a appliqué ou tenté d'appliquer cette formule pour le calcul de la part complémentaire. Le progiciel peut afficher ce groupe au Professionnel de Santé.

3710		Groupe Formule AMC appliquée au niveau acte	
• N° de prestation (de rattachement)		Indiquer le numéro de prestation	obligatoire
• N° de formule AMC		Indiquer le numéro de formule	obligatoire
• Nombre de paramètres		Indiquer le nombre de paramètres	obligatoire
Pour chaque paramètre	• N° du paramètre	Indiquer le numéro de paramètre	obligatoire
	• Valeur du paramètre	Indiquer la valeur du paramètre	obligatoire

NB : Le nombre maximum de paramètres n'est pas limité.



Cas particulier pour le bénéficiaire du dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO »

Lors d'une prestation dispensée à un bénéficiaire du dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO », le paramétrage et le choix de la formule appliquée dans la tarification complémentaire sont liés au type de prestation.

Dans ce cas, le progiciel renseigne la formule et les paramètres en conséquence.

Dans le cas de soins dentaires :

La formule 02A « % TR – MRO » est proposée au Professionnel de Santé, celui-ci renseigne alors le paramètre %TR.

Ce paramètre correspond à la prise en charge totale (part régime obligatoire et complémentaire), exprimé en % de la BR (ou tarif de base) pour la garantie soins dentaires prévu dans le décret¹.

Par exemple, si le contrat complémentaire prévoit une couverture à 225% (cf. contrat ACS B dans l'exemple ci-dessous), le paramètre « 225 » sera renseigné pour la formule 02A.

Exemple de tableau de garanties prises en charge par la Complémentaire pour les soins dentaires dans le cadre des contrats ACS :

Prestations		ACS A	ACS B	ACS C
Soins dentaires (en ville ou en Centre de Santé)	Prothèses (céramo-métallique ; céramique)	125%de la BR	225% de la BR	300% de la BR
	Prothèses(acier)	125% de la BR	225% de la BR	300% de la BR
	Prothèses mobiles	125% de la BR	225% de la BR	300% de la BR
	Orthodontie remboursable	125% de la BR	225% de la BR	300% de la BR

Dans le cas de la pharmacie PM2, PH2 (et HD2, HG2 associées) :

La pharmacie PM2, PH2 (et HD2, HG2 associés) est remboursée à 0% du TM par les complémentaires. Dans ce cas, la formule 050 « % TM » est proposée au Professionnel de Santé, celui-ci renseigne alors le paramètre %TM avec la valeur zéro.

Et pour toute autre prestation :

Le progiciel de santé utilise la formule 052 « 100%TM » (aucun paramètre).

Pour rappel
Dans le cadre du dispositif « TPi ACS – Paiement coordonné par l'AMO », le tiers-payant est limité aux niveaux de garanties fixés dans le décret.

¹ Extrait décret 2014-1144. Art.R 863-11 Chap.II : « – Le cahier des charges précise les caractéristiques des trois contrats correspondant à des niveaux minima de prise en charge que doit comporter chaque offre ...Pour les frais d'honoraires des chirurgiens-dentistes, respectivement pour les contrats A, B et C, à 125 %, 225 % et 300 % du tarif de responsabilité pour les actes d'orthopédie dento-faciale et pour les prothèses dentaires »

Si le contrat complémentaire ACS encadré prévoit des garanties supérieures, alors le tiers-payant coordonné AMO ne pourra être réalisé que sur la base des niveaux prévus dans le décret. Dans ce cas, le Reste à Charge (RAC) à l'assuré est calculé à partir des garanties à minima du contrat A, B ou C fixées dans le décret, et non à partir du niveau de garanties précisé sur le support de droits AMC.

6.3 3715 Groupe LIBELLE DE LA FORMULE AMC AU NIVEAU ACTE

Règles

Ce groupe indique la formule et les paramètres appliqués pour un acte sous la forme d'un libellé affichable par le progiciel.

Le progiciel doit permettre le paramétrage de l'affichage des libellés au Professionnel de Santé.

Le libellé peut être identique pour tous les actes de la facture.

3715	Groupe <i>Libellé de la formule AMC appliquée au niveau acte</i>	
• N° de prestation (de rattachement)		<i>Afficher le numéro de prestation</i>
• Libellé de la formule AMC (avec ses paramètres valorisés)		<i>Afficher le libellé de la formule appliquée</i>

6.4 3720 Groupe FORMULE AMC APPLIQUEE AU NIVEAU FACTURE

Règles

En entrée de l'interface

Ce groupe indique la formule à appliquer pour une facture (cas d'un plafond pour une facture) pour calculer le total de la part complémentaire pour la facture.

Ce groupe est renseigné par le progiciel après le choix par le Professionnel de Santé d'une formule à appliquer.

En sortie de l'interface

Indique que le STS a appliqué ou tenté d'appliquer cette formule pour le calcul du total de la part complémentaire pour une facture.

3720	Groupe Formule AMC appliquée au niveau facture		
• N° de la formule AMC	Indiquer le numéro de formule		obligatoire
• Nombre de paramètres	Indiquer le nombre de paramètres		obligatoire
<i>Pour chaque paramètre</i>	• N° du paramètre	Indiquer le numéro de paramètre	obligatoire
	• Valeur du paramètre	Indiquer la valeur du paramètre	obligatoire

6.5 3725 Groupe LIBELLE DE LA FORMULE AMC APPLIQUEE AU NIVEAU FACTURE

Règles

Ce groupe indique la formule et les paramètres appliqués pour une facture sous la forme d'un libellé affichable par le progiciel.

Le progiciel doit permettre le paramétrage de l'affichage des libellés au Professionnel de Santé au même titre que le groupe 3715.

3725	Groupe <i>Libellé de la formule AMC appliquée au niveau facture</i>	
	<ul style="list-style-type: none">Libellé de la formule AMC (avec ses paramètres valorisés)	Afficher le libellé

6.6 3730 Groupe PARAMETRES DE CALCUL STS

Règles

Ce groupe est transmis systématiquement lors des appels aux fonctions STS. Il contient des paramètres de calcul de la part complémentaire.

- Le PMSS (Plafond Mensuel de Sécurité Sociale) doit être géré par le progiciel sous forme d'un paramétrage afin d'éviter une saisie systématique par le Professionnel de Santé.

Si cette valeur change au cours de la période de tarification complémentaire de la facture, il convient alors d'effectuer une rupture de facture.

3730	Groupe Paramètres de calcul STS	
• PMSS	Indiquer le montant du PMSS	obligatoire

6.7 3731 Groupe PARTICIPATION ASSURE

Règles

Ce groupe est facultatif. Il est renseigné lorsque la facture a fait l'objet d'une participation assuré « 18 euros ».

3731	Groupe <i>Participation Assuré</i>	
• Montant de la participation assuré	Montant de la Participation Assuré « 18 euros » fixé par décret.	Obligatoire

6.8 3740 Groupe PARAMETRES DE CALCUL CONTRATS RESPONSABLES

Règles

Ce groupe est obligatoire pour la famille prescripteur sauf sages femmes et chirurgiens dentistes.

Dans le cadre de la réforme d'Assurance Maladie sur le dispositif du parcours de soins et des contrats responsables qui en découlent, de nouvelles données sont nécessaires en entrée de la tarification complémentaire.

Ces données doivent être gérées par le progiciel sous forme d'un paramétrage afin d'éviter une saisie systématique par le Professionnel de Santé. Ces données sont :

- Le taux conventionnel du dépassement autorisé : cette valeur est fixée dans la convention entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie. Elle est mise à jour par décret. Ce taux permet de calculer le dépassement autorisé maximum pour les actes effectués hors parcours de soins coordonnés.
- Le taux conventionnel maximum du dépassement maîtrisé : cette valeur est conservée dans le système de facturation mais n'est plus utilisée depuis l'avenant 8 à la convention médicale 2011 qui supprime la notion de dépassement maîtrisé.
- La valeur de la CS (consultation de spécialiste) en métropole (indépendamment de la localisation géographique du Professionnel de Santé).
- La valeur de la MPC (Majoration provisoire cliniciens) en métropole (indépendamment de la localisation géographique du Professionnel de Santé).
- La valeur de la MCS (Majoration de coordination pour les spécialistes) en métropole (indépendamment de la localisation géographique du Professionnel de Santé).
- La valeur de la MCC (Majoration de coordination pour les cardiologues) en métropole (indépendamment de la localisation géographique du Professionnel de Santé). Cette donnée n'est obligatoire que pour les spécialités concernées.

Si le Professionnel de Santé exerce hors métropole, des données supplémentaires sont à renseigner :

- La valeur de la MPC (Majoration provisoire cliniciens) de la caisse de rattachement du Professionnel de Santé.
- La valeur de la MCS (Majoration de coordination pour les spécialistes) de la caisse de rattachement du Professionnel de Santé.
- La valeur de la MCC (Majoration de coordination pour les cardiologues) de la caisse de rattachement du Professionnel de Santé. Cette donnée n'est obligatoire que pour les spécialités concernées.

Si le tarif conventionné de l'une de ces valeurs change au cours de la période de tarification complémentaire de la facture, il convient alors d'effectuer une rupture de facture.

3740	Groupe Paramètres de calcul Contrats Responsables	
• Taux conventionnel du DA	Indiquer le taux conventionnel du Dépassement Autorisé	Obligatoire

• Taux conventionnel maximum du DM	Indiquer la valeur zéro.	Obligatoire
• CS en métropole	Indiquer la valeur de la CS en métropole	Obligatoire
• MPC en métropole	Indiquer la valeur de la MPC en métropole	Obligatoire
• MCS en métropole	Indiquer la valeur de la MCS en métropole	Obligatoire
• MCC en métropole	Indiquer la valeur de la MCC en métropole Obligatoire pour les spécialités concernées (cardiologues...)	Facultatif
• MPC hors métropole	Indiquer la valeur de la MPC du lieu d'exercice du Professionnel de Santé Obligatoire si le Professionnel de Santé exerce hors métropole	Facultatif
• MCC hors métropole	Indiquer la valeur de la MCC du lieu d'exercice du Professionnel de Santé Obligatoire si le Professionnel de Santé exerce hors métropole	Facultatif
• MCS hors métropole	Indiquer la valeur de la MCS du lieu d'exercice du Professionnel de Santé Obligatoire pour les spécialités concernées (cardiologues...) si le Professionnel de Santé exerce hors métropole	Facultatif

6.9 3750 Groupe DIAGNOSTIC STS

Règles

Ce groupe est restitué après exécution d'une fonction.

Le premier caractère indique le niveau de diagnostic :

- « 1 » : Commentaire
- « 2 » : Signalement
- « 3 » : Message bloquant le processus de tarification complémentaire
- « 4 » : Message bloquant, le progiciel a l'obligation d'appeler la fonction « Assistance à la Tarification »

Un diagnostic sans n° de prestation renseigné concerne la facture. Un diagnostic avec n° de prestation renseigné concerne un acte.

Il est recommandé au progiciel d'afficher le code diagnostic complet et son libellé. L'affichage d'un diagnostic est obligatoire s'il est de niveau supérieur ou égal à 2, et paramétrable par le Professionnel de Santé s'il est de niveau 1.

Il peut y avoir plusieurs diagnostics pour une même facture ou pour un même acte et donc autant de groupes 3750 que de diagnostics.

3750	Groupe <i>Diagnostic STS</i>	
• Code diagnostic STS		Afficher le code
• Libellé diagnostic STS		Afficher le libellé
• N° de prestation (de rattachement)		Afficher le n° de prestation

6.10 3760 Groupe DESCRIPTION DES FORMULES DE CALCUL

Règles

Ce groupe permet de constituer une liste de formules de calcul proposée au Professionnel de Santé.

- Si la liste est composée de plusieurs formules (présence de plusieurs groupes 3760), le progiciel doit proposer la liste au Professionnel de Santé qui doit en sélectionner une et enrichir les paramètres associés.
- Si une seule formule est restituée (un seul groupe 3760), c'est celle-ci qui s'applique. Le progiciel doit demander au Professionnel de Santé de compléter les paramètres.

Si le numéro de prestation n'est pas renseigné, la liste est valable pour tous les actes de la facture. Si le numéro de prestation est complété, la liste est valable uniquement pour l'acte correspondant.

Le type de paramètre est utilisé pour préciser le type de valeur attendu. Les valeurs possibles sont :

- « P » - Indique que le paramètre concerne un pourcentage
- « M » - Indique que le paramètre est un montant

La valeur par défaut est proposée par les STS. Le Professionnel de Santé peut soit l'accepter, soit la modifier.

3760	Groupe Description formule de calcul AMC	
• N° de la prestation (de rattachement)		
• N° de formule AMC		Affiché par le progiciel au Professionnel de Santé
• Libellé de formule AMC		Affiché par le progiciel au Professionnel de Santé
• Calcul théorique		Affiché par le progiciel au Professionnel de Santé
• Nombre de paramètres		Utilisé pour faciliter l'affichage des paramètres de la formule
<i>Pour chaque paramètre</i>	• N° du paramètre	Affiché par le progiciel au Professionnel de Santé
	• Libellé du paramètre	Affiché par le progiciel au Professionnel de Santé
	• Type du paramètre	Utilisé pour faciliter la saisie des paramètres.
	• Valeur par défaut du paramètre	Affiché par le progiciel au Professionnel de Santé.

NB : Le nombre maximum de paramètres n'est pas limité.

**Exemple de
formule :**

	Description de la formule	Description des paramètres		
N° de la formule	024			
Libellé	% TR + montant forfaitaire, le tout plafonné			
Libellé du calcul théorique	Min (DR – MRO, plafond, %TR + forfait)			
Nombre de paramètres	3			
N° du paramètre		1	3	7
Libellé du paramètre		Plafond	Pourcentage TR	Montant du forfait
Type de paramètre		M	P	M
Valeur par défaut			100	

6.11 3770 Groupe ZONE TAMPON AMC

Règles

Le progiciel doit transmettre cette zone en entrée des STS si elle lui a été restituée en sortie.

3770	Groupe Zone Tampon AMC	
• Tampon		facultatif

6.12 3790 Groupe TOPS AFFICHAGE ET MODIFICATION

Règles

Les STS restituent avec chaque groupe un autre groupe (3790) contenant les règles d'affichage des données par le progiciel et de leur modification par le Professionnel de Santé. Ces règles sont matérialisées sous la forme de deux tops : « Affichage » et « Modification ».

Les valeurs possibles sont les suivantes :

- **si Top affichage**
 - « O », le champ doit être affiché au Professionnel de Santé
 - « F », le champ peut être affiché au Professionnel de Santé
 - « N », le champ ne doit pas être affiché au Professionnel de Santé
- **si Top Modification**
 - « F », le champ peut être modifié par le Professionnel de Santé
 - « N », le champ ne doit pas être modifié par le Professionnel de Santé

3790	Groupe <i>Tops Affichage et Modification</i>	
• Nombre de champs	Nombre de champs du groupe « topé »	Obligatoire
• Tops affichage et modification	Tops affichage et modification du premier champ. Les tops sont non renseignés si le champ n'est pas restitué par les STS.	Facultatif
• Tops affichage et modification	Tops affichage et modification du deuxième champ.	Facultatif
•

7 Appel à la fonction « Assistance à la tarification »

Il s'agit d'une fonction d'aide à la tarification complémentaire qui peut être appelée dès qu'un organisme complémentaire a été identifié. Elle retourne au progiciel des informations qui serviront à la tarification AMC. L'activation du service par le Professionnel de Santé est optionnelle.

Le Professionnel de Santé peut faire appel à la fonction d'assistance à la tarification des STS, seulement après la recherche de la convention applicable :

- afin de consulter les informations de tarification fournies automatiquement par le module
- éventuellement renseigner les informations complémentaires nécessaires à la tarification
- suite à un échec de la fonction tarification.

Le progiciel doit permettre l'accès à la fonction « Assistance », mais son utilisation par le Professionnel de Santé n'est pas obligatoire.

Conditions d'appel

Le progiciel peut appeler la fonction d'Assistance à la tarification si un organisme complémentaire est identifié et si le top CMU a été valorisé.

Il s'agit des données minimales que le progiciel doit connaître à l'appel à la fonction.

Fonction à utiliser

STS_Assistance

Les paramètres en entrée

Motif de l'appel

Obligatoire

Cette information indique le contexte d'appel à la fonction d'Assistance à la tarification.

« P » - L'Assistance à la tarification est appelée avant tout appel à la Tarification (pour cette facture).

« E » - L'Assistance à la tarification est appelée suite à un échec de la tarification pour un acte ou pour la facture, c'est-à-dire si un diagnostic de niveau 3 ou de niveau 4 est restitué.

Niveau de l'assistance demandé

Facultatif

Cette information indique au module STS si l'appel est réalisé au niveau acte ou au niveau facture. S'il s'agit d'une demande au niveau acte, il est renseigné du numéro de prestation correspondant.

Les groupes d'entrée sont cités au paragraphe 8.1 : Interface d'entrée

Les paramètres en sortie

Les groupes de sortie sont cités au paragraphe 8.2 : Interface en sortie

8 Appel à la fonction « Tarification »

Il s'agit d'une fonction de tarification complémentaire qui doit être appelée par le Professionnel de Santé pour calculer les montants de la part AMC de chaque acte et de la facture dans sa globalité. Le résultat de cette fonction sera intégré à la facture.

Les conditions d'activation sont les suivantes :

- Une complémentaire est choisie par le Professionnel de Santé (et la recherche de la convention applicable a été effectuée)
- La tarification AMO et le contrôle complet des données de la FSE doivent être terminés.
- Le mode de tarification complémentaire doit être sélectionné (tiers payant AMC, hors tiers payant AMC)

Le progiciel du Professionnel de Santé **doit systématiquement** faire appel aux STS si toutes les conditions d'activation sont réalisées.



Cas particulier pour la réponse de prise en charge

L'appel aux STS doit être réalisé **après** la réalisation du calcul par le progiciel du mode 1 ou du mode 2 d'acquisition des données de la réponse de prise en charge.

Dans ce cas aucune formule ne doit être alimentée en entrée de tarification.

Fonction à
utiliser

STS_Tarification

Les paramètres
en entrée

Pas de motif d'appel en tarification

Les groupes d'entrée sont cités au paragraphe 8.1 : Interface d'entrée

Les paramètres
en sortie

Les groupes de sortie sont cités au paragraphe 8.2 : Interface en sortie

9 Traitements sur l'interface

9.1 Interface en entrée

Le progiciel doit transmettre :

- **toutes les informations qu'il connaît** au moment de l'appel. Les groupes peuvent être partiellement renseignés s'il n'en connaît pas le contenu complet.
- **Identifiant de l'organisme complémentaire en gestion unique (MUTNUM) = Identifiant de l'organisme complémentaire (n° AMC) (groupe 107-1)**

Lorsque l'identifiant de l'organisme complémentaire en gestion unique (MUTNUM) prend la valeur par défaut de l'identifiant de l'organisme complémentaire (N° AMC) (voir RG_BS330 CP1) et que celui-ci a une longueur de plus de 8 caractères, alors celui-ci est renseigné avec les 8 premiers caractères uniquement en entrée des STS.

Exemple : n° MUTNUM = 0012345678 devient MUTNUM = 00123456 en entrée des STS.

- **Les formules à appliquer au niveau acte** (groupe 3710)

Le groupe 3710 indique la formule et les paramètres appliqués pour un acte.

Ce groupe représente aussi le choix du Professionnel de Santé lorsque les STS lui ont demandé de sélectionner une formule (n groupes 3760 en retour d'un appel), ou lorsque les STS ont proposé la formule à appliquer (1 groupe 3760 en retour). Le progiciel doit demander au Professionnel de Santé de compléter les paramètres avant l'appel aux modules STS.

Le progiciel doit renseigner la formule à appliquer et les paramètres associés dans le cas de ~~CMU complémentaire~~ **C2S** ou du dispositif « TPI ACS - Paiement coordonné par l'AMO » (top CMU valorisé à « 1 »).

- **La formule à appliquer au niveau facture** (groupe 3720)
- **Les données lues à l'issue de la lecture de la carte CPS**
- **Les données lues à l'issue de la lecture de la carte Vitale ou saisies à partir d'un autre support de droits**

Il s'agit des groupes issus de la fonction « Lecture Carte CPS ».

Il s'agit des groupes issus de la fonction « Lecture Droits Vitale » ou de l'acquisition à partir d'un autre support de droits.

Si les données sont issues de la base patient ou saisies à partir d'un autre support de droits, le progiciel devra renseigner l'interface STS au format 1.40 de la lecture de la carte Vitale (groupe 101 à 111).

Pour les données bénéficiaires, seules les données du bénéficiaire concerné par la facture sont transmises.

- **Les données de la facture**

Tous les groupes sont facultatifs en entrée des modules STS, néanmoins le progiciel doit renseigner toutes les données de la facture connues. Le groupe 3700 « Contexte PS et Assuré » est obligatoire.

Forçage des montants remboursables par l'AMC

Il n'existe aucune interdiction au Professionnel de Santé de saisir les montants remboursables par l'AMC avant l'appel à la fonction tarification.

Les paramètres en entrée

Données liées aux STS

- 3700 **Groupe** Contexte tarification de la part Complémentaire
- 3710 **Groupe** Formule de la part Complémentaire appliquée au niveau acte
- 3720 **Groupe** Formule de la part Complémentaire appliquée au niveau facture
- 3730 **Groupe** Paramètres de calcul STS
- 3731 **Groupe** Participation Assuré
- 3740 **Groupe** Paramètres de calcul contrats responsables
- 3770 **Groupe** Zone tampon AMC

Autres données

- 1 **Groupe** Titulaire Carte PS
- 2 **Groupe** Situation du PS
- 101 **Groupe** Données Assuré
- 102 **Groupe** Service AMO famille
- 103 **Groupe** Données Accident du travail
- 104 **Groupe** Données bénéficiaire
- 105 **Groupe** Période de droits AMO
- 106 **Groupe** Période de code couverture
- 107 **Groupe** Données Mutuelle
- 108 **Groupe** Période de droits mutuelle
- 109 **Groupe** Données Complémentaire
Si l'indicateur n'est pas présent sur le support de droits AMC, le progiciel valorise cet indicateur dans le groupe 109 avec la valeur par défaut spécifié dans le corps du Cahier des Charges (« 00 » si l'indicateur d'usage de l'attestation est égal à 0, « 32 » si l'indicateur d'usage de l'attestation est égal à 1).
- 111 **Groupe** Zone Commune Complémentaire
Si la zone commune complémentaire est vide ou renseignée à blanc, le groupe 111 ne doit pas être transmis aux STS.
- 3500 **Groupe** Données supplémentaires facture
- 60 **Groupe** Entête configuration

Contenu de la zone d'échange de la facture

Le progiciel doit transmettre tous les groupes de données liées à la facture à calculer c'est-à-dire ceux constitués en fonction des règles mentionnées dans l'annexe 1-A1.

Des remarques sont à apporter pour les groupes suivants :

1321 Groupe *Organisme Complémentaire*

Pour une complémentaire en flux direct, le type de service AMC (position 3 du champ « données AMC zone 2 ») est obligatoire. Ce champ doit être totalement valorisé avant sa transmission au STS. Le mode de tarification complémentaire doit être sélectionné par le Professionnel de Santé (tiers payant AMC, hors tiers payant AMC).

1610 Groupe *Prestation*

Si le PS saisit un code prestation « réservé PS », le code prestation transmis aux STS correspond au code de remplacement associé (cf. A1-A0 § 2.4.21.1.12 Spécificités Codes prestation « réservés PS »).



Les prestations de type « réservées PS » concernent les Professionnel de Santé Médecins et Chirurgiens-dentistes.

Le montant théorique remboursable par l'AMC peut être préalablement renseigné soit parce qu'il a déjà été calculé soit parce qu'il a été renseigné par le Professionnel de Santé.

1620 Groupe *Prestation IFD*

Le montant théorique remboursable par l'AMC peut être préalablement renseigné soit parce qu'il a déjà été calculé soit parce qu'il a été renseigné par le Professionnel de Santé.

1630 Groupe *Prestation IK*

Le montant théorique remboursable par l'AMC peut être préalablement renseigné soit parce qu'il a déjà été calculé soit parce qu'il a été renseigné par le Professionnel de Santé.

1440 Groupe *Forçage niveau facture*

Compléter selon les règles de forçage décrites dans l'annexe 1-A.

1450 Groupe *Module de tarification complémentaire*

Si le groupe a été restitué en sortie d'un premier appel, il doit alors être transmis en entrée lors d'un second appel...

2000 Groupe *Forçage AMO niveau acte*

Compléter selon les règles de forçage décrites dans l'annexe 1-A.

2010 Groupe *Forçage AMC niveau acte*

Compléter selon les règles de forçage décrites dans l'annexe 1-A.

2020 Groupe *Base de remboursement theorique AMO*

Transmis au STS pour toutes les familles de Professionnel de Santé

9.2 Interface en sortie

9.2.1 Synthèse des informations fournies par les STS au progiciel en retour de la fonction « Assistance à la Tarification » et de la fonction « Tarification »

Les STS enrichissent les données fournies par le progiciel soit en ajoutant des informations de tarification soit en modifiant des informations transmises. Les données fournies par le progiciel et non modifiées par les STS ne sont pas restituées par les STS.

Le progiciel a trois réactions possibles :

- Prendre en compte les informations retournées par le STS en les intégrant au sein de son formulaire de facture.
- Créer un dialogue avec le Professionnel de Santé pour choisir la formule à activer et saisir les paramètres adéquats.
- Afficher les diagnostics et demander au Professionnel de Santé de corriger ou de compléter les données à transmettre.

Si le Professionnel de Santé remplit les montants AMC avant de déclencher les STS, le progiciel peut l'alerter de la perte possible des données.

9.2.2 Détail des informations retournées par les STS

Les informations susceptibles d'être restituées par les STS sont les suivantes :

- **Un diagnostic** indiquant les éléments manquant pour réaliser la tarification ou informant le Professionnel de Santé via un commentaire (groupe 3750).

La restitution d'un diagnostic peut provenir de l'absence de renseignement d'une valeur de paramètre par exemple.

→ S'il n'y a pas d'erreur (pas de diagnostic ou diagnostic de niveau 1), le progiciel peut intégrer les données restituées et éventuellement permettre le forçage de certaines données, en fonction de l'indication restituée par l'Interface STS sur la possibilité de modification par le Professionnel de Santé.

→ S'il y a un avertissement (diagnostic de niveau 2), le progiciel informe le Professionnel de Santé qui décide :

- soit de corriger les données de la facture (avec l'aide de l'assistance ou en modifiant les valeurs) et en ré-exécutant la fonction tarification ;
- soit de forcer directement les valeurs (le progiciel indique ce forçage dans l'indicateur AMC de forçage de niveau ligne d'acte)
- soit de « respecter » l'avertissement en conservant les STS.
- soit de passer outre l'avertissement (cas de forçage).

→ S'il y a erreur (diagnostic de niveau 3), le progiciel informe le Professionnel de Santé qui décide :

- soit de persister dans le choix du tiers payant en complétant les informations manquantes (éventuellement au travers de l'assistance) ou en corrigeant et en ré-exécutant la fonction tarification.
- soit de basculer la part complémentaire en hors tiers payant
- soit de ne plus faire de facture vers la complémentaire.

- S'il y a erreur (diagnostic de niveau 4), le progiciel doit faire appel automatiquement à la fonction « Assistance à la Tarification » en fonction du contexte soit pour toute la facture, soit pour l'acte concerné (selon le diagnostic).
- S'il y a erreur (diagnostic de niveau 3 ou 4), le progiciel doit ignorer l'éventuel montant AMC calculé par les STS pour les actes concernés.
- **Une liste de formules** dans laquelle le Professionnel de Santé peut choisir celle qui permettra de réaliser le calcul de la part complémentaire (plusieurs groupes 3760) et en renseigner les paramètres.
 - Le progiciel crée un dialogue avec le Professionnel de Santé pour choisir la formule à activer et saisir les paramètres adéquats. Ce dialogue peut se situer au niveau facture (application de la formule et des paramètres saisis sur toutes les lignes de la facture) et au niveau ligne d'acte.
 - Si le Professionnel de Santé choisit la même formule pour une facture, le progiciel doit affecter cette formule à chaque ligne d'acte (groupe 3710), sauf au niveau des lignes où le Professionnel de Santé aurait déjà sélectionné une formule distincte.
 - Si une seule formule est restituée par les STS (un seul groupe 3760), la formule s'applique à l'acte concerné, le progiciel demande au Professionnel de Santé de compléter les paramètres manquants, renseigne la formule à appliquer (groupe 3710) et lui propose de rappeler la fonction Tarification afin d'appliquer cette formule.
- **Des informations qui servent à la tarification :**

Ces informations concernent les formules appliquées au niveau acte et facture (3710, 3715, 3720, 3725), les montants de la part complémentaires calculés (1610, 1620, 1630, 1910), les forçages au niveau acte et facture (1440, 2010).

 - Le progiciel peut dans ce cas les afficher au Professionnel de Santé, conformément aux règles d'affichage restituées.
- **Autres informations** concernant les données complémentaires (1321, 1330, 107, 108, 109 et 111)
 - Si ces informations sont différentes en sortie des modules STS, le progiciel doit les intégrer dans la facture.

NB : les groupes 107, 108, 109 et 111 sont réservés, ici, à un usage ultérieur.

En gestion séparée, un changement de type de service AMC (TP en HTP ou vice-versa) doit conduire le progiciel à refaire la recherche de la convention applicable.

En gestion unique, un passage de TP AMC en HTP AMC doit entraîner une mise en forme de la facture sans part complémentaire.
- **L'identifiant et le numéro de version** du module STS utilisé (groupe 1450).
 - Le progiciel doit l'intégrer dans la facture.
- **Les règles d'affichage et de modification des informations**

Les STS restituent avec chaque groupe un autre groupe (3790) contenant les règles d'affichage des données par le progiciel et de leur modification par le Professionnel de Santé. Ces règles sont matérialisées sous la forme de deux tops : « Affichage » et « Modification ».

 - Le progiciel doit dans ce cas les interpréter.

Forçage des montants remboursables par l'AMC (selon le Top Modification)

Il n'existe aucune interdiction au Professionnel de Santé de modifier les montants remboursables par l'AMC (selon le Top modification) sans repasser par la phase de tarification de sa facture. Dans ce cas, le progiciel doit vérifier qu'il n'y a pas d'enrichissement sans cause, c'est-à-dire que le Montant AMO + le Montant AMC \leq est inférieur ou égal à la Dépense Réelle.

Le Professionnel de Santé pourra éventuellement modifier certaines autres données restituées par les STS (selon le Top modification).

Les spécifications liées au forçage sont décrites dans l'annexe 1-A.

Archivage des groupes de sortie

Le progiciel doit conserver avec la facture tous les groupes de sortie permettant ainsi au Professionnel de Santé de retrouver l'ensemble des informations de la tarification complémentaires liées aux STS (groupes 37xx). Il doit conserver aussi les groupes d'entrée, telle que la formule choisie par le Professionnel de Santé (3710) qui n'est pas systématiquement restituée en sortie.

Les paramètres en sortie

Données liées aux STS

3700	Groupe Contexte tarification de la part Complémentaire
3750	Groupe Diagnostic STS
3710	Groupe Formule de la part Complémentaire appliquée au niveau acte
3715	Groupe Libellé de la formule AMC appliquée au niveau acte
3720	Groupe Formule de la part Complémentaire appliquée au niveau facture
3725	Groupe Libellé de la formule AMC appliquée au niveau facture
3760	Groupe Description formule de calcul AMC
3770	Groupe Zone tampon AMC
3790	Groupe Tops affichage et modification

**Contenu de la
zone d'échange
de la facture**

1321 **Groupe** *Organisme complémentaire*

1330 **Groupe** *Données Complémentaire Additionnelles*

1610 **Groupe** *Prestation*

1620 **Groupe** *Prestation IFD*

1630 **Groupe** *Prestation IK*

1440 **Groupe** *Forçage niveau facture*

1450 **Groupe** *Module de tarification complémentaire*

2010 **Groupe** *Forçage sur la part complémentaire niveau acte*

1910 **Groupe** *Total facture*

Le champ 4 « total participation assuré » avant participation AMC » du groupe 1910 est transmis dans les flux. Par contre, le reste à charge assuré après tarification AMC est une information qui n'est pas transmise dans les flux et est uniquement affichée au Professionnel de Santé. Cette information est de la responsabilité du progiciel et non pas du ressort des STS. Il incombe par conséquent au progiciel de calculer cette information. Le total théorique et non théorique remboursable par l'AMC reste éventuellement à calculer à partir de la somme des montants théoriques remboursables des actes par l'AMC, en cas de montant AMC facture nul.

10 Changement des éléments de facturation

Si le Professionnel de Santé utilise un autre support d'information AMC (attestation au lieu de la carte Vitale par exemple), le progiciel ne doit pas tenir compte des informations sur la part complémentaire précédemment acquises, le progiciel doit effacer les valeurs :

- des données des groupes 107 « mutuelle », 108 « Période de droits mutuelle »
- des données du groupe « 109 données complémentaire »,
- des données du groupe « 111 Zone Commune Complémentaire »
- des données du groupe « 1321 données complémentaires »,
- des données du groupe « 1322 données mutualiste »,
- des données du groupe « 1330 Données Complémentaire Additionnelles »
- des montants théoriques remboursables par l'AMC des groupes 1610-1620-1630,
- des données du groupe « 3710 formules AMC appliquée au niveau acte »,
- des montants AMC du groupe 1910,
- des données du groupe 2010 « forçage acte sur la part complémentaire »,
- de la donnée « indicateur de forçage facture AMC » du groupe 1440,
- des données du groupe 3720 « formule AMC appliquée au niveau facture »,
- des données du groupe « 1450 version STS »,
- des données du groupe « 3760 formule à choisir ».

Le progiciel doit reprendre le renseignement des données de la facture sur la partie complémentaire à partir du nouveau support de droits.

Ces changements sont effectués si la tarification complémentaire est terminée.



Annexe 1-A3

Présentation fonctionnelle des Modules SESAM-Vitale

Finalisation facture – Phase Part Obligatoire

Intégrant l'Addendum n°8

Ce document a été élaboré par le GIE SESAM-Vitale.

Conformément à l'article L.122-4 du Code de la Propriété Intellectuelle, toute représentation ou reproduction (intégrale ou partielle) du présent ouvrage, quel que soit le support utilisé, doit être soumise à l'accord préalable écrit de son auteur.

Il en est de même pour sa traduction, sa transformation, son adaptation ou son arrangement, quel que soit le procédé utilisé.

Tout manquement à ces obligations constituerait un délit de contrefaçon, au sens des articles L 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, susceptible d'entraîner des sanctions pour l'auteur du délit.

Sommaire

1	Introduction	5
1.1	Présentation du document	5
1.2	Guide de lecture	5
2	Spécifications Intégrales des traitements	7
2.1	Présentation de la phase « Finalisation facture »	7
2.2	CF99 : Préparer la finalisation de la facture	9
2.3	VF05 : Générer les suppléments dérogatoires SMG	12
2.3.1	<i>VF05.01 : Déterminer la nécessité de générer des prestations SD_SMG</i>	16
2.3.2	<i>VF05.02 : Générer une prestation SD_SMG</i>	18
2.3.2.1	VF05.02.01 : Acquérir les données d'une prestation de type SD_SMG	20
2.3.2.2	VF05.02.02 : Contrôler les données d'une prestation de type SD_SMG	24
2.3.2.3	VF05.02.03 : Déterminer les montants d'une prestation de type SD_SMG	25
2.4	VF06 : Recalculer le montant des honoraires de chaque prestation	27
2.5	VF07 : Générer les suppléments en nature d'assurance AT	31
2.5.1	<i>VF07.01 : Générer les compléments AT Dentaires</i>	32
2.5.1.1	VF07.01.01 : Acquérir les données de la prestation ATD	35
2.5.1.2	VF07.01.02 : Contrôler les données de la prestation ATD	38
2.5.1.3	VF07.01.03 : Déterminer les montants la prestation ATD	39
2.5.2	<i>VF07.02 : Générer le supplément APIAS</i>	42
2.5.2.1	VF07.02.01 : Acquérir les données du supplément APIAS	45
2.5.2.2	VF07.02.02 : Contrôler les données du supplément APIAS	48
2.5.2.3	VF07.02.03 : Déterminer les montants du supplément APIAS	49
2.6	VF08 : Générer les dépassements pour victime d'attentat	51
2.6.1	<i>VF08.01 : Acquérir les données pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat</i>	54
2.6.2	<i>VF08.02 : Contrôler les données pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat</i>	57
2.6.3	<i>VF08.03 : Déterminer les montants pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat</i>	58

Table des Illustrations

FIGURE 1 : ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE LA PHASE « FINALISATION FACTURE ».....	8
FIGURE 2 : ENCHAINEMENT DE CF99 : «PREPARER LA FINALISATION DE LA FACTURE »	10
FIGURE 3 : ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF05 « GENERER LES SUPPLEMENTS DEROGATOIRES SMG »	14
FIGURE 4 : ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF05.01 « DETERMINER LA NECESSITE DE GENERER DES PRESTATIONS SD_SMG ».....	16
FIGURE 5: ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF05.02 « DETERMINER LA NECESSITE DE GENERER DES PRESTATIONS SD_SMG ».....	19
FIGURE 6: ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF05.02.01 « ACQUERIR LES DONNEES D'UNE PRESTATION DE TYPE SD_SMG ».....	21
FIGURE 7: ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF05.02.02 « CONTROLER LES DONNEES D'UNE PRESTATION DE TYPE SD_SMG »	24
FIGURE 8: ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF05.02.03 « DETERMINER LES MONTANTS D'UNE PRESTATION DE TYPE SD_SMG »	25
FIGURE 9: ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF06 « RECALCULER LE MONTANT DES HONORAIRES DE CHAQUE PRESTATION ».....	28
FIGURE 10: ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF07 « GENERER LES SUPPLEMENTS EN NATURE D'ASSURANCE AT ».....	31
FIGURE 11: ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF07.01 « GENERER LES COMPLEMENTS AT DENTAIRE ».....	33
FIGURE 12 : ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF07.01.01 « ACQUERIR LES DONNEES DE LA PRESTATION ATD »	36
FIGURE 13 : ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF07.01.02 « CONTROLER LES DONNEES DE LA PRESTATION ATD »	38
FIGURE 14 : ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF07.01.03 « DETERMINER LES MONTANTS DE LA PRESTATION ATD ».....	40
FIGURE 15 : ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF07.02 « GENERER LE SUPPLEMENT APIAS ».....	43
FIGURE 16 : ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF07.02.01 « ACQUERIR LES DONNEES DU SUPPLEMENT APIAS »	46
FIGURE 17 : ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF07.02.02 « CONTROLER LES DONNEES DU SUPPLEMENT APIAS »	48
FIGURE 18 : ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF07.02.03 « DETERMINER LES MONTANTS DU SUPPLEMENT APIAS »	49

1 Introduction

1.1 Présentation du document

Ce document constitue la partie A3 de l'annexe 1 du CdC Éditeurs SESAM-Vitale. Cette partie a pour objet de décrire spécifiquement les traitements relatifs à la finalisation de la facture.

1.2 Guide de lecture

Les spécifications de la phase de finalisation de la facture sont présentées sous la forme d'un enchaînement d'opérations, chaque opération étant un enchaînement de sous-opérations, composées elles-mêmes éventuellement de sous-opérations, etc., constituées au final d'un enchaînement de règles.

Opérations

Présentation

La présentation de chaque opération ou sous-opération comprend :

- une description de l'opération ;
- les données d'entrées et de sorties utilisées dans cette opération ;
- éventuellement un schéma d'enchaînement ;
- la liste des règles utilisées.

Chaque opération ou sous-opération est référencée par 2 lettres suivies d'un numéro.

Règles

Présentation

Chaque règle est référencée :

- Soit sous la forme RG_XXxxx
Avec XX : 2 lettres
xxx : un numéro
- soit sous la forme RG_XX_*****
Avec XX : 2 lettres
***** : la référence d'une règle de l'Annexe 2.

Pour chaque règle est présenté un cartouche indiquant les familles de Professionnel de Santé concernées.

Exemple

[RG_XXxxx] <Le titre de la règle>

	PR						
		AM	LB	PH	FR	TR	

<Description de la règle>



Cas particuliers

[CP1] <Titre du premier cas particulier>

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

<Description du cas premier particulier>

...

[CPn] <Titre du n^{ième} cas particulier>

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

**Familles de PS
concernées**

Un cartouche de description des familles et sous-familles de Professionnels de Santé concernées par la règle est présent en en-tête des règles.

Les sigles utilisés dans ce cartouche ont la signification suivante :

Pour les familles de Professionnel de Santé :

- *Réservé pour utilisation future*
- **FR** : Fournisseurs
- **PH** : Pharmacie
- **LB** : Laboratoire
- **AM** : Auxiliaires Médicaux
- **PR** : Prescripteurs

[RG_XXxxx] <Le titre de la règle>

PR			A	L	P	FR	TR
M	CD	SF	M	B	H		

Pour les sous-familles de Professionnel de Santé :

- **M** : Médecins
- **CD** : Chirurgiens-Dentistes
- **SF** : Sages-Femmes

Les familles ou sous-familles **concernées** apparaissent en texte noir.

Les familles ou sous-familles **non concernées** apparaissent en texte gris.

2 Spécifications Intégrales des traitements

2.1 Présentation de la phase « Finalisation facture »

Vue générale

Nom Finalisation facture

Description Cette phase de finalisation de la facture se décompose en 3 étapes principales, à savoir :

- la génération automatique de prestations à ajouter dans la facture :
 - soit des suppléments dérogatoires SMG : opération **VF05**
 - soit des suppléments AT : opération **VF07**
 - soit des dépassements pour Victime d'Attentat : opération VF08
- puis le calcul du montant des honoraires de chaque prestation de la facture : opération **VF06**
- enfin le contrôle de totaux AMO de la facture : **cf. A1-A0 Groupe 1910** et nécessite au préalable de déterminer le caractère remboursable AMO de chaque prestation saisie par le Professionnel de Santé : opération CF99.

Entrées Ensemble des prestations saisies par le Professionnel de Santé

Prestations d'honoraire de dispensation générées par le système *s'il y a lieu*

Montant total de prise en charge au titre des SMG 1515-1

Sorties Prestations à ajouter à la facture :

Prestations SD_SMG

ou

Prestations de complément AT dentaire

Prestation de supplément APIAS

ou

Prestations de complément AT dentaire

Prestation de dépassement pour Victime d'Attentat

Montant calculé des honoraires pour chaque prestation de la facture

Schéma

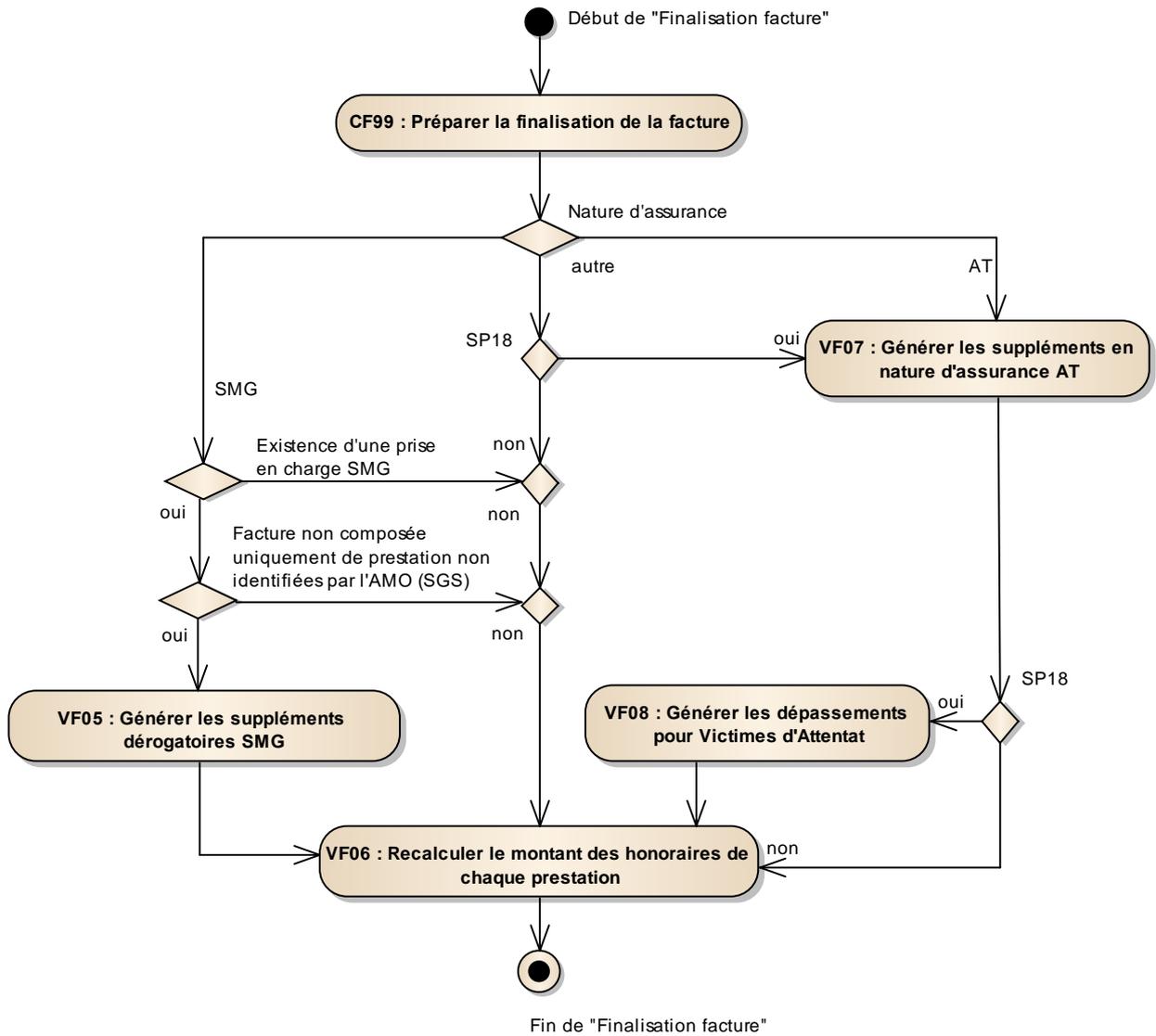


Figure 1 : Enchaînement des opérations de la phase « Finalisation facture »

2.2 CF99 : Préparer la finalisation de la facture

Vue générale

Nom CF99 : Préparer la finalisation de la facture

Description L'objet de cette opération est :

D'une part de déterminer pour chaque prestation saisie par le Professionnel de Santé s'il s'agit d'une prestation remboursable AMO on non

Cette information est nécessaire par la suite pour savoir combien et quels SD_SMG le système de facturation doit générer.

D'autre part :

- soit de déterminer le montant total effectif de prise en charge au titre des SMG,
- soit d'acquérir le montant total de prise en charge au titre des APIAS.



Le montant total effectif de prise en charge au titre des APIAS est, quand à lui, déterminé ultérieurement (cf. VF07.02)

Entrées Code prestation	1610-4
Qualificatif de la dépense	1610-7
Montant total de prise en charge au titre des SMG	1515-1
Montant PS des honoraires de chaque prestation	

Sorties Code qualificatif du remboursement AMO

Montant total effectif pris en charge au titre des SMG

Montant total de prise en charge au titre des APIAS

Schéma

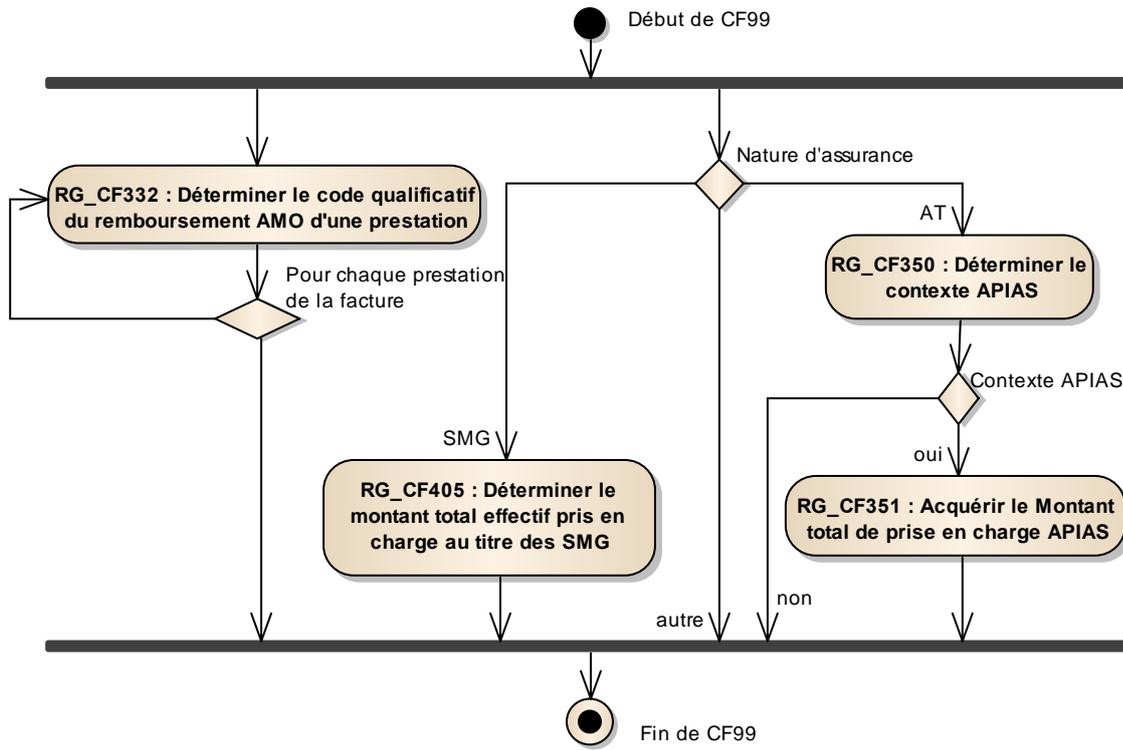


Figure 2 : Enchaînement de CF99 : «Préparer la finalisation de la facture »

Règles de gestion

[RG_CF332] Déterminer le code qualificatif du remboursement AMO d'une prestation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Par défaut, le code qualificatif du remboursement d'une prestation est positionné à « remboursable AMO » hormis:

- pour les prestations de code « SGS » pour lesquelles ce code qualificatif du remboursement est non renseigné,
- et pour les prestations :
 - soit de code prestation « HN » ou « PHN »
 - soit de code qualificatif de la dépense pour lesquelles ce code qualificatif du remboursement est positionné à « NON remboursable AMO ».

[RG_CF405] Déterminer le montant total effectif pris en charge au titre des SMG

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La prise en charge de la facture au titre des SMG peut être inférieure au montant mentionné sur l'accord de prise en charge. En effet, cette prise en charge effective doit être limitée à la dépense réelle, i.e. le total du montant des honoraires perçus par le Professionnel de Santé :

Le Montant total effectif pris en charge au titre des SMG est égal au **MINIMUM** entre le Montant total pris en Charge au titre des SMG et le Montant total de la facture (1910-1) i.e. la somme des montants PS des honoraires de chaque prestation saisies par le Professionnel de Santé et des bases de remboursement des prestations d'honoraire de dispensation générées par le système).



En l'absence de prise en charge SMG ce montant total effectif pris en charge au titre des SMG est non renseigné

[RG_CF350] Déterminer le contexte APIAS

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Par défaut le contexte APIAS est « FAUX » : il est positionné à « VRAI » automatiquement par le LPS si la nature d'assurance est « Accident du Travail » et si l'organisme gestionnaire de l'AT correspond au régime CNMSS .

[RG_CF351] Acquérir le montant total de prise en charge au titre des APIAS

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le montant total de prise en charge au titre des APIAS est renseigné par le Professionnel de Santé (dans le cas d'un échange formel avec la CNMSS ou non).



Hors contexte APIAS , ce montant est non renseigné.

2.3 VF05 : Générer les suppléments dérogatoires SMG

Vue générale

Nom VF05 : Générer les suppléments dérogatoires SMG

Description L'objet de cette opération est de générer automatiquement, si nécessaire, la ou les 2 prestations de supplément dérogatoire SMG (SD_SMG) :

- une pour les prestations remboursables
- une pour les prestations non remboursables

Cette opération est uniquement utilisée dans le cas d'une prise en charge SMG.

Cette opération est appelée uniquement s'il existe un accord de prise en charge SMG, i.e. si le montant total pris en charge au titre des SMG est non nul.

Cette opération effectuée :

- Dans un premier temps, la détermination de la nécessité de cette génération automatique → VF05.01
- Puis, si y a lieu la génération d'une ou deux prestations SD_SMG : une pour les prestations remboursables de la facture et une pour les prestations non remboursables de la facture → VF05.02

VF05 appelle une ou 2 fois successivement l'opération VF05.02 :

- d'une part pour générer automatiquement le code de supplément SMG pour les prestations remboursables, si le Professionnel de Santé a saisi des actes remboursables,
- d'autre part pour générer automatiquement le code de supplément SMG pour les prestations non remboursables, si le Professionnel de Santé a saisi des prestations non remboursables,

Pour chaque appel de l'opération VF05.02, VF05 positionne au préalable une donnée de contexte qui permettra de considérer chaque règle utilisée dans le cas particulier correspondant :

Contexte de génération de la prestation SD_SMG = « SD_SMG-R » :
Cas Particulier de génération automatique de code supplément SMG pour des prestations remboursables

Contexte de génération de la prestation SD_SMG = « SD_SMG-NR » : Cas Particulier de génération automatique de code supplément SMG pour des prestations non remboursables



Remarque : La détermination de la présence de prestations remboursables et non remboursables (parmi les prestations saisies au préalable par le Professionnel de Santé) est réalisée avant la génération des prestations SD_SMG (avant les 2 appels de VF05.02) car la détermination du PU d'un SD_SMG dépend de ces 2 informations.

Entrées Montant total effectif pris en charge au titre des SMG

Montant remboursable AMO 1610-14

Montant PS des honoraires de la prestation

Table 30 de l'annexe 2

Sorties Prestation

Type prestation

Contexte Prestation AMO

Part AMO prestation

Montant du supplément SMG pour la facture

Top nécessité de suppléments dérogatoires SMG

Top présence prestations Remboursables AMO dans la facture

Top présence prestations Non Remboursables AMO dans la
facture

Schéma

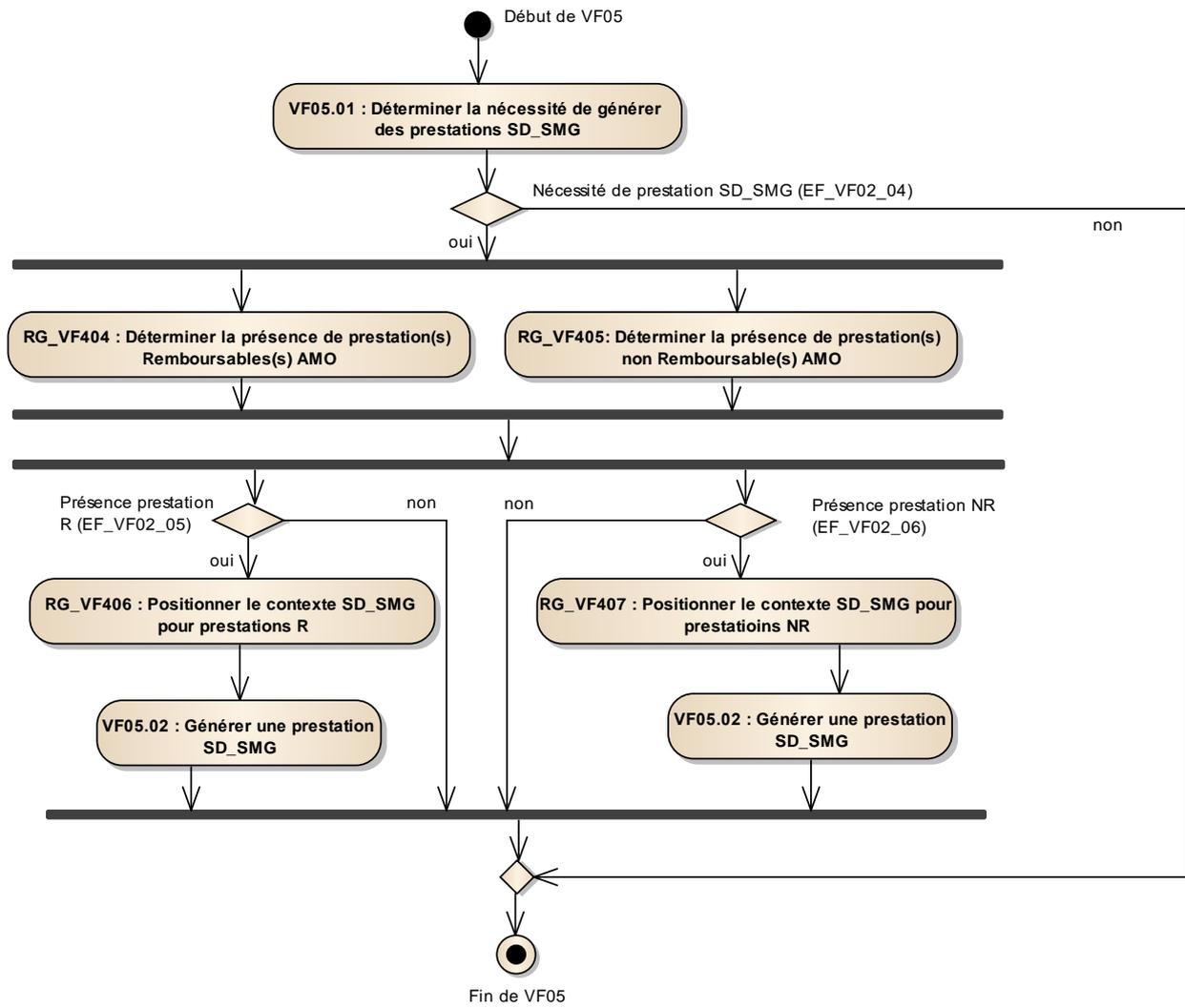


Figure 3 : Enchaînement des opérations de VF05 « Générer les suppléments dérogatoires SMG »

Règles de gestion

[RG_VF404] Déterminer la présence de prestation(s) Remboursable(s) AMO dans la facture

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation positionne à « VRAI » le top présence prestations Remboursables AMO dans la facture si au moins une des prestations saisies par le Professionnel de Santé est remboursable au titre de l'AMO, i.e. son code qualificatif du remboursement AMO est positionné à « remboursable AMO ».

[RG_VF405] Déterminer la présence de prestation(s) Non Remboursable(s) AMO dans la facture

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation positionne à « VRAI » le top présence prestations Non Remboursables AMO dans la facture si au moins une des prestations saisies par le Professionnel de Santé est non remboursable, i.e. son code qualificatif du remboursement AMO est positionné à « Non remboursable AMO ».

[RG_VF406] Positionner le contexte SD_SMG pour prestations-R

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si la facture contient des prestations remboursables AMO , le système de facturation positionne, préalablement à l'appel de l'opération VF05.02, le contexte de génération de la prestation SD_SMG à « SD_SMG-R » : Génération d'un supplément dérogatoire SMG pour prestations Remboursables AMO.

[RG_VF407] Positionner le contexte SD_SMG pour prestations-NR

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si la facture contient des prestations non remboursables AMO , le système de facturation positionne, préalablement à l'appel de l'opération VF05.02, le contexte de génération de la prestation SD_SMG à « SD_SMG-NR » : Génération d'un supplément dérogatoire SMG pour prestations Non Remboursables AMO.

2.3.1 VF05.01 : Déterminer la nécessité de générer des prestations SD_SMG

Vue générale

Nom VF05.01 : Déterminer la nécessité de générer des prestations SD_SMG

Description L'objet de cette opération est de déterminer s'il est nécessaire de générer une, voire deux, prestations de supplément dérogatoire SMG

Pour cela, il convient de :

- Déterminer le montant du supplément SMG
- Positionner un « top » s'il est nécessaire de générer automatiquement une (voire 2) lignes de prestation de supplément dérogatoire SMG.

Entrées Montant total effectif pris en charge au titre des SMG

Montant remboursable AMO 1610-14

Montant PS des honoraires de la prestation

Table 30 de l'annexe 2

Sorties Montant du supplément SMG pour la facture

Top nécessité de suppléments dérogatoires SMG

**Situations
spécifiques** Aucune

Schéma

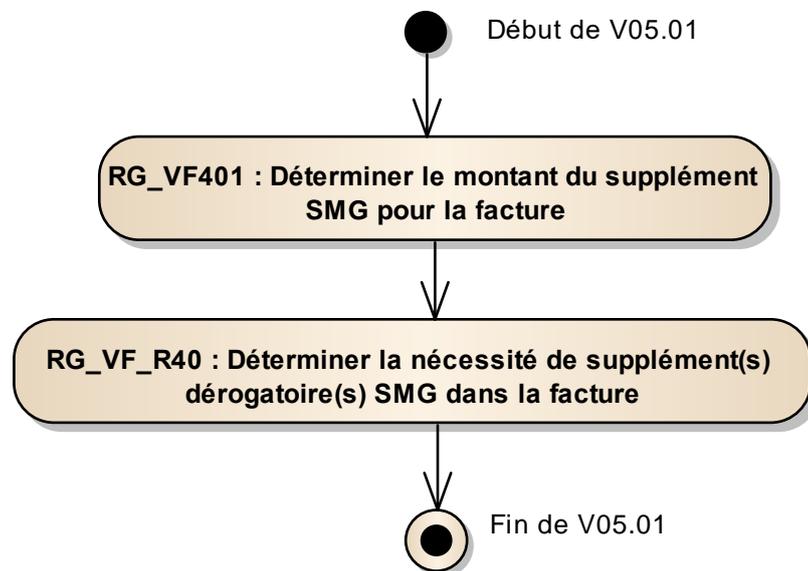


Figure 4 : Enchaînement des opérations de VF05.01 « Déterminer la nécessité de générer des prestations SD_SMG »

Règles de gestion

[RG_VF401] Déterminer le montant du supplément SMG pour la facture

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le montant du supplément SMG pour la facture correspond au supplément de prise en charge des prestations saisies par le Professionnel de Santé au titre des Soins Médicaux Gratuits par rapport à leur prise en charge au titre du risque maladie.

Le supplément SMG est déterminé selon la formule suivante :

$$\text{Supplément SMG} = \text{Prise en charge SMG effective} - \sum [\text{MIN}(\text{Part AMO}, \text{Montant PS des honoraires})] \text{ (actes saisis PS)}$$



Cas particuliers

[CP1] Prise en charge SMG de SGS uniquement

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas d'une facture SMG contenant uniquement des prestations non identifiées par l'Assurance Maladie, le supplément SMG est non renseigné.

[RG_VF_R40] Déterminer la nécessité de supplément(s) dérogatoire(s) SMG dans la facture

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cadre d'une prise en charge SMG, il est nécessaire de générer automatiquement une ou 2 prestations de supplément dérogatoire SMG :

- soit si le supplément SMG pour la facture est non nul et positif, i.e. la prise en charge au titre des SMG est supérieure à la prise en charge au titre de la maladie.
- soit si l'un (au moins) des codes prestation saisis par le Professionnel de Santé fait partie de la liste des prestations pour lesquelles un supplément dérogatoire SMG est toujours attendu (table 30)



[SP11] Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.



Cas particuliers

[CP1] Prise en charge SMG de SGS uniquement

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas d'une facture SMG contenant uniquement des prestations non identifiées par l'Assurance Maladie, (« top prise en charge SMG de SGS uniquement » à VRAI), il ne faut pas générer automatiquement de supplément dérogatoire SMG .

2.3.2 VF05.02 : Générer une prestation SD_SMG

Vue générale

Nom VF05.02 : Générer une prestation SD_SMG

Description L'objet de cette opération est de générer automatiquement, une prestation de supplément dérogatoire SMG.

Cette opération effectue l'acquisition ou la détermination puis le contrôle de toutes les données nécessaires à une prestation de type SD_SMG.

L'opération VF05.02 est découpée en 3 sous-opérations:

- VF05.02.01 : acquisition des données
- VF05.02.02 : contrôle des données
- VF05.02.03 : détermination des montants

Entrées Contexte de génération de la prestation SD_SMG

Sorties Prestation	1610
Type prestation	
Contexte Prestation AMO	1610
Part AMO prestation	1610

Situations Aucune
spécifiques

Schéma

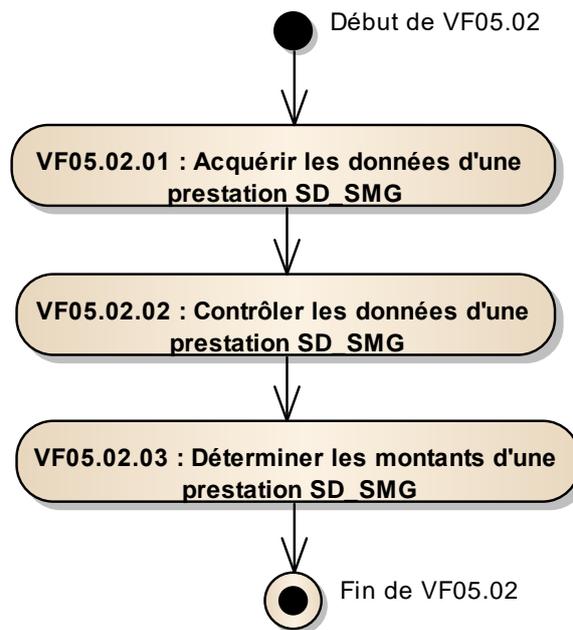


Figure 5: Enchaînement des opérations de VF05.02 « Déterminer la nécessité de générer des prestations SD_SMG »

2.3.2.1 VF05.02.01 : Acquérir les données d'une prestation de type SD_SMG

Vue générale

Nom VF05.02.01 : Acquérir les données d'une prestation de type SD_SMG

Description L'objet de cette opération est d'acquérir les données pour une prestation de supplément dérogatoire SMG générée par le système.

Entrées Contexte de génération de la prestation SD_SMG

Sorties Prestation

Type prestation

Contexte Prestation AMO

**Situations
spécifiques** Aucune

Schéma

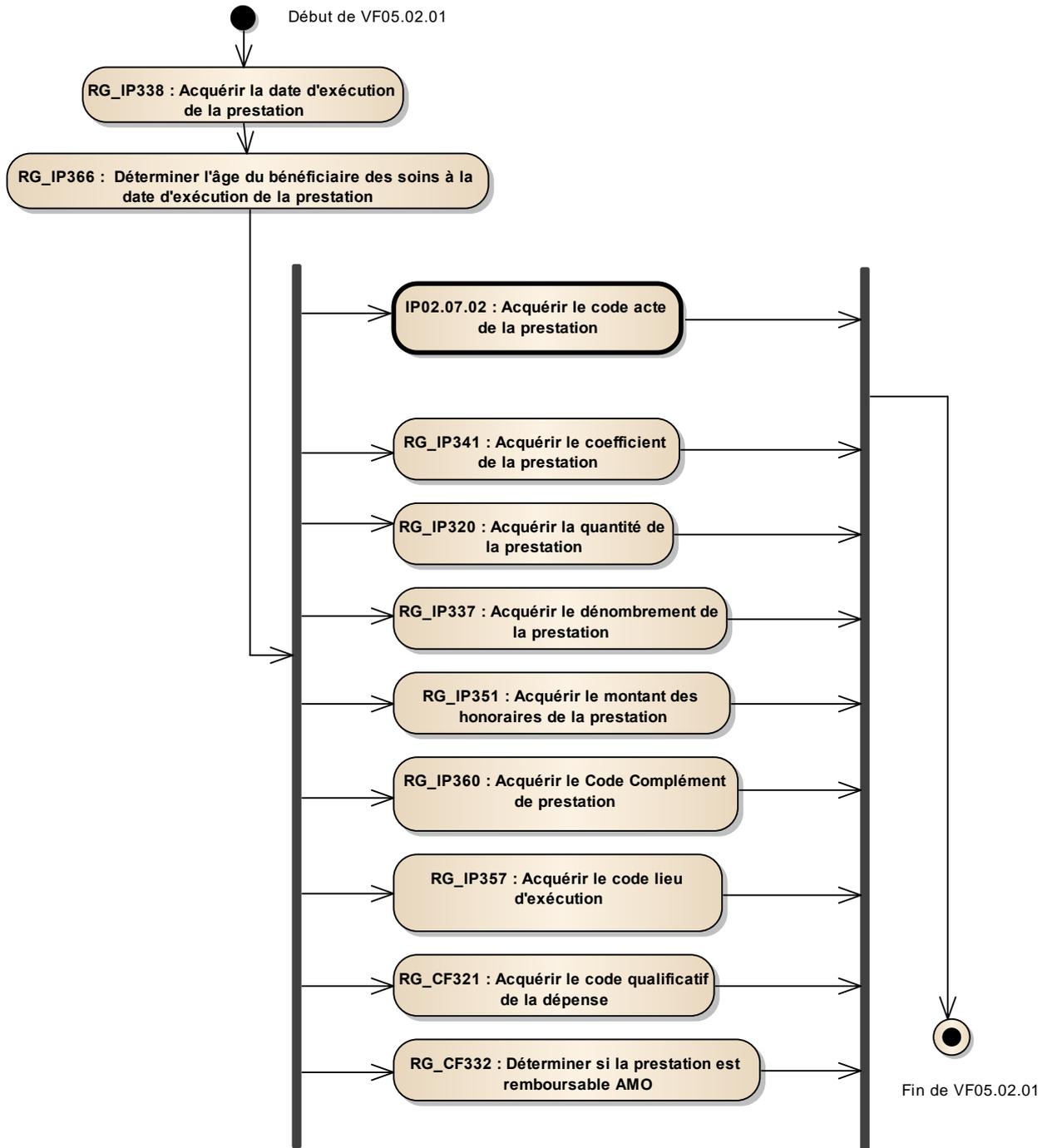


Figure 6: Enchaînement des opérations de VF05.02.01 « Acquérir les données d'une prestation de type SD_SMG »

Règles de gestion

RG_IP338	Date d'exécution 1610-2	<p>Si le contexte de création de la prestation correspond à une génération automatique d'un supplément dérogatoire SMG pour prestations remboursables AMO , alors la date d'exécution est égale à la date d'exécution de la dernière prestation remboursable AMO saisie par le Professionnel de Santé.</p> <p>Si le contexte de création de la prestation correspond à une génération automatique d'un supplément dérogatoire SMG pour prestations non remboursables AMO , alors la date d'exécution est égale à la date d'exécution de la dernière prestation non remboursable AMO saisie par le Professionnel de Santé.</p>
RG_IP366	Age du bénéficiaire à la date d'exécution	A déterminer à partir de la date de naissance lue en carte (cas général)

IP02.07.02

RG_IP339	Code prestation 1610-4	<p>Si le contexte de création de la prestation correspond à une génération automatique d'un supplément dérogatoire SMG pour prestations remboursables AMO , alors :</p> <p>Si les prestations de la facture saisies par le Professionnel de Santé relèvent des nomenclatures LPP ou Frais PH le code prestation est DPS</p> <p>Dans le cas contraire (prestations relevant des nomenclatures NGAP, NABM, CCAM), le code prestation est DAP.</p> <p>Si le contexte de création de la prestation correspond à une génération automatique d'un supplément dérogatoire SMG pour prestations non remboursables AMO , alors :</p> <p>Si les prestations de la facture saisies par le Professionnel de Santé relèvent des nomenclatures LPP ou Frais PH le code prestation est SGN</p> <p>Dans le cas contraire (prestations relevant des nomenclatures NGAP, NABM, CCAM), le code prestation est SGA.</p>
RG_IP353	Type de la prestation	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
RG_IP354	Type de nomenclature	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
RG_IP355	Groupe fonctionnel	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)

RG_IP356	Top nécessité de codage affiné	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
RG_IP392	Origine de la prestation	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)

Autres

RG_IP341	Coefficient 1610-8	Valeur 1
RG_IP320	Quantité 1610-9	Valeur 1
RG_IP337	Dénombrement 1610-10	Valeur 1
RG_IP351	Montant PS des honoraires	Pour les suppléments dérogatoires SMG , le montant PS des honoraires de la prestation est non renseigné par le système de facturation.
RG_IP360	Code complément de prestation 1610-5	Non renseigné
RG_IP357	Code lieu 1610-3	Si le contexte de création de la prestation correspond à une génération automatique d'un supplément dérogatoire SMG pour prestations remboursables AMO , alors le code lieu d'exécution est égal au code lieu d'exécution de la dernière prestation remboursable AMO saisie par le Professionnel de Santé. Si le contexte de création de la prestation correspond à une génération automatique d'un supplément dérogatoire SMG pour prestations non remboursables AMO , alors le code lieu d'exécution est égal au code lieu d'exécution de la dernière prestation non remboursable AMO saisie par le Professionnel de Santé.
RG_CF321	Qualificatif de la dépense 1610-7	= « L » (car existence d'une prise en charge SMG »
RG_CF332	Top prestation remboursable AMO	Valeur VRAI

2.3.2.2 VF05.02.02 : Contrôler les données d'une prestation de type SD_SMG

Vue générale

Nom VF05.02.02 : Contrôler les données d'une prestation de type SD_SMG

Description L'objet de cette opération est de contrôler les données d'une prestation de supplément dérogatoire SMG générée par le système.

Entrées Prestation
Type prestation
Contexte Prestation AMO
Contexte de génération de la prestation SD_SMG

Sorties Aucune

Situations spécifiques Aucune

Schéma

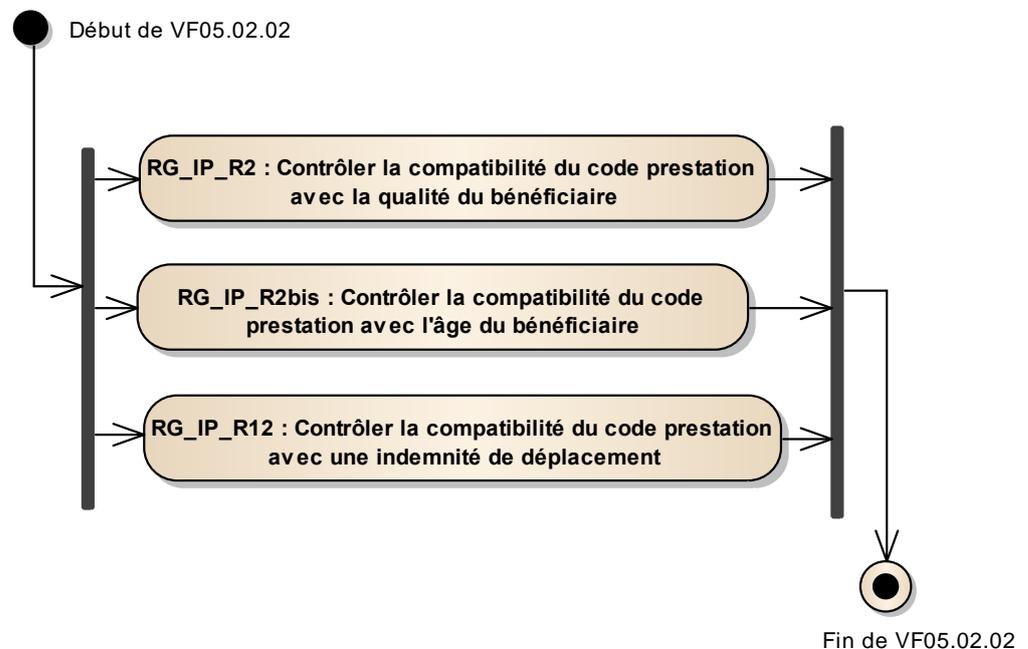


Figure 7: Enchaînement des opérations de VF05.02.02 « Contrôler les données d'une prestation de type SD_SMG »

Règles de gestion

Les règles présentées dans le Schéma ci-dessus sont référencées RG_IP_xxx ou RG_CF_xxx.

La 3ème partie de la référence de ces règles correspond à la référence de la règle dans l'annexe 2 du CdC Éditeurs.

Exemple : RG_IP_R17bis correspond à la règle R17bis de l'annexe 2

2.3.2.3 VF05.02.03 : Déterminer les montants d'une prestation de type SD_SMG

Vue générale

Nom VF05.02.03 : Déterminer les montants d'une prestation de type SD_SMG

Description L'objet de cette opération est de déterminer les montants pour une prestation de supplément dérogatoire SMG générée par le système.

Entrées Contexte de génération de la prestation SD_SMG

Sorties Part AMO prestation

Situations spécifiques Aucune

Schéma

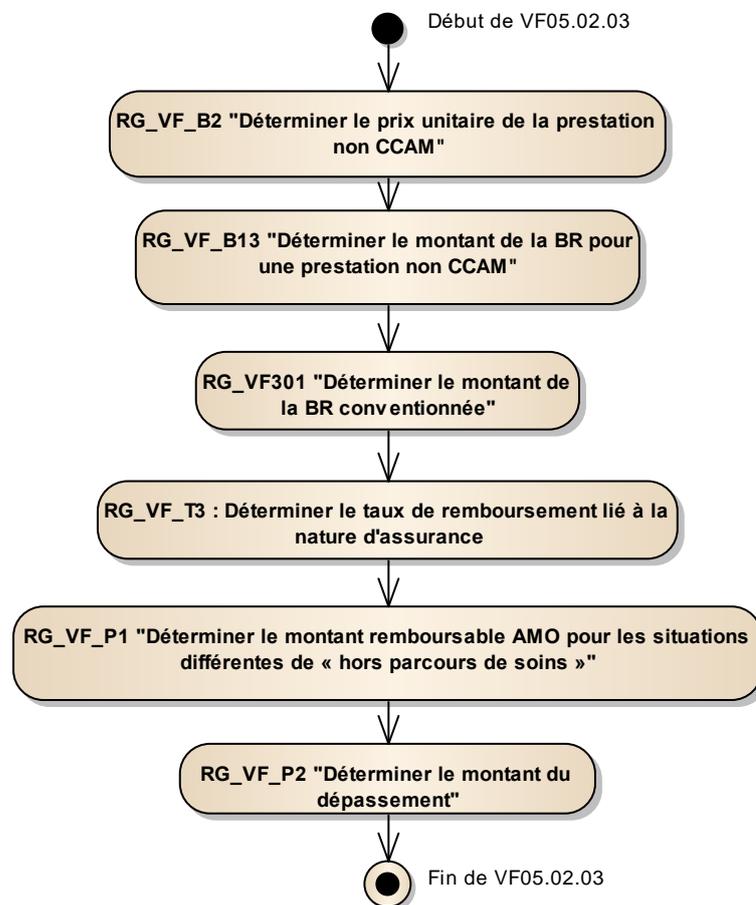


Figure 8: Enchaînement des opérations de VF05.02.03 « Déterminer les montants d'une prestation de type SD_SMG »

Règles de gestion

RG_VF_B2	Prix unitaire 1610-11	<p>Pour une prestation de groupe fonctionnel « SD_SMG » et de sous groupe « Prestations R », le prix unitaire de la prestation est égal au montant du supplément SMG pour la facture</p> <p>Pour une prestation de groupe fonctionnel « SD_SMG » et de sous groupe « Prestations NR » :</p> <p>soit la facture contient uniquement des prestations non remboursables (top présence prestations Remboursables dans la facture = FAUX) : le prix unitaire de la prestation est alors égal au montant du supplément SMG pour la facture (</p> <p>soit la facture contient des prestations remboursables (top présence prestations Remboursables dans la facture = VRAI) : le prix unitaire de la prestation est alors égal à zéro.</p>
RG_VF_B13	Base de remboursement 1610-12	cf. Règle B13 de l'annexe 2 (cas général)
RG_VF301	BR conventionnée 2020-2	cf. A1-A0 groupe 2020 (cas général)
RG_VF_T3	Taux de remboursement 1610-13	100% (cas général en nature d'assurance SMG)
RG_VF_P1	Montant remboursable AMO 1610-14	cf. Règle P1 de l'annexe 2 (cas général)
RG_VF_P2	Montant du dépassement	cf. Règle P2 de l'annexe 2 (cas général)

2.4 VF06 : Recalculer le montant des honoraires de chaque prestation

Vue générale

Nom VF06 : Recalculer le montant des honoraires de chaque prestation

Description L'objet de cette opération est de déterminer pour chaque prestation de la facture le montant des honoraires à transmettre dans le flux.

Le montant des honoraires saisi par le Professionnel de Santé pour chaque ligne de prestation est distingué du montant des honoraires transmis au final dans la facture et dénommé montant calculé des honoraires de la prestation.

Dans un premier temps, pour toute prestation support suivie d'un complément AT (ATL saisi par le PS ou ATD généré par le système) et/ou d'un dépassement pour Victime d'Attentat, il convient de diminuer son montant des honoraires saisis par le PS du montant du complément AT et/ou d'un dépassement pour Victime d'Attentat : cela correspond au montant intermédiaire des honoraires de la prestation. Pour toutes les autres prestations le montant intermédiaire des honoraires est identique au montant saisi par le PS.

Dans un second temps, pour toutes les prestations saisies par le PS, il convient de diminuer le montant intermédiaire des honoraires du montant global des suppléments (SMG ou APIAS) générés par le système :

- Cas 1 : dans le cas d'une facture contenant des suppléments dérogatoires SMG, le montant du supplément SMG est porté par le montant des honoraires du premier supplément dérogatoire SMG et doit donc être soustrait du montant des honoraires des autres prestations afin de conserver un montant total de la facture exact.
- Cas 2 : de même dans le cas d'une facture contenant un supplément APIAS, le montant de ce supplément est porté par la prestation DAT et doit donc être soustrait du montant des honoraires des autres prestations afin de conserver un montant total de la facture exact.

Entrées Montant saisi par le PS des honoraires de la prestation

Groupe fonctionnel de la prestation

Origine de la prestation

Montant total pris en charge au titre des SMG

Base de remboursement

Montant remboursable AMO

Sorties Montant calculé des honoraires de la prestation

Situations spécifiques Victime d'attentat

Schéma

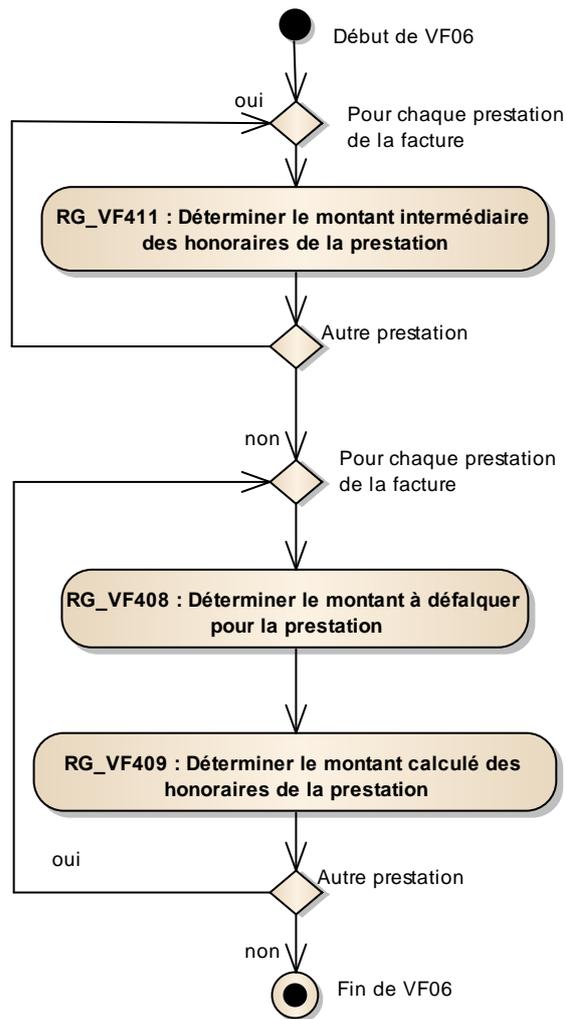


Figure 9: Enchaînement des opérations de VF06 « Recalculer le montant des honoraires de chaque prestation »

Règles de gestion

[RG_VF411] Déterminer le montant intermédiaire des honoraires de la prestation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Par défaut, le montant intermédiaire des honoraires de la prestation est égal au montant des honoraires saisi par le PS .

Pour toute prestation suivie d'un complément AT et/ou d'un dépassement pour Victime d'Attentat, le montant intermédiaire des honoraires de la prestation est égal au montant des honoraires saisi par le PS diminué du montant du supplément AT qui le suit (ATD ou ATL) et du montant du dépassement pour Victime d'Attentat qui le suit.

[RG_VF409] Déterminer le montant calculé des honoraires de la prestation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Par défaut, le montant calculé des honoraires de la prestation est égal au montant intermédiaire des honoraires de la prestation Dans le cas :

- soit d'un accord de prise en charge SMG et s'il a été généré des prestations SD_SMG, (cas 1)
- soit d'une facture en contexte APIAS et s'il a été généré une prestation de supplément APIAS, (cas 2)

Le montant calculé des honoraires de la prestation est calculé par le système de facturation comme suit :

- pour les prestations générées par le système de facturation , le montant calculé des honoraires de la prestation est égal au montant de la base de remboursement .

Ce cas particulier concerne les prestations :

- suppléments dérogatoires SMG
- honoraires de dispensation générés
- les compléments AT
- le supplément APIAS
- pour les prestations saisies par le Professionnel de Santé), le montant calculé des honoraires est calculé à partir du montant intermédiaire des honoraires de la prestation duquel est déduit tout ou partie du montant à défalquer , tout en s'assurant que ce montant calculé des honoraires reste supérieur au montant remboursable AMO de la prestation (en effet, le montant calculé des honoraires ne peut être inférieur au montant de la part AMO de la prestation).

<p>Montant calculé des honoraires =MAX (Montant intermédiaire des honoraires– Montant à défalquer, Montant remboursable AMO)</p>
--

[RG_VF408] Déterminer le montant à défalquer pour la prestation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Par défaut, le montant à défalquer pour une prestation est nul.

Dans le cas :

- soit d'un accord de prise en charge SMG et s'il a été généré des prestations SD_SMG, (cas 1)
- soit d'une facture en contexte APIAS et s'il a été généré une prestation de supplément APIAS, (cas 2)

il est calculé par le système de facturation comme suit :

- Pour la première prestation le montant à défalquer est égal
 - soit au Supplément SMG, (cas 1)

Montant à défalquer₍₁₎ = Supplément SMG

- soit au montant du supplément APIAS, (cas 2)

Montant à défalquer₍₁₎ = Supplément APIAS

- Pour les prestations suivantes, le montant restant à défalquer est égal au montant qui restait à défalquer sur la ligne précédente diminué de ce qui a pu être soustrait, i.e. l'écart entre le montant des honoraires et le montant calculé des honoraires de la ligne précédente.

$$\text{Montant à défalquer}_{(i)} = \text{Montant à défalquer}_{(i-1)} - [\text{Montant des honoraires saisi par le PS}_{(i-1)} - \text{Montant calculé des honoraires}_{(i-1)}]$$

2.5 VF07 : Générer les suppléments en nature d'assurance AT

Vue générale

Description Cette opération a pour objet, à partir des prestations saisies par le PS, d'ajouter automatiquement des prestations de supplément AT générées par le système de facturation (LPS).

Les suppléments en nature d'assurance AT générés par le système de facturation sont de 2 sortes :

- Le complément AT dentaire pouvant compléter toute prestation de type « prothèse dentaire »
- Le supplément APIAS pouvant compléter une facture dans le contexte APIAS (un seul supplément APIAS par facture)

Le supplément APIAS et les compléments AT dentaires peuvent se cumuler au sein d'une même facture.

Cette opération est uniquement utilisée en nature d'assurance AT.

Entrées Prestations saisies par le PS

Sorties Prestations ATD générées par le système
Prestation DAT générée par le système

Situations spécifiques Aucune

Schéma

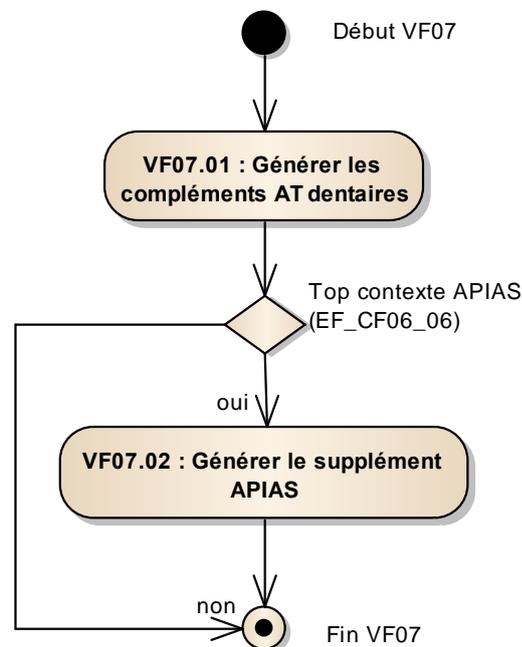


Figure 10: Enchaînement des opérations de VF07 « Générer les suppléments en nature d'assurance AT »

2.5.1 VF07.01 : Générer les compléments AT Dentaires

Vue générale

Description L'objet de cette opération est de générer automatiquement, si nécessaire, à partir des prestations saisies par le PS, les prestations de complément AT pour les prestations dentaires.

Principe : Une prestation de complément AT dentaire est créée automatiquement par le LPS suite à une prestation support de type prothèse dentaire et si le montant total de la dépense de prothèse dentaire est strictement supérieur au montant remboursable AMO de cette même prothèse dentaire.

Cette opération effectue l'acquisition ou la détermination puis le contrôle de toutes les données nécessaires à une prestation de type complément AT.

L'opération VF07.01 est découpée en 3 sous-opérations:

- VF07.01.01 : acquisition des données
- VF07.01.02 : contrôle des données
- VF07.01.03 : détermination des montants

Entrées *Prestations saisies par le PS*

Prestation

Type prestation

Part AMO prestation

Sorties *Pour chaque prestations saisies par le PS :*

Top nécessité d'un complément AT dentaire

Prestations ATD générées par le système

Prestation

Type prestation

Lieu d'exécution

Supplément de prestation

Contexte Prestation AMO

Part AMO prestation

Situations Aucune
spécifiques

Schéma

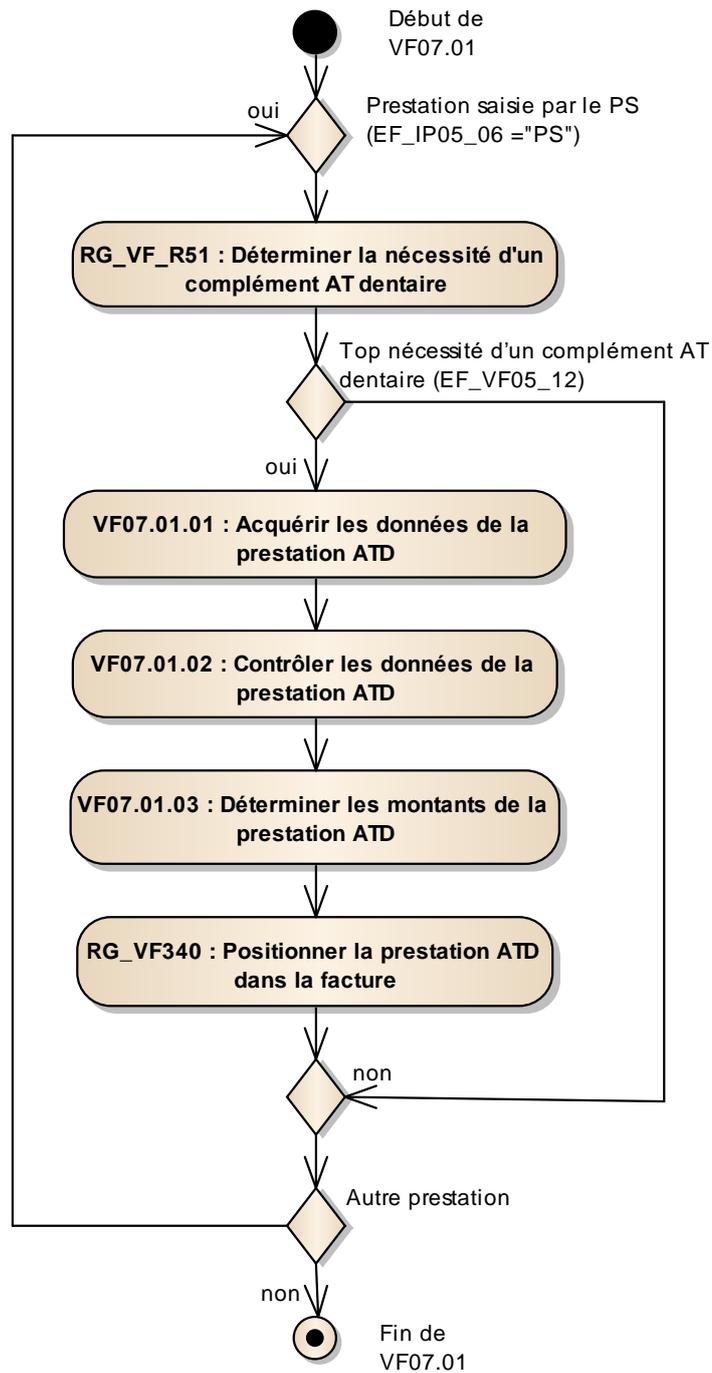


Figure 11: Enchaînement des opérations de VF07.01 « Générer les compléments AT dentaires »

Règles de gestion

[RG_VF_R51] Déterminer la nécessité d'un complément AT dentaire (EF_VF05_13)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

[Cahier des charges – annexe 2 – R51]

[RG_VF340] Positionner la prestation de complément AT dentaire dans la facture

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Toute prestation de complément AT dentaire générée par le LPS doit **immédiatement** succéder la prestation support à laquelle elle se rapporte.



Dans le cas où la prestation support ayant déclenché l'ATD est déjà suivie d'un acte secondaire saisi par le Professionnel de Santé (exemple : Indemnité de déplacement), la prestation de complément AT doit être insérée immédiatement après la prestation support, l'acte secondaire saisi par le PS devant apparaître après la prestation de complément AT.

2.5.1.1 VF07.01.01 : Acquérir les données de la prestation ATD

Vue générale

Description L'objet de cette opération est d'acquérir les données pour une prestation de complément AT dentaire générée par le système.

Entrées *Données de la prestation support associée*

Date d'exécution de la prestation

Lieu d'exécution

PS Exécutant salarié

Supplément de prestation

Code qualificatif de la dépense

Sorties *Données de la prestation générée*

Prestation

Type prestation

Lieu d'exécution

Supplément de prestation

Contexte Prestation AMO

Situations Aucune
spécifiques

Schéma

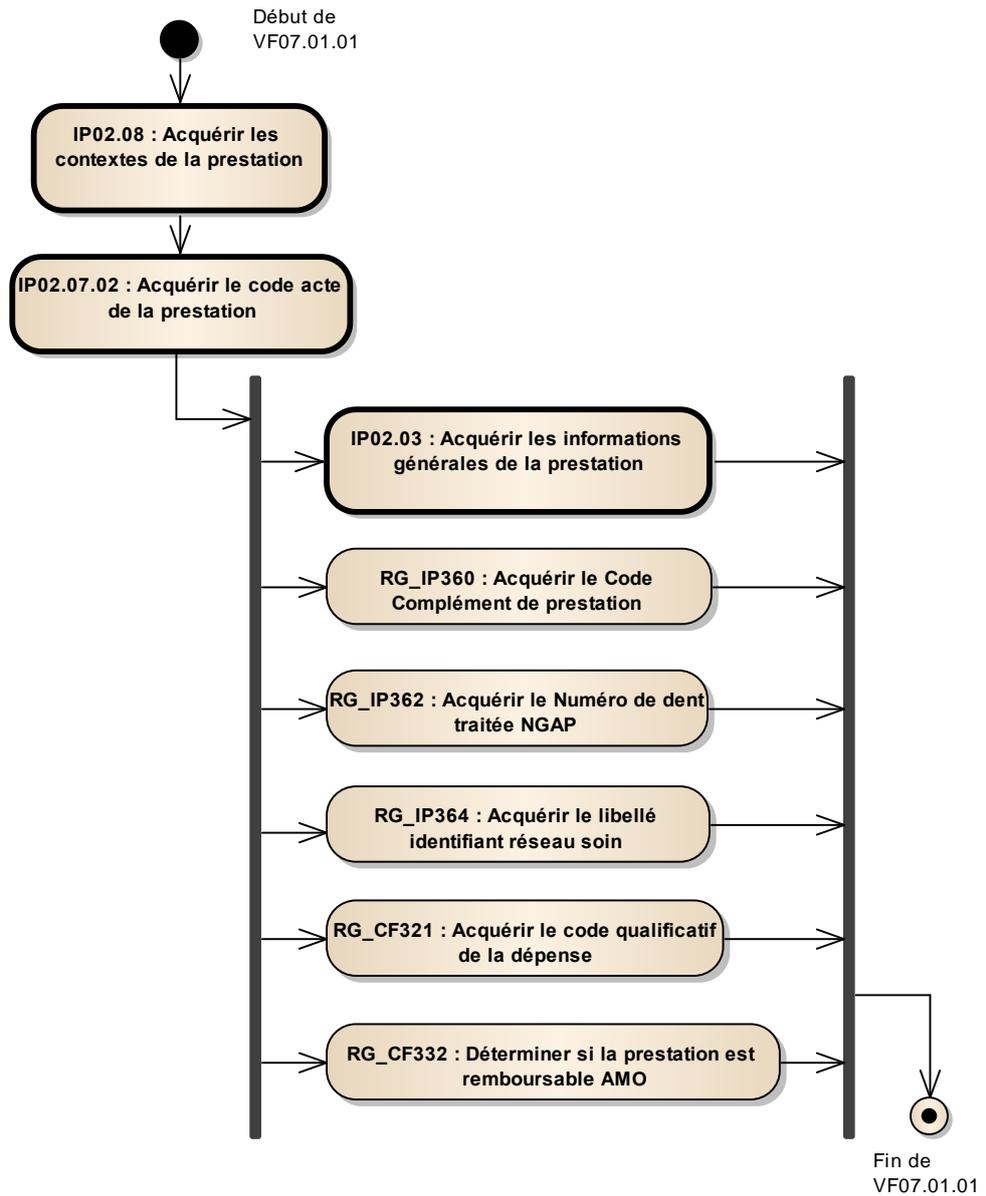


Figure 12 : Enchaînement des opérations de VF07.01.01 « Acquérir les données de la prestation ATD »

Règles de gestion

IP02.08

RG_IP338	Date d'exécution 1610-2	Egale à la date d'exécution de l'acte support
RG_IP366	Age du bénéficiaire à la date d'exécution	A déterminer à partir de la date de naissance lue en carte (cas général)
RG_IP357	Code lieu 1610-3	Egal au code lieu de l'acte support
RG_IP358	Identifiant du lieu d'exécution 1880-2	Egal au lieu d'exécution de l'acte support
RG_IP359	Informations du PS salarié 1870	Egales aux informations du PS salarié de l'acte support

IP02.07.02

RG_IP339	Code prestation 1610-4	Egal à « ATD »
RG_IP353	Type de la prestation	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
RG_IP354	Type de nomenclature	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
RG_IP355	Groupe fonctionnel	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
RG_IP356	Top nécessité de codage affiné	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
RG_IP392	Origine de la prestation	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)

IP02.03

RG_IP341	Coefficient 1610-8	Valeur 1
RG_IP320	Quantité 1610-9	Valeur 1
RG_IP337	Dénombrement 1610-10	Valeur 1
RG_IP351	Montant des honoraires 1610-6	Egal au montant remboursable AMO (1610-14)

Autres règles

RG_IP360	Code complément de prestation 1610-5	Non renseigné
RG_IP362	Numéro de dent traitée NGAP 1860-2	Non renseigné
RG_IP364	libellé identifiant réseau soin 1890-2	Egales aux informations de l'acte support
RG_CF321	Qualificatif de la dépense 1610-7	Egal au qualificatif de la dépense de l'acte support
RG_CF332	Top prestation remboursable AMO	Pas de cas particulier, déterminé selon la règle générale pour une prestation de type complément AT dentaire

2.5.1.2 VF07.01.02 : Contrôler les données de la prestation ATD

Vue générale

Description L'objet de cette opération est de contrôler les données pour une prestation de complément AT dentaire générée par le système.

Entrées Données de la prestation générée

Prestation

Contexte Prestation AMO

Sorties Aucune

Situations spécifiques Aucune

Schéma

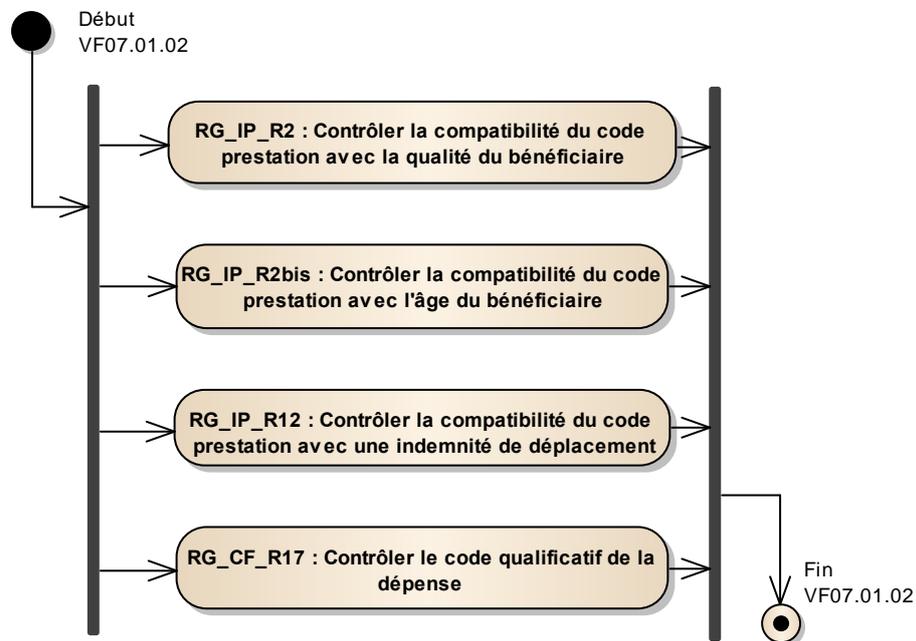


Figure 13 : Enchaînement des opérations de VF07.01.02 « Contrôler les données de la prestation ATD »

Règles de gestion

Les règles présentées dans le Schéma ci-dessus sont référencées RG_IP_xxx ou RG_CF_xxx.

La 3ème partie de la référence de ces règles correspond à la référence de la règle dans l'annexe 2 du CdC Éditeurs.

Exemple : RG_IP_R17 correspond à la règle R17 de l'annexe 2

2.5.1.3 VF07.01.03 : Déterminer les montants la prestation ATD

Vue générale

Description L'objet de cette opération est de déterminer les montants pour une prestation de complément AT dentaire générée par le système.

Entrées *Données de la prestation support associée*

Part AMO prestation

Données de la prestation générée

Type prestation

Sorties *Données de la prestation générée*

Part AMO prestation

Situations Aucune
spécifiques

Schéma

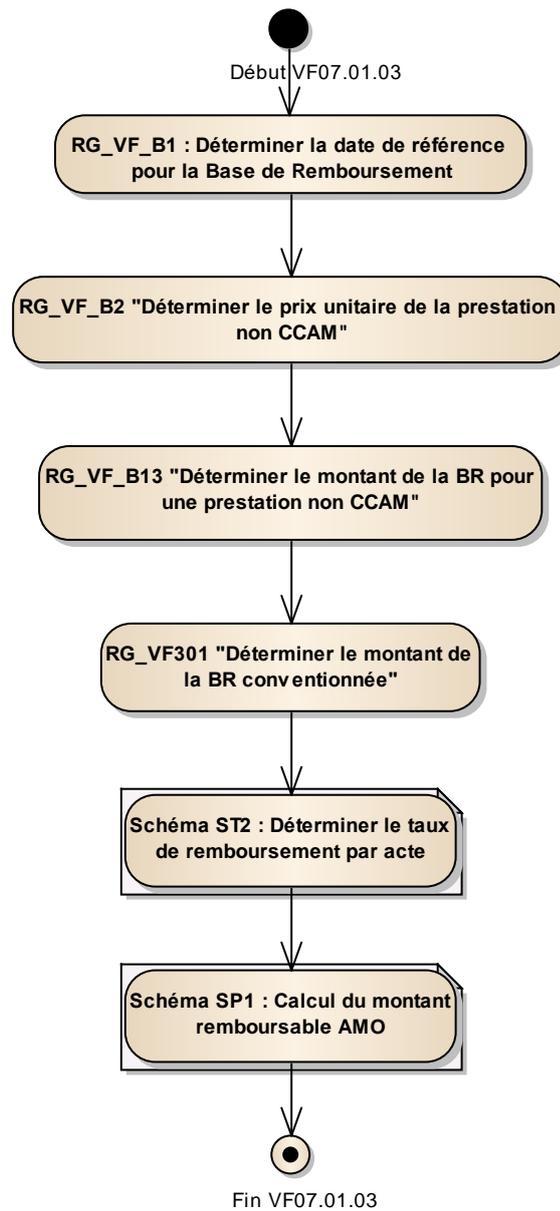


Figure 14 : Enchaînement des opérations de VF07.01.03 « Déterminer les montants de la prestation ATD »

Règles de gestion

RG_VF_B1	Date de référence pour la BR 1610-2	cf. règle B1 de l'annexe 2 (cas général)
RG_VF_B2	Prix unitaire 1610-11	Cas particulier spécifié dans la règle B2 de l'annexe 2
RG_VF_B13	Base de remboursement 1610-12	cf. règle B13 de l'annexe 2 (cas général)
RG_VF301	Base de remboursement conventionnée 2020-2	cf. A1-A0 groupe 2020 (cas général)
schéma ST2	Taux de remboursement 1610-13	Cf. A1-A
schéma ST2	Code justification d'exonération du ticket modérateur 1820-2	Cf. A1-A
schéma SP1	Montant remboursable AMO 1610-14	Cf. A1-A

2.5.2 VF07.02 : Générer le supplément APIAS

Vue générale

Description L'objet de cette opération est de générer automatiquement, si nécessaire, le supplément AT dans le contexte APIAS.

Principe : La prestation de supplément APIAS est créée automatiquement par le LPS si le montant total effectif de la prise en charge au titre des APIAS est strictement supérieur au cumul des bases de remboursement AMO des prestations de la facture.

Le montant du supplément APIAS correspond à cette différence.

Cette opération effectue l'acquisition ou la détermination puis le contrôle de toutes les données nécessaires à la prestation correspondant au supplément APIAS.

L'opération VF07.02 est découpée en 3 sous-opérations:

- VF07.02.01 : acquisition des données
- VF07.02.02 : contrôle des données
- VF07.02.03 : détermination des montants

Entrées Date de la facture

Données de la première prestation de la facture

Lieu d'exécution

Prestations de la facture hors DAT

Base de remboursement de la prestation

Sorties Montant effectif de la prise en charge APIAS

Montant du supplément APIAS

Prestation DAT générée par le système

Prestation

Type prestation

Lieu d'exécution

Supplément de prestation

Contexte Prestation AMO

Part AMO prestation

Situations Aucune
spécifiques

Schéma

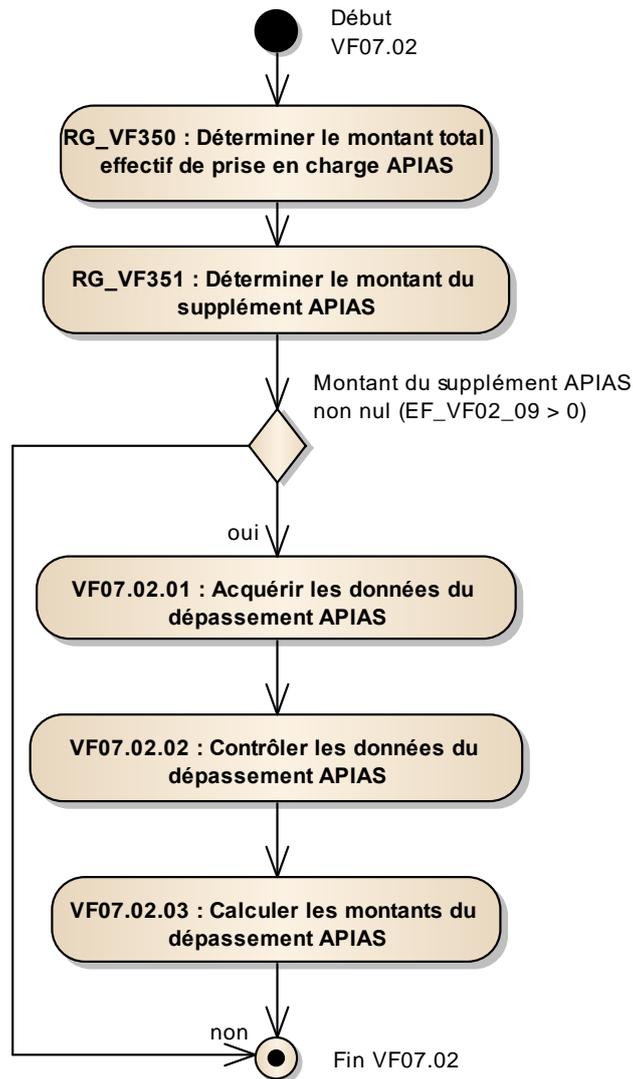


Figure 15 : Enchaînement des opérations de VF07.02 « Générer le supplément APIAS »

Règles de gestion

[RG_VF350] Déterminer le montant total effectif pris en charge au titre des APIAS (EF_VF02_08)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La prise en charge de la facture au titre des APIAS peut être inférieure au montant total de prise en charge renseigné par le PS . En effet, cette prise en charge effective doit être limitée à la dépense réelle, i.e. le total du montant des honoraires perçus par le Professionnel de Santé :

le Montant total effectif pris en charge au titre des APIAS est égal au **MINIMUM** entre le Montant total pris en Charge au titre des APIAS et le Montant total de la facture déterminé en cumulant :

- le montant total des prestations saisies par le PS
- la base de remboursement de chaque prestation générée par le système au préalable.
Il s'agit des prestations d'honoraires de dispensation générés et des prestations de complément AT dentaire



Hors contexte APIAS , ce montant est non renseigné.

[RG_VF351] Déterminer le montant du supplément APIAS (EF_VF02_09)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le montant du supplément APIAS correspond à l'écart entre le montant total effectif de la prise en charge au titre des APIAS et le cumul des bases de remboursement AMO de toutes les prestations de la facture, limitées à la dépense réelle pour les prestations saisies par le PS.⁽¹⁾

Il est nécessaire de générer la prestation de supplément AT (DAT) si ce montant est positif. (cf. schéma VF07.02)



⁽¹⁾ Pour les prestations générées par le système , le montant PS des honoraires est non renseigné et le montant calculé des honoraires n'est pas encore déterminé (il est effectué a posteriori dans VF06). Cependant la dépense réelle est égale à la base de remboursement (pas de dépassement pour ces prestations). Il n'y a donc pas lieu de plafonner la base de remboursement.

2.5.2.1 VF07.02.01 : Acquérir les données du supplément APIAS

Vue générale

Description L'objet de cette opération est d'acquérir les données pour la prestation de supplément APIAS générée par le système.

Entrées Date de la facture

Données de la première prestation de la facture

Lieu d'exécution

Sorties *Données de la prestation générée*

Prestation

Type prestation

Lieu d'exécution

Supplément de prestation

Contexte Prestation AMO

Situations Aucune
spécifiques

Schéma

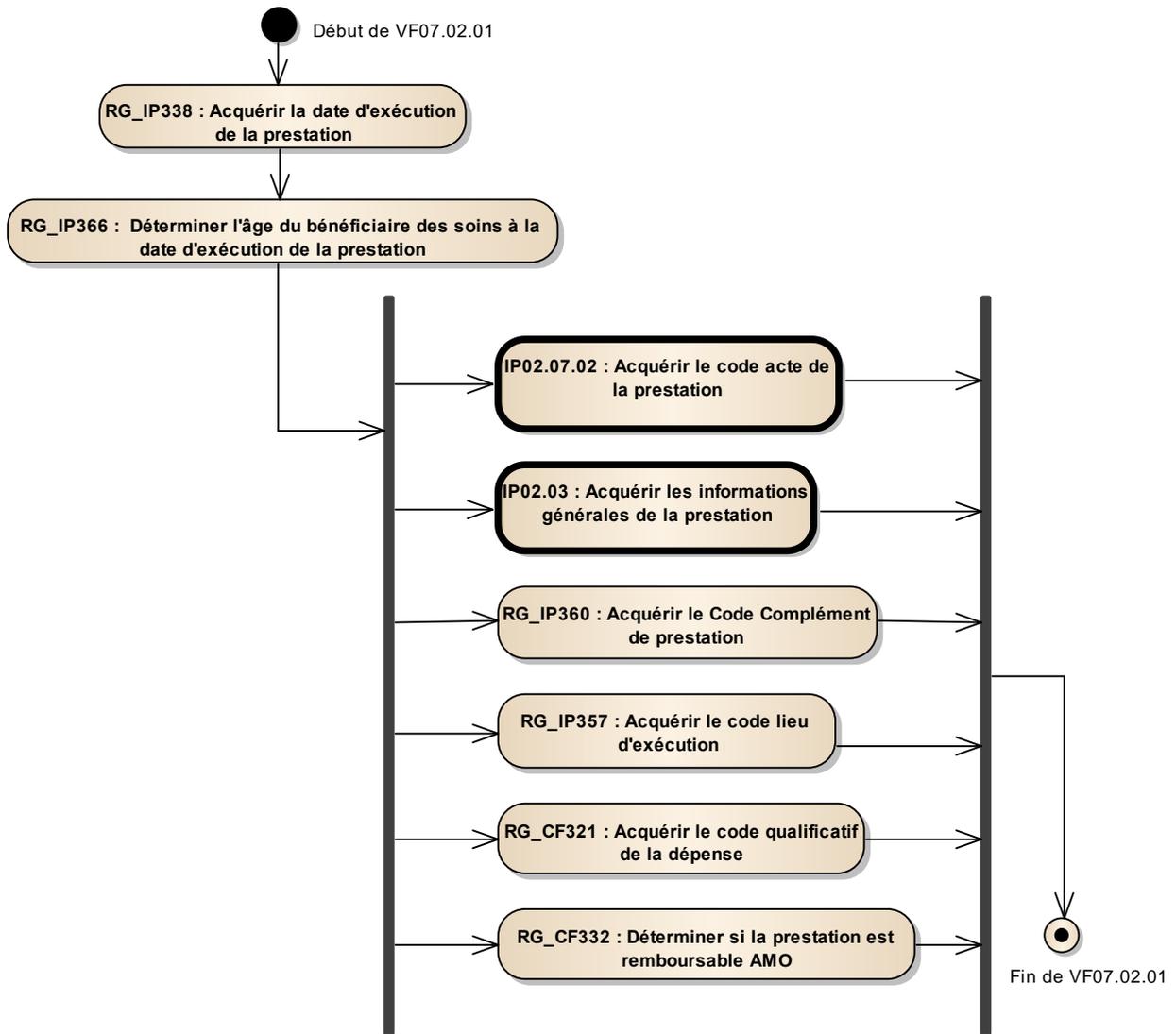


Figure 16 : Enchaînement des opérations de VF07.02.01 « Acquérir les données du supplément APIAS »

Règles de gestion

RG_IP338	Date d'exécution 1610-2	Egale à la date de la facture
RG_IP366	Age du bénéficiaire à la date d'exécution	A déterminer à partir de la date de naissance lue sur un support AMO (cas général)

IP02.07.02

RG_IP339	Code prestation 1610-4	Egal à « DAT »
RG_IP353	Type de la prestation	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
RG_IP354	Type de nomenclature	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
RG_IP355	Groupe fonctionnel	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
RG_IP356	Top nécessité de codage affiné	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
RG_IP392	Origine de la prestation	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)

RG_IP341	Coefficient 1610-8	Valeur 1 (cas général)
RG_IP320	Quantité 1610-9	Valeur 1 (cas général)
RG_IP337	Dénombrement 1610-10	Valeur 1 (cas général)
RG_IP351	Montant des honoraires 1610-6	Déterminé par VF06 (cf. RG_VF409 : Egal à la base de remboursement (1610-12))

Autres règles

RG_IP360	Code complément de prestation 1610-5	Non renseigné
RG_IP357	Code lieu 1610-3	Egal au code lieu de la première prestation de la facture
RG_CF321	Qualificatif de la dépense 1610-7	Non renseigné (cas général)
RG_CF332	Top prestation remboursable AMO	Valeur VRAI

2.5.2.2 VF07.02.02 : Contrôler les données du supplément APIAS

Vue générale

Description L'objet de cette opération est de contrôler les données pour la prestation de supplément APIAS générée par le système.

Entrées Données de la prestation générée

Prestation

Contexte Prestation AMO

Sorties Aucune

**Situations
spécifiques** Aucune

Schéma

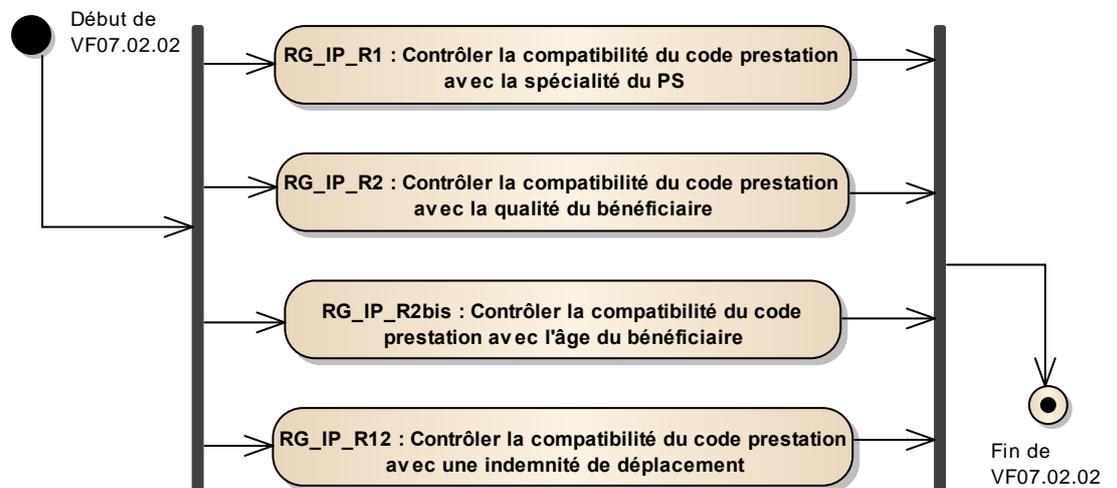


Figure 17 : Enchaînement des opérations de VF07.02.02 « Contrôler les données du supplément APIAS »

Règles de gestion

Les règles présentées dans le Schéma ci-dessus sont référencées RG_IP_xxx ou RG_CF_xxx.

La 3ème partie de la référence de ces règles correspond à la référence de la règle dans l'annexe 2 du CdC Éditeurs.

Exemple : RG_IP_R17 correspond à la règle R17 de l'annexe 2

2.5.2.3 VF07.02.03 : Déterminer les montants du supplément APIAS

Vue générale

Description L'objet de cette opération est de déterminer les montants pour la prestation de supplément APIAS générée par le système.

Entrées Montant effectif de la prise en charge APIAS

Données de chaque prestation de la facture hors DAT
Part AMO prestation

Sorties *Données de la prestation générée*
Part AMO prestation

Situations spécifiques Aucune

Schéma

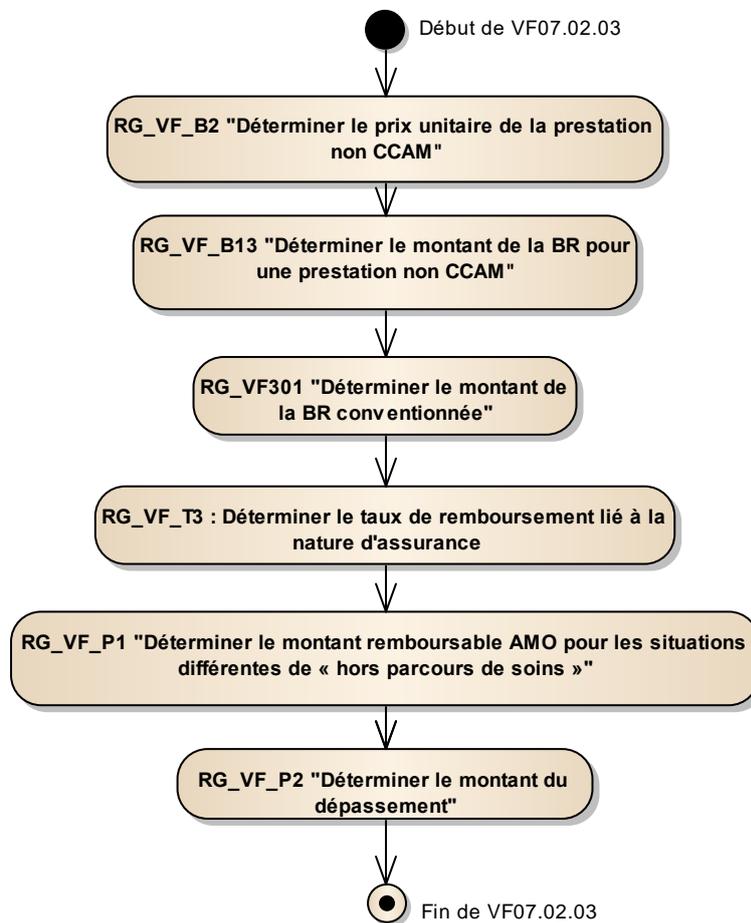


Figure 18 : Enchaînement des opérations de VF07.02.03 « Déterminer les montants du supplément APIAS »

Règles de gestion

RG_VF_B2	Prix unitaire 1610-11	Pour le supplément APIAS, le montant du Prix Unitaire correspond au montant du supplément APIAS déterminé préalablement (cf. RG_VF351)
RG_VF_B13	Base de remboursement 1610-12	cf. règle B13 de l'annexe 2 (cas général)
RG_VF301	Base de remboursement conventionnée 2020-2	cf. A1-A0 groupe 2020 (cas général)
RG_VF_T3	Taux de remboursement 1610-13	cf. règle T3 de l'annexe 2 (cas général en nature d'assurance AT : taux = 100%)
	Code justification d'exonération du ticket modérateur 1820-2	cf. règle T3 de l'annexe 2 (cas général en nature d'assurance AT : Code justification d'exonération du ticket modérateur = « pas d'exonération » (valeur 0))
RG_VF_P1	Montant remboursable AMO 1610-14	cf. Règle P1 de l'annexe 2 (cas général)
RG_VF_P2	Montant du dépassement	cf. Règle P2 de l'annexe 2 (cas général)

2.6 VF08 : Générer les dépassements pour victime d'attentat

Vue générale

Description Cette opération a pour objet, à partir des prestations saisies par le PS, d'ajouter automatiquement les prestations de dépassement pour Victime d'Attentat générées par le système de facturation (LPS).

Cette opération est utilisée uniquement dans la situation particulière Victime d'Attentat (SP18).

Les dépassements pour Victime d'Attentat générés par le système de facturation sont de 3 sortes :

- DHT, dans le cas général
- DDT pour les prestations de type soins dentaire
- DLT pour les prestations de nomenclature LPP

Entrées Prestations saisies par le PS

Prestations ATD générées par le système

Prestations HD générées par le système

Sorties Prestations de dépassement générées par le système

**Situations
spécifiques** Victime d'Attentat

SP18

Schéma

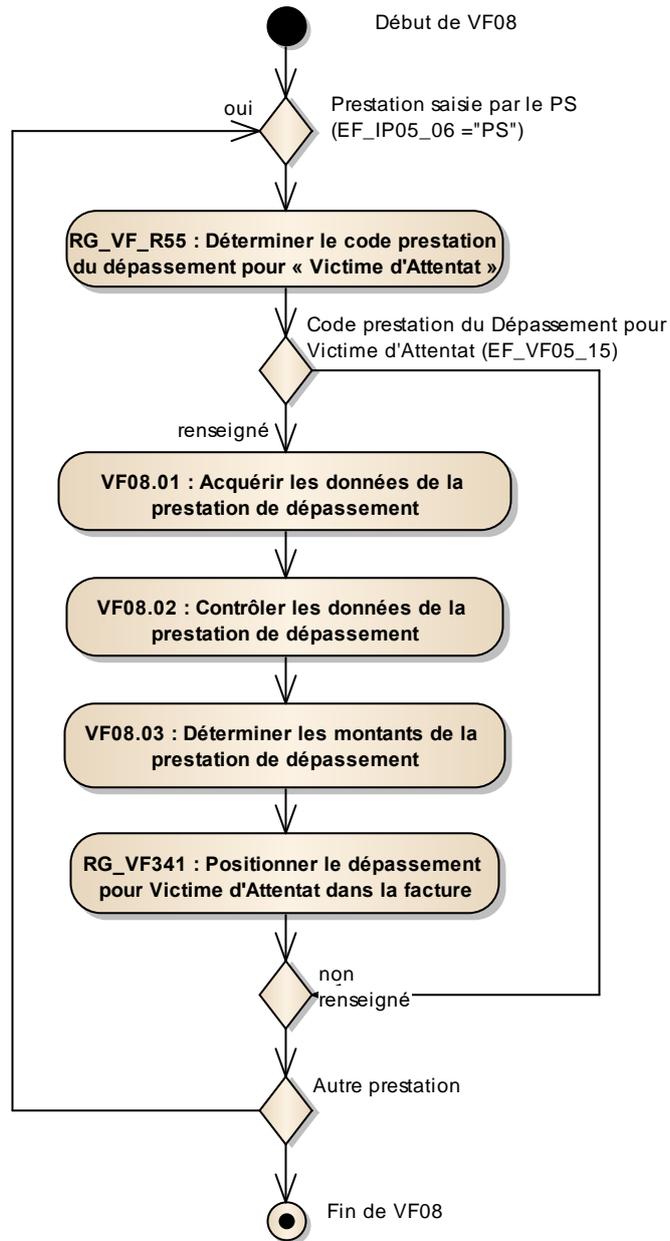


Figure 19 : Enchaînement des opérations de VF08 « Générer les dépassements pour Victime d'Attentat »

Règles de gestion

[RG_VF_R55] Déterminer le code prestation du dépassement pour « Victime d'Attentat » (EF_VF05_15)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

[Cahier des charges – annexe 2 – R55]

[RG_VF341] Positionner la prestation de dépassement pour « Victime d'Attentat » dans la facture

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Hors cas particulier ci-après (cf. CP1), toute prestation de dépassement générée par le LPS doit **immédiatement** succéder la prestation support à laquelle elle se rapporte.



Dans le cas où la prestation support ayant déclenché le dépassement est déjà suivie d'un acte secondaire saisi par le Professionnel de Santé (exemple : Indemnité de déplacement), la prestation de dépassement doit être insérée immédiatement après la prestation support et avant l'acte secondaire saisi par le PS. (l'acte secondaire saisi apparaît donc après la prestation de dépassement).

[RG_VF341] [CP1] Prestation support suivie d'un complément AT

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où la prestation support est suivie d'un complément AT (ATD ou ATL), la prestation de dépassement générée par le système suit **immédiatement** le complément AT.

2.6.1 VF08.01 : Acquérir les données pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat

Vue générale

Description L'objet de cette opération est d'acquérir les données pour une prestation de dépassement « Victime d'Attentat » par le système.

Entrées Données de la prestation support associée

Date d'exécution de la prestation	EF_IP04_02
Lieu d'exécution	EF_IP06
PS Exécutant salarié	EF_IP07
Supplément de prestation	EF_IP08
Code qualificatif de la dépense	EF_CF08_01

Sorties Données de la prestation générée

Prestation	EF_IP04
Type prestation	EF_IP05
Lieu d'exécution	EF_IP06
Supplément de prestation	EF_IP08
Contexte Prestation AMO	EF_CF08

Situations spécifiques Victime d'Attentat **SP18**

Schéma

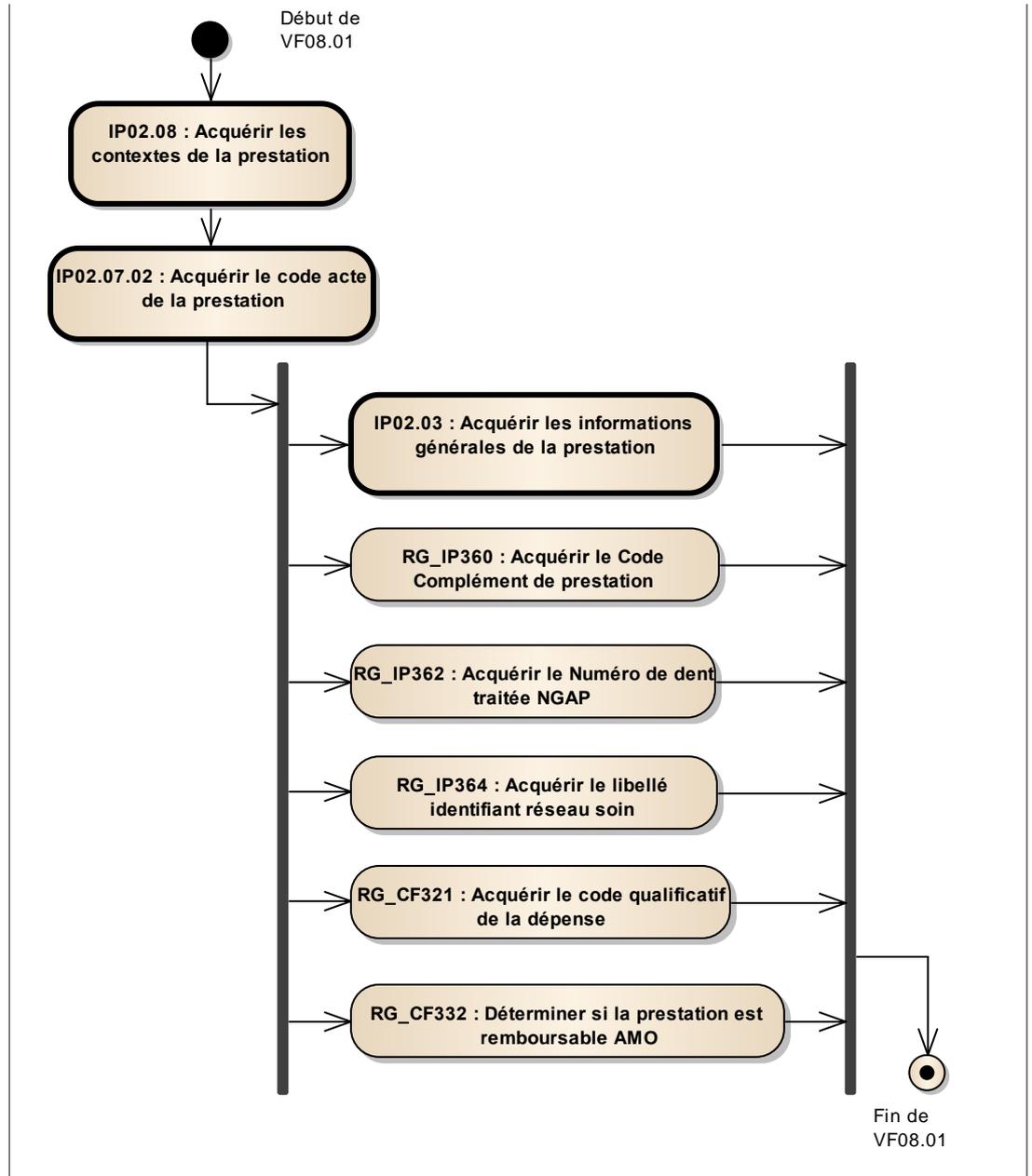


Figure 20 : Enchaînement des opérations de VF08.01 « Acquérir les données pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat »

Règles de gestion

IP02.08

RG_IP338	Date d'exécution 1610-2	Egale à la date d'exécution de l'acte support
RG_IP366	Age du bénéficiaire à la date d'exécution	A déterminer à partir de la date de naissance lue en carte (cas général)
RG_IP357	Code lieu 1610-3	Egal au code lieu de l'acte support
RG_IP358	Identifiant du lieu d'exécution 1880-2	Egal au lieu d'exécution de l'acte support
RG_IP359	Informations du PS salarié 1870	Egales aux informations du PS salarié de l'acte support

IP02.07.02

RG_IP339	Code prestation 1610-4	Egal au code prestation déterminé par la règle RG_VF_R55 préalable
RG_IP353	Type de la prestation	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
RG_IP354	Type de nomenclature	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
RG_IP355	Groupe fonctionnel	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
RG_IP356	Top nécessité de codage affiné	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
RG_IP392	Origine de la prestation	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)

IP02.03

RG_IP341	Coefficient 1610-8	Valeur 1
RG_IP320	Quantité 1610-9	Valeur 1
RG_IP337	Dénombrement 1610-10	Valeur 1
RG_IP351	Montant des honoraires 1610-6	Egal au montant remboursable AMO (1610-14)

Autres règles

RG_IP360	Code complément de prestation 1610-5	Non renseigné
RG_IP362	Numéro de dent traitée NGAP 1860-2	Non renseigné
RG_IP364	libellé identifiant réseau soin 1890-2	Egales aux informations de l'acte support
RG_CF321	Qualificatif de la dépense 1610-7	Egal au qualificatif de la dépense de l'acte support
RG_CF332	Top prestation remboursable AMO	Pas de cas particulier, déterminé selon la règle générale pour une prestation de type complément AT dentaire

2.6.2 VF08.02 : Contrôler les données pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat

Vue générale

Description L'objet de cette opération est de contrôler les données pour une prestation de dépassement « Victime d'Attentat » générée par le système.

Entrées Données de la prestation générée

Prestation

EF_IP04

Contexte Prestation AMO

EF_CF08

Sorties Aucune

Situations spécifiques Victime d'Attentat

SP18

Schéma

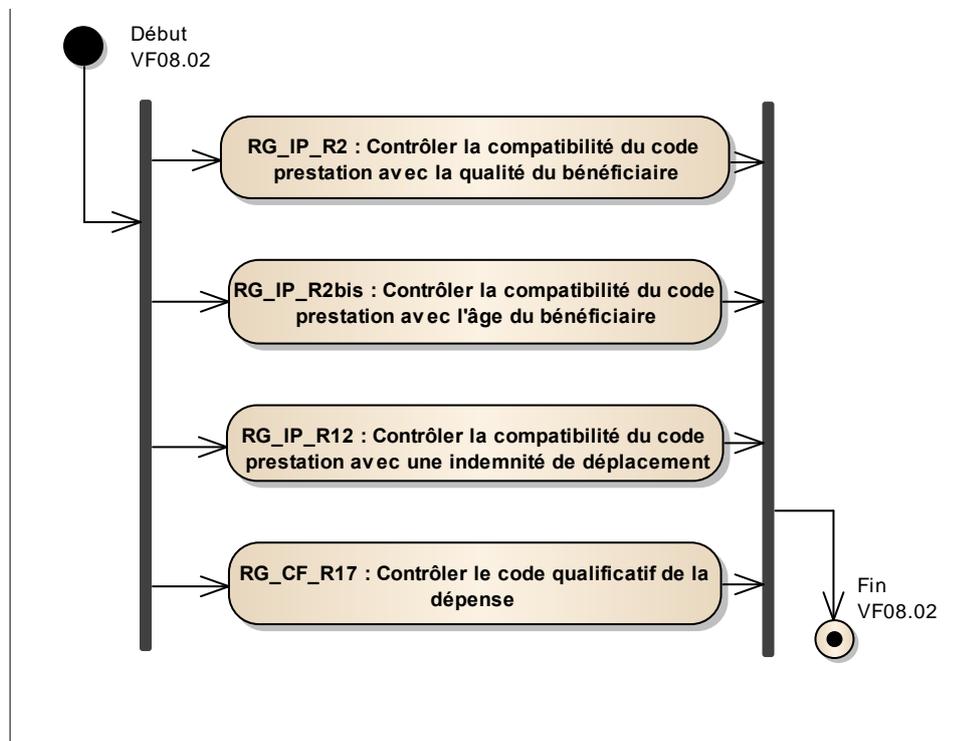


Figure 21 : Enchaînement des opérations de VF08.02 « Contrôler les données pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat »

Règles de gestion

Les règles présentées dans le Schéma ci-dessus sont référencées RG_IP_xxx ou RG_CF_xxx.

La 3ème partie de la référence de ces règles correspond à la référence de la règle dans l'annexe 2 du CdC Éditeurs.

Exemple : RG_IP_R17 correspond à la règle R17 de l'annexe 2

2.6.3 VF08.03 : Déterminer les montants pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat

Vue générale

Description L'objet de cette opération est de déterminer les montants pour une prestation de dépassement « Victime d'Attentat » générée par le système.

Entrées Données de la prestation support associée

Part AMO prestation

EF_VF05

Données de la prestation générée

Type prestation

EF_IP05

Sorties Données de la prestation générée

Part AMO prestation

EF_VF05

**Situations
spécifiques** Victime d'Attentat

SP18

Schéma

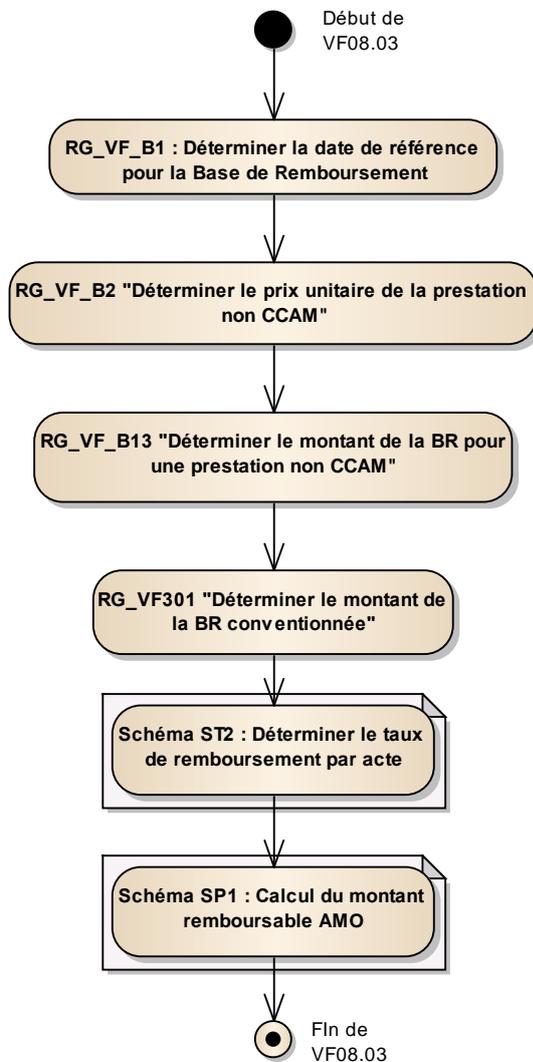


Figure 22 : Enchaînement des opérations de VF08.03 « Déterminer les montants pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat »

Règles de gestion

RG_VF_B1	Date de référence pour la BR 1610-2	cf. règle B1 de l'annexe 2 (cas général)
RG_VF_B2	Prix unitaire 1610-11	Cas particulier spécifié dans la règle B2 de l'annexe 2
RG_VF_B13	Base de remboursement 1610-12	cf. règle B13 de l'annexe 2 (cas général)
RG_VF301	Base de remboursement conventionnée 2020-2	cf. A1-A0 groupe 2020 (cas général)
schéma ST2	Taux de remboursement 1610-13	Cf. A1-A
schéma ST2	Code justification d'exonération du ticket modérateur 1820-2	Cf. A1-A
schéma SP1	Montant remboursable AMO 1610-14	Cf. A1-A



Annexe 1-B

Présentation fonctionnelle des Modules SESAM-Vitale

Principe de Traitement des retours et Gestion des ARL

Intégrant l'Addendum n°8

Ce document a été élaboré par le GIE SESAM-Vitale.

Conformément à l'article L.122-4 du Code de la Propriété Intellectuelle, toute représentation ou reproduction (intégrale ou partielle) du présent ouvrage, quel que soit le support utilisé, doit être soumise à l'accord préalable écrit de son auteur.

Il en est de même pour sa traduction, sa transformation, son adaptation ou son arrangement, quel que soit le procédé utilisé.

Tout manquement à ces obligations constituerait un délit de contrefaçon, au sens des articles L 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, susceptible d'entraîner des sanctions pour l'auteur du délit.

Sommaire

1	Introduction	4
1.1	Présentation du document	4
2	Cadre global du traitement des messages SMTP en retour	5
3	Gestion de la connexion réseau et des messages SMTP reçus	7
4	Gestion des avis de non remise et des messages de service	8
4.1	Gestion des AR_P	9
4.1.1	Définition de l'AR_P	9
4.1.2	Cinématique du traitement des AR_P par le Poste de Travail	9
5	Gestion des ARL	10
5.1	Préambule	10
5.2	ARL positif	10
5.3	ARL négatif	10
5.4	Absence d'ARL	11
5.5	ARL ne correspondant à aucun lot	11
5.6	Cinématique du traitement des lots et des ARL	11
5.6.1	Principes	11
5.6.2	Précisions	12
5.6.2.1	Gestion des lots sécurisés en mode dégradé	12
5.6.2.2	Enchaînements des phases pour les lots	12
5.6.2.3	Données à mémoriser	12
5.7	Descriptif des phases	15
5.7.1	Extraction des ARL	15
5.7.2	Rapprochement des lots et des ARL	15
5.7.3	Détection des lots transmis depuis plus de 48 heures sans ARL	16
5.7.4	Émission des lots	16
5.7.5	Reconstitution des lots dont l'ARL est négatif	17
5.7.6	Édition des duplicatas	19
5.8	La fonction « Traduction de l'ARL »	20

1 Introduction

1.1 Présentation du document

Ce document constitue la partie B de l'annexe 1 du CdC Éditeurs SESAM-Vitale.
Cette partie a pour objet de décrire spécifiquement les traitements relatifs aux flux retours.

NB : les traitements relatifs aux flux retours concernant les rapports de réclamation sont définis dans l'annexe 1-B0.

2 Cadre global du traitement des messages SMTP en retour

Les fonctions concernées recouvrent :

- la gestion des avis de non-remise ;
- la gestion des messages de Service ;
- la gestion des retours ARL.

Les deux premières fonctions concernent l'envoi d'un message SMTP et du fichier des lots de factures électroniques (FSE ou DRE) joint.

La dernière fonction (gestion des ARL) concerne les lots contenus dans le fichier transmis.

Si un fichier transmis a fait l'objet d'au moins un retour ARL pour un des lots constitutifs de ce fichier, cela signifie alors que le message SMTP a été reçu par le destinataire des flux. Ceci implique que la réception d'un retour ARL vaut réception d'un avis de remise.

Dans la logique de traitement des messages SMTP contenus dans la boîte aux lettres du Professionnel de Santé, il convient de traiter dans l'ordre :

- **les erreurs de transmission** signalées par un avis de non-remise ;
- **l'indisponibilité d'un site d'exploitation de l'Assurance Maladie** signalée par un message de service (AR_P) ;
- **les erreurs de format** (en-tête SMTP ou structure du fichier joint) signalées par un message de service ;
- **les ARL** résultant des contrôles de structure opérés par les systèmes d'accueil des flux de l'Assurance Maladie sur les lots ou les factures Électroniques contenus dans le fichier.

Ceci correspond à la cinématique des flux décrite dans le schéma ci-après.

Ce paragraphe vient compléter les différentes parties du Cahier des Charges SESAM-Vitale abordant ce sujet.



Nota

Les Rejet/Signalement/Paiement (RSP) ne sont pas traités dans ce document. Cependant, leurs structures seront décrites dans l'annexe 4.

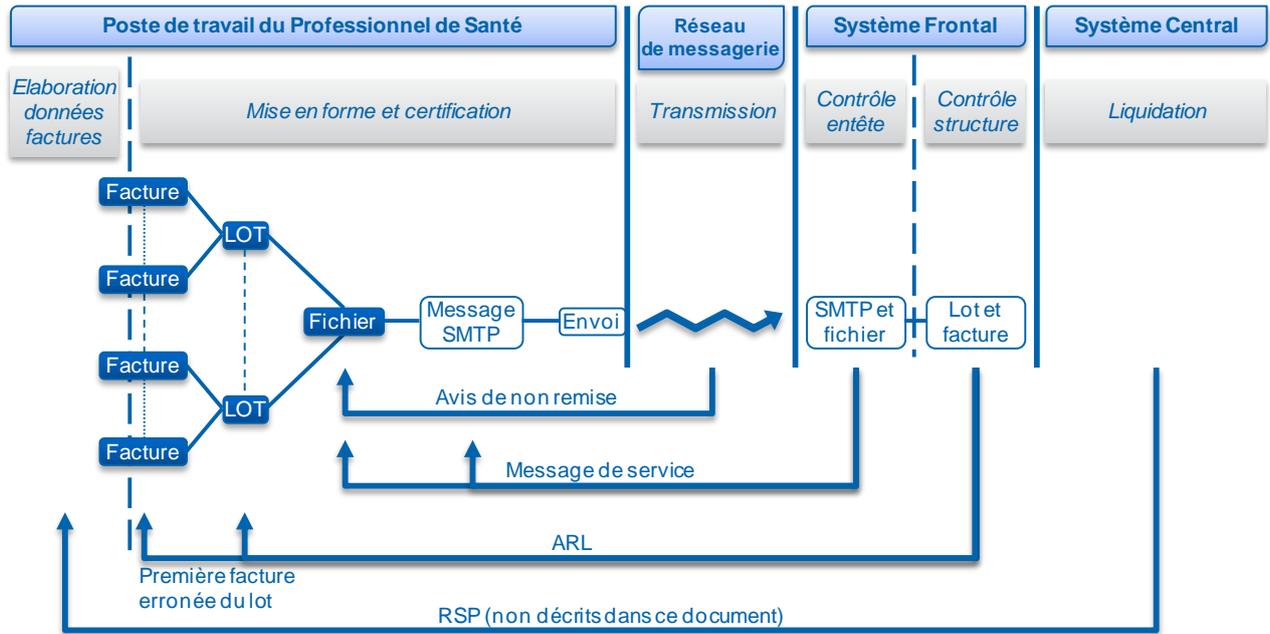


Schéma des flux SESAM-Vitale

3 Gestion de la connexion réseau et des messages SMTP reçus

Les procédures liées aux ouvertures et fermetures de sessions d'accès aux réseaux de messagerie (pour les flux SESAM-Vitale) doivent respecter l'enchaînement suivant :

- l'étape initiale démarre par la connexion et l'ouverture d'une session de travail sur le réseau de messagerie (accès à la boîte aux lettres dédiée SESAM-Vitale) ;
- la session de travail doit commencer par la sélection de tous les messages SMTP contenus dans la boîte aux lettres du Professionnel de Santé¹ :
 - l'extraction des avis de non-remise et leur rapprochement avec les messages SMTP émis ;
 - l'extraction des messages de service et leur rapprochement avec les messages SMTP émis ;
 - l'extraction des ARL et leur rapprochement avec les lots précédemment émis ;
 - l'extraction et le stockage en local des messages non dédiés SESAM-Vitale (avec possibilité de paramétrer la suppression ou non de ces messages du serveur).
- la session se poursuit par l'envoi des messages SMTP contenant les lots à émettre ;
- fermeture de la session de travail et la déconnexion réseau ;
- l'étape finale est matérialisée par le rapprochement de l'ensemble des messages reçus avec les messages SMTP émis.



Remarque

Le rapprochement des différents messages n'incluent pas la reconstitution des lots pour réémission. Cette reconstitution peut être réalisée hors connexion et les lots reconstitués seront alors réémis au cours d'une session suivante.

¹ Dans le cadre du RSS - boîte aux lettres dédiée aux flux SESAM-Vitale

4 Gestion des avis de non remise et des messages de service

La gestion des avis de non-remise et des messages de service est étroitement liée à la gestion des ARL.

Lors de l'extraction des messages SMTP dans la BAL du Professionnel de Santé, le progiciel peut recevoir :

De l'opérateur de messagerie :

- un (ou des) Avis de Non Remise indiquant qu'un message SMTP précédemment transmis (contenant un fichier de lots de factures) n'a pas été correctement acheminé jusqu'à la BAL de l'organisme destinataire. Cet avis contient le champ sujet du message SMTP concerné ;
- un message de service indiquant qu'un message SMTP précédemment transmis n'a pas pu être réceptionné par les systèmes d'assurance maladie (indisponibilité du système d'exploitation de l'assurance maladie).

De l'Assurance Maladie :

- un message de service indiquant qu'un message SMTP précédemment transmis est incorrect, soit au niveau du format de son en-tête SMTP, soit au niveau de la structure du fichier joint. Ce message SMTP fait référence au champ sujet du message SMTP concerné.

Le progiciel doit gérer les Avis de Non Remise et les messages de service en liaison avec la gestion des lots de la manière suivante :

- Durant la phase d'extraction des messages SMTP reçus, le progiciel doit extraire, en plus des fichiers ARL, les Avis de Non Remise et les messages de service éventuels afin d'identifier les fichiers posant un problème.
 - Si le fichier concerné par les avis de non-remise ou les messages de service, correspond à un fichier pour lequel l'un des lots qui le constitue a fait l'objet d'une première retransmission (cf. phase d'envoi des fichiers ci-dessous), alors ce fichier ne peut plus être transmis à nouveau et les lots qui ont fait l'objet d'une première retransmission doivent être traités manuellement.
 - Si tous les lots du fichier ont fait l'objet que d'une seule transmission, ceux-ci doivent être notés à réémettre (cf. § 4.6.1 phase 4) ou en attente (cf. § 4.1) suivant le message de service reçu.
 - Cas particulier : Lors de la réception d'un message de service 4005 « Flux chiffré en erreur », correspondant à un flux qui n'a pas pu être déchiffré. Le progiciel doit réémettre le flux à l'identique chiffré avec le bon certificat sans extraire le fichier ou aucun lot si ceux-ci avaient déjà fait l'objet d'une retransmission.
- Lors de la phase d'envoi des fichiers de lots, le progiciel doit :
 1. lors de la première transmission d'un fichier, mémoriser l'en-tête du message SMTP et le fichier joint pour permettre le rapprochement ultérieur ;
 2. permettre de recréer un message SMTP, après analyse de l'incident, pour chaque fichier pour lequel un Avis de Non Remise ou un message de service de type « REJET_SMTP » a été reçu (rapprochement possible grâce au champ sujet de l'en-tête SMTP du message) et appliquer la cinématique du traitement des lots et des ARL (cf. § 5.6).

- Si le fichier a été reçu par son destinataire (réception d'au moins un ARL pour un lot contenu dans ce fichier) alors le progiciel doit supprimer l'en-tête du message SMTP et le fichier.

4.1 Gestion des AR_P

Ces messages de service AR_P ne remplacent pas les ARL.

4.1.1 Définition de l'AR_P

En cas de dysfonctionnement majeur d'un système d'assurance maladie rendant impossible la prise en charge des messages de FSE ou de DRE émis par les Professionnels de Santé, le système de messagerie de l'opérateur du réseau SESAM-Vitale dispose d'un mécanisme de sauvegarde qui permet de sauvegarder les messages destinés à l'Assurance Maladie pendant une durée de 8 jours.

Dans ce cas l'opérateur de messagerie (l'opérateur du Réseau SESAM-Vitale) envoie aux Professionnels de Santé un AR_P (accusé de réception provisoire).

Cet AR_P doit permettre au logiciel du Professionnel de Santé de bloquer la réémission automatique des lots en attente d'ARL depuis plus de 48 heures.

Les lots mis « en attente » seront acquittés lors de la réception de l'ARL lorsque le système d'exploitation assurance maladie sera remis en fonctionnement.

Un délai de 15 jours maximum a été retenu pour cette mise en attente. Au delà, le Professionnel de Santé doit passer en procédure d'édition des duplicata papier des factures.

4.1.2 Cinématique du traitement des AR_P par le Poste de Travail

- Extraction des AR_P ;
- Rapprochement des AR_P avec les lots correspondant (Dans le champ « in reply-to » de l'AR_P est transmis le champ « subject » du message d'origine) ;
- Mise en état « en attente » des lots identifiés.

Les lots mis dans l'état « en attente » doivent être rapprochés des ARL reçus au fil de l'eau.

Au delà de 15 jours si les lots n'ont toujours pas reçu d'ARL, le Professionnel de Santé peut éditer des duplicata papier des factures.

5 Gestion des ARL

5.1 Préambule

Les principes décrits dans ce document sont valables pour tous les types de flux générés sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé, à savoir les factures réelles, les factures de test, et les factures de démonstration.

- Pour les AMO :

Les règles de gestion des ARL reposent sur les éléments définis réglementairement (article R161-47 du code de la Sécurité Sociale relatif à la gestion des transmissions aux organismes d'Assurance Maladie et arrêté du 9 avril 1998 relatif aux modalités d'envoi des messages adressés en retour).

Les lots effectués en mode dégradé ne donnent pas lieu à l'émission d'un ARL.

- Pour les AMC :

Tous les lots donnent lieu à l'émission d'un ARL.

Les pièces jointes et les en-têtes des messages SMTP contenant ces ARL doivent être archivés sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé pendant une durée minimum de 90 jours.

Un même lot de factures électroniques ne peut être retransmis qu'une seule fois, quel que soit le type d'erreur rencontrée.

5.2 ARL positif

Suite à la réception d'un ARL positif, le Professionnel de Santé doit conserver ce dernier sur son Poste de Travail et durant 90 jours au moins, ainsi que le double des feuilles de soins électroniques du lot qu'il a transmis, cf. chapitre « Sauvegarde des éléments constitutifs de la facture » du corps du Cahier des Charges.

Les règles d'archivage des lots sécurisés de DRE sont les mêmes que les lots sécurisés de FSE.

Un lot ayant reçu un ARL positif ne doit en aucun cas être retransmis.

5.3 ARL négatif

Le lot doit être reconstitué avec un nouveau numéro de lot à partir des factures le composant et en tenant compte du code de l'ARL reçu. Ce lot doit ensuite être mis en forme et sécurisé (si nécessaire pour les DRE) de la même façon qu'un nouveau lot avant sa transmission.

Suite à la réception d'un ARL négatif indiquant une facture erronée dans le lot correspondant, seul le numéro de la première facture erronée dans le lot est signalé dans l'ARL, même si le lot contient d'autres factures erronées. Dans ce cas, le progiciel doit créer un nouveau lot contenant toutes les factures électroniques du lot précédemment transmis à l'exclusion de la facture électronique signalée en erreur. Ce lot ne peut pas être enrichi de nouvelles factures électroniques.

Pour ce nouveau lot, **un nouveau numéro de lot est attribué** et celui-ci doit être marqué comme retransmis.

Une intervention du Professionnel de Santé est requise pour la reconstitution et la transmission d'un lot en erreur.

Un lot ayant donné lieu à un ARL négatif ne peut être émis qu'une seule fois. A l'issue d'une nouvelle transmission infructueuse, le logiciel du Professionnel de Santé doit indiquer la nécessité de consulter la liste des lots incriminés afin de permettre la sélection des lots pour lesquels les factures électroniques doivent être éditées et identifiées comme traitées manuellement. L'en-tête du message SMTP contenant cet ARL doit être stockée sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé pour analyse technique ultérieure.

Le logiciel doit guider le Professionnel de Santé dans le traitement des ARL négatifs en fonction du type de rejet (voir cinématique du traitement des ARL).

5.4 Absence d'ARL

Les éléments qui suivent sont définis réglementairement pour la feuille de soins électronique. Si un lot de factures électroniques n'a pas reçu d'accusé de réception au bout de 48 heures suivant l'envoi, celui-ci ne doit être retransmis qu'une seule fois à l'organisme destinataire du flux. Ce lot ne doit pas être modifié avant retransmission (il est déjà sécurisé : il conserve donc le même numéro de lot).

Le logiciel doit indiquer au Professionnel de Santé la nécessité de consulter la liste des lots sécurisés, retransmis depuis plus de 48 heures et pour lesquels il n'a pas reçu d'ARL, afin de permettre la sélection des lots pour lesquels les factures électroniques doivent être éditées et identifiées comme traitées manuellement.

Les règles décrites ci-dessus s'appliquent également pour tous les lots sécurisés de Demandes de Remboursements Electroniques, même si elles ne sont pas définies réglementairement.

5.5 ARL ne correspondant à aucun lot

Dans le cas où un ARL ne pourrait être lié à un lot en attente d'acquittement, le logiciel doit archiver l'ARL comme non rapproché à des fins d'analyse technique a posteriori. L'en-tête du message SMTP contenant le fichier retour de cet ARL doit être elle aussi archivée.

5.6 Cinématique du traitement des lots et des ARL

5.6.1 Principes

Pour éviter les retransmissions inutiles de lots en attente d'ARL, il convient de vérifier si l'ARL associé n'est pas présent dans la boîte aux lettres du Professionnel de Santé avant toute tentative de retransmission.

Le processus d'envoi/rapprochement des lots peut être automatique.

Une intervention du Professionnel de Santé est requise pour le traitement des lots en anomalie :

- *lots retransmis en attente d'ARL depuis plus de 48H ;*
- *lots (re)transmis et ayant donné lieu à des ARL négatifs.*

La gestion des lots et des ARL est composée des procédures suivantes :

I - La procédure d'envoi/rapprochement des lots

La procédure d'envoi et de rapprochement des lots peut être déclenchée par le logiciel lui-même à une heure donnée (éventuellement paramétrable) ou sur l'initiative du Professionnel de Santé. Les phases du traitement sont les suivantes :

- **Phase 1 - Extraction des ARL**
- **Phase 2 - Rapprochement des ARL avec les lots correspondants**
- **Phase 3 - Détection des lots transmis depuis plus de 48 heures sans ARL**
- **Phase 4 - Emission des nouveaux lots et des lots à réémettre**

A l'issue de la procédure, le Professionnel de Santé est averti de l'existence de lots requérant un traitement particulier (gestion des anomalies).

II - La procédure de gestion des anomalies

Cette procédure permet au Professionnel de Santé de prendre connaissance des anomalies survenues et, selon le choix et la nature de ces anomalies, d'appliquer le traitement ad hoc aux lots incriminés :

- **Phase 5 - reconstituer lot** (ARL négatif) pour retransmission ultérieure
- **Phase 6 - éditer duplicata** facture (lot en erreur après envoi du lot reconstitué (1 seule fois)

5.6.2 Précisions

5.6.2.1 Gestion des lots sécurisés en mode dégradé

Pour les organismes d'Assurance Maladie Obligatoires, seul un Avis de Non Remise ou un message de service peut permettre au progiciel de savoir si les lots n'ont pas été correctement reçus.

Si un Avis de Non Remise ou un message de service (signalant un rejet) est parvenu dans les 48 heures suivant l'envoi, le progiciel doit traiter l'erreur et renvoyer le message SMTP en le notant comme étant réémis.

A défaut de réception d'avis de non remise ou d'un message de service au bout de 48 heures après le dernier envoi (le même délai que pour l'attente de réception des ARL pour les lots sécurisés), le progiciel considérera les lots transmis comme acceptés par l'organisme destinataire du flux.

Si un Avis de Non Remise ou un message de service relatif à un message SMTP réémis est reçu par le Poste de Travail du Professionnel de Santé, les lots contenus dans le message SMTP doivent être traités manuellement dans la procédure d'anomalie.

5.6.2.2 Enchaînements des phases pour les lots

Dans le diagramme présenté page suivante, les phases 1 à 4 peuvent être enchaînées automatiquement au déclenchement de la procédure d'envoi/rapprochement des lots. Les phases 5 et 6 sont invoquées à la demande du Professionnel de Santé via un menu de gestion manuelle des anomalies.

Chaque phase est détaillée dans le paragraphe 5.7, où chaque donnée en entrée ou en sortie est identifiée en **gras**.

5.6.2.3 Données à mémoriser

La cinématique de traitement de chaque lot et son rapprochement avec un ARL, impose que soient mémorisées pour chaque lot les informations suivantes :

- son CRF (Critère de Regroupement en fichier) ;
- ses critères de rapprochement ARL (cf. § 5.8 la fonction Traduction de l'ARL) ;
- la date et l'heure de sa transmission.

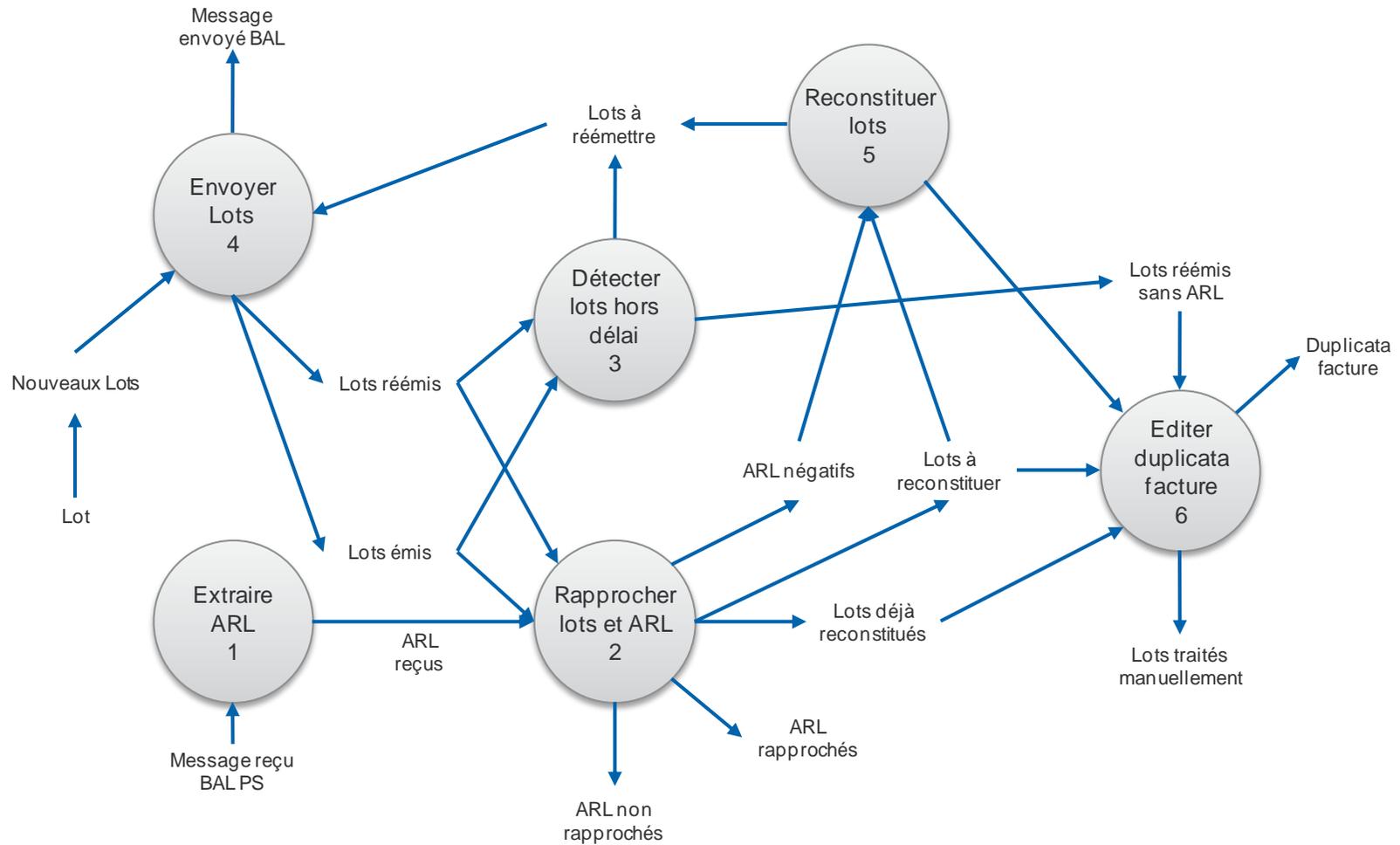


Diagramme des flots de données sur le système de gestion des lots sécurisés

5.7 Descriptif des phases

5.7.1 Extraction des ARL

Remarques préalables

Les procédures d'extraction et de suppression dans les boîtes aux lettres des messages SMTP comportant les ARL doivent être exécutées avant tout autre traitement.

Un message SMTP « ARL » ou « ARLDRE » peut regrouper des ARL correspondant à des lots provenant de plusieurs messages SMTP.

Les ARL associés aux lots d'un même message SMTP peuvent être éclatés dans plusieurs messages SMTP ARL.

Traitements fonctionnels

Connexion et ouverture de session RSS

Consultation de la BAL Professionnel de Santé

Pour chaque **message SMTP reçu dans la BAL du Professionnel de Santé**

Extraction du message SMTP

Si le champ content-description de l'en-tête SMTP est de type « ARL/NOEMIE » ou « ARLDRE/NOEMIE » ou autres (cf. annexe 4 ; § 8, 10 et 11) alors

Extraction de la pièce jointe

Récupération des **ARL reçus** et mémorisation du code traitement

Suppression dans la BAL du message SMTP contenant les ARL

Traitement des autres messages SMTP éventuels

5.7.2 Rapprochement des lots et des ARL

Remarque préalable

La procédure de rapprochement des ARL avec les lots associés doit être exécutée avant toute émission de lot pour éviter la retransmission de lots pour lesquels un ARL a déjà été reçu.

Traitements fonctionnels

Pour chaque **ARL reçu**

Recherche du lot correspondant dans la liste des **lots émis** et la liste des **lots réémis** (cf. § 5.8 Traduction de l'ARL) et la liste des **lots en attente**.

Si le lot est trouvé alors

Si l'ARL est positif

le lot correspondant trouvé doit être supprimé de la liste à laquelle il appartenait

les données constitutives des factures du lot rapproché et l'ARL positif doivent être archivées pendant 90 jours

Si l'ARL est négatif

si le lot était un **lot émis** ou **lot en attente** alors celui-ci devient un **lot à reconstituer** (il sera traité manuellement et éventuellement renvoyé)

si le lot était un lot réémis alors celui-ci devient un lot déjà reconstitué (il sera traité manuellement sans pouvoir être renvoyé)

L'ARL négatif correspondant doit être stocké dans la liste des **ARL négatifs** (pour analyse technique). L'en-tête SMTP du message contenant le fichier retour de cet ARL doit être lui aussi archivé.

Tous les ARL pour lesquels aucun lot n'a été trouvé dans la liste des **lots émis** et la liste des **lots réémis** et la liste des lots en attente doivent être archivés dans la liste des **ARL non rapprochés** (pour analyse technique). L'en-tête SMTP du message contenant le fichier retour de cet ARL doit être lui aussi archivé.

5.7.3 Détection des lots transmis depuis plus de 48 heures sans ARL

Remarques préalables

Les lots transmis une première fois et qui n'ont pas reçu d'ARL dans un délai de 48 heures doivent faire l'objet d'un nouvel envoi sans modification du contenu, pour préserver leur intégrité, et sans modification de la référence du lot.

Les lots transmis une seconde fois et qui n'ont pas reçu d'ARL dans un délai de 48 heures ne doivent pas être retransmis mais les factures électroniques constituant ce lot devront faire l'objet d'une édition papier (duplicata sur feuille certifiée CERFA pour les FSE).

Traitements fonctionnels

Pour chaque lot de la liste des **lots émis**

Si la date de la dernière relève de la BAL est supérieure à la date d'émission du lot + 48 heures

alors celui-ci devient un **lot à réémettre** (il sera renvoyé).

Pour chaque lot de la liste des **lots réémis**

Si la date de la dernière relève de la BAL est supérieure à la date d'émission du lot + 48 heures

alors celui-ci devient un **lot réémis sans ARL** (il sera traité manuellement sans pouvoir être renvoyé).

5.7.4 Émission des lots

Remarques préalables

Les fichiers créés à transmettre peuvent contenir des lots nouvellement créés et des lots à réémettre.

Traitements fonctionnels

Regrouper tous les **nouveaux lots** et les **lots à réémettre** en fonction du CRF associé à chaque lot.

Pour chaque groupe de lots ainsi constitué :

- Appeler la fonction Formater Fichier ;
- Constituer le fichier à émettre : en-tête fichier + groupe de lots + fin de fichier ;
- Créer le message SMTP à destination de l'organisme destinataire avec le fichier à émettre en pièce jointe ;
- Envoyer le message SMTP.

Tous les **nouveaux lots** du fichier transmis passent dans la liste des **lots émis** (en attente d'ARL une 1^{ère} fois).

Tous les **lots à réémettre** du fichier transmis passent dans la liste des **lots réémis** (en attente d'ARL une dernière fois).

Fermeture de session et déconnexion RSS.

Les lots, dont le fichier a fait l'objet d'un avis de non remise ou d'un message de service, sont considérés comme des lots à réémettre (cf. § 3).

5.7.5 Reconstitution des lots dont l'ARL est négatif

Remarques préalables

Le Professionnel de Santé, qui a été averti que des lots non correctement traités subsistent sur son poste, peut en afficher la liste pour les traiter manuellement.

Le progiciel du Professionnel de Santé doit afficher :

- les lots ayant reçu un ARL négatif soit après une première émission ;
- les ARL négatifs correspondants.

Seuls les lots ayant été émis qu'une fois peuvent être reconstitués. La reconstitution d'un lot doit permettre au Professionnel de Santé de le réémettre en supprimant la facture éventuellement erronée pour laquelle un duplicata papier doit être édité.

Il est conseillé au Professionnel de Santé d'effectuer cette opération après accord de l'organisme destinataire concerné.

La reconstitution d'un lot consiste en la création d'un nouveau lot qui contient les mêmes factures que l'ancien lot (sauf la facture erronée éventuelle) auquel un nouveau numéro de lot est attribué et qui doit être sécurisé (si nécessaire pour les DRE) de la même manière qu'un nouveau lot.

Traitements fonctionnels

Les traitements à effectuer en fonction du code traitement de l'ARL sont les suivants :

Libellé code Traitement ARL	Code	Traitements effectués pour tous ces codes
Structure du lot non conforme	1001	<ul style="list-style-type: none"> • Reconstitution d'un nouveau lot à partir des FSE ou DRE du lot • Mise en forme et sécurisation du nouveau lot (si nécessaire pour les DRE) • Insertion du nouveau lot sécurisé dans la liste des lots à réémettre (il sera renvoyé)
Signature lot invérifiable	2001	
Lot non intègre	2002	
Enregistrement fin de lot non intègre	2003	
Lot utilisant une clé interdite(*)	2005	
Sécurité lot erronée	2502	
La carte CPS ou CPE ayant effectué le lot est en opposition	3001	
Agrément logiciel absent	4001	
Logiciel PS non agréé	4002	
Date de validité du logiciel PS dépassée Ou Validité de la version de votre logiciel expirée	4003	
Date de validité du logiciel PS non atteinte	4004	
TLA non homologué	4005	
Date de validité du TLA dépassée	4006	
Date de validité du TLA non atteinte	4007	
Logiciel PS non agréé pour produire des flux TLA	4008	
Numéro de version de norme invalide pour l'homologation TLA	4009	
Numéro de version de norme invalide pour l'agrément logiciel	4010	
Version du cahier des charges invalide	4011	
Lot créé depuis plus de 90 jours	5001	
Lot postdaté de plus de 2 jours	5002	
xxxxxxxx = n° FSE ou DRE dont la structure est non conforme	1002	<ul style="list-style-type: none"> • Reconstitution d'un nouveau lot contenant toutes les FSE ou DRE du lot précédent, sauf la FSE ou DRE n°xxxxxxxx. • Mise en forme et sécurisation du nouveau lot (si nécessaire pour les DRE) • Insertion du nouveau lot sécurisé dans la liste des lots à réémettre (il sera renvoyé) • Edition du duplicata papier de la FSE ou DRE n°xxxxxxxx du lot
xxxxxxxx = n° FSE ou DRE non intègre	2004	
« xxxxx = n° FSE ou DRE certificat vitale incorrect »	2004	
xxxxxxxx = n° de FSE ou DRE utilisant un mode de certification interdit	2007	
xxxxxxxx = n° de FSE ou DRE avec déchiffrement impossible	2500	
xxxxxxxx = n° de FSE ou DRE avec chiffrement erroné	2501	
xxxxxxxx = n° de FSE ou DRE dont signature incontrôlable invérifiable	2503	
xxxxxxxx = n° de FSE ou DRE avec sécurité facture erronée	2504	
xxxxxxxx = n° FSE ou DRE effectuée par une carte CPS en opposition	3002	
xxx = n° de FSE ou DRE utilisant une clé interdite(*)	2006	

(*)**Cas particulier :** Avec l'utilisation d'un lecteur SESAM-Vitale, en cas de réception d'un ARL avec un code 2005 (Lot utilisant une clé interdite) ou 2006 (xxx = n° de **FSE ou DRE** utilisant une clé interdite), le Professionnel de Santé doit contacter la société lui ayant fourni son lecteur SESAM-Vitale.

Avec l'utilisation de lecteurs PC/SC, le Professionnel de Santé doit contacter son éditeur de logiciel.

5.7.6 Édition des duplicatas

Remarques préalables

De la même manière que pour les lots à reconstituer suite à la réception d'un ARL négatif, le PS peut traiter manuellement tous les lots non acquittés positivement en les sélectionnant dans la liste proposée par le progiciel.

Le progiciel du Professionnel de Santé doit afficher la liste suivante :

- les lots déjà retransmis et n'ayant pas reçu d'ARL dans un délai de 48 heures ;
- les lots en attente ayant dépassé le délai de 15 jours ;
- les lots ayant reçu un ARL négatif soit après une première émission, soit après une retransmission ;
- les ARL négatifs correspondants.

Tous ces lots peuvent être traités manuellement (y compris les lots à reconstituer).

Il est conseillé au PS d'effectuer cette opération après accord avec l'organisme destinataire concerné.

Traitements fonctionnels

Parmi les **lots à reconstituer**, les lots déjà reconstitués, les **lots réémis sans ARL** et les **lots en attente ayant dépassé le délai de 15 jours**, le Professionnel de Santé choisit les lots qu'il veut traiter manuellement.

Pour chaque lot sélectionné :

- Possibilité d'éditer un **duplicata** papier pour toutes les factures du lot ;
- Archiver le lot dans la liste des **lots traités manuellement** (pour analyse technique).

5.8 La fonction « Traduction de l'ARL »

La fonction **Traduction de l'Accusé Réception Logique** a pour objet d'identifier les ARL contenus dans le fichier passé en paramètre et de restituer des données simplifiées permettant de connaître le niveau d'acceptation de chaque lot par l'Assurance Maladie. En cas d'anomalie, le libellé de traitement indique le motif de l'anomalie.

Fonction à
utiliser

SSV Traduire ARL

Les paramètres
en entrée

30 **Groupe** *Fichier de retour NOEMIE*

Zone d'échange

Zone contenant les Accusés de Réception Logiques.

Les paramètres
en sortie

31 **Groupe** *Traduction de l'ARL* **(1 à n occurrences)**

N° de l'ARL

Zone réservée pour utilisation future.

Date de création de l'ARL

Type du N° de l'émetteur de lot

Identifie le type du n° émetteur.

Emetteur du lot

Identifie le Professionnel de Santé émetteur du lot.
(cf. fonction « Mise en forme et sécurisation lot »).

N° du destinataire

Identifie l'organisme d'Assurance Maladie auquel le lot était destiné.
(cf. N° Destinataire en entrée de la fonction « Mise en forme Entête et Fin de fichier »).

N° de référence du lot

Attribuée par le progiciel lors de la constitution du lot (cf. annexe 1-A § 4.1).

Date du lot

Date de création du lot par l'émetteur (indiqué lors de l'appel à la fonction Formater Lot).

Type du code traitement du lot

Indique si une anomalie a été détectée pour le lot et, si oui, le type d'anomalie détectée.

Code de traitement du lot

Renseigné dans le cas d'une anomalie, cette zone explicite le code de l'anomalie détectée.

Libellé de traitement du lot

Libellé du code de traitement du lot.

Traitement effectué par le progiciel du Professionnel de Santé après appel de la fonction

Pour chaque ARL contenu dans le fichier, la fonction *Traduction Accusé Réception Logique* restitue au progiciel du Professionnel de Santé les caractéristiques lui permettant de mettre à jour l'état du lot correspondant (exemple : lot avec ARL positif, lot avec ARL négatif). Le traitement à effectuer dans le cas d'un ARL négatif est expliqué dans le corps du Cahier des Charges.

Pour identifier le lot de FSE correspondant à l'ARL traduit, les champs suivants doivent être comparés :

Champs d'identification du lot			Champs issus de la Traduction ARL		
Groupe	N° champ	Descriptif	Groupe	N° champ	Descriptif
13	2	Type émetteur lot	31	3	Type du n° de l'émetteur du lot
13	3	Emetteur du lot	31	4	Emetteur du lot
13	5	Référence lot	31	5	N° destinataire du lot
12	7	N° du destinataire	31	6	N° de référence du lot
8	8	date du lot	31	7	date du lot (*)

Pour identifier le lot de DRE correspondant à l'ARL traduit, les champs suivants doivent être comparés :

Champs d'identification du lot			Champs issus de la Traduction ARL		
Groupe	N° champ	Descriptif	Groupe	N° champ	Descriptif
93	1	Emetteur du lot	31	4	Emetteur du lot
93	3	Référence lot	31	6	N° de référence du lot
88	8	Date du lot	31	7	date du lot (*)

(*) L'utilisation de ce paramètre de rapprochement est optionnelle. Elle est conseillée pour les catégories de Professionnels de Santé gérant un volume de lots important (risque de dépassement de 999 lots entre la transmission d'un lot et réception de l'ARL correspondant).

Traitement des ARL dans le cadre d'un remplacement

Les organismes d'Assurance Maladie transmettent les ARL avec l'identification du Professionnel de Santé remplacé.



Annexe 1-B0

Traitement des RSP

Intégrant l'Addendum n°8

Ce document a été élaboré par le GIE SESAM-Vitale.

Conformément à l'article L.122-4 du Code de la Propriété Intellectuelle, toute représentation ou reproduction (intégrale ou partielle) du présent ouvrage, quel que soit le support utilisé, doit être soumise à l'accord préalable écrit de son auteur.

Il en est de même pour sa traduction, sa transformation, son adaptation ou son arrangement, quel que soit le procédé utilisé.

Tout manquement à ces obligations constituerait un délit de contrefaçon, au sens des articles L 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, susceptible d'entraîner des sanctions pour l'auteur du délit.

TABLE DES MATIERES

1	Introduction	5
1.1	Présentation du document.....	5
1.2	Abréviations	5
1.3	Documents de référence	5
1.4	Définitions	6
1.5	Principe de lecture du document.....	7
2	Principes généraux.....	9
3	Spécifications des traitements.....	11
3.1	RR02 : Traiter le fichier de RSP	11
3.1.1	<i>RR02.01 : Suivre les facturations et les opérations ponctuelles.....</i>	<i>12</i>
3.1.1.1	RR02.01.01 : Qualifier le RSP.....	13
3.1.1.2	RR02.01.02 : Alimenter le tableau de suivi des facturations en Tiers-Payant.....	16
3.1.1.3	RR02.01.03 : Afficher la régularisation de la facturation	25
3.1.1.4	RR02.01.04 : Alimenter le tableau de suivi des opérations ponctuelles	27
3.1.1.5	RR02.01.05 : Alimenter le tableau des RSP non rapprochés.....	30
3.1.1.6	RR02.01.06 : Traiter la facturation rejetée	32
3.1.1.7	RR02.01.07 : Créer et transmettre un rapport de réclamation	33
3.1.2	<i>RR02.02 : Alimenter le tableau des virements.....</i>	<i>46</i>
3.1.3	<i>RR02.03 : Mettre à disposition d'une application comptable les informations de paiements et retenues.....</i>	<i>48</i>
4	Guide de lecture de la référence NOEMIE 580	50
4.1	Introduction.....	50
4.1.1	<i>Objet de du guide</i>	<i>50</i>
4.1.2	<i>Principes de création des RSP par les Organismes d'Assurance Maladie.....</i>	<i>50</i>
4.1.3	<i>Structure de la norme RSP 580</i>	<i>52</i>
4.2	Regroupement des entités	53
4.3	Identification des organismes émetteurs et destinataires du retour.....	54
4.4	Identification des informations sur la référence du virement bancaire	55
4.5	Les différents types de RSP	57
4.5.1	<i>Déterminer le type de RSP « Liquidation de facture »</i>	<i>57</i>
4.5.2	<i>Déterminer le type de RSP « Régularisation de facture »</i>	<i>61</i>
4.5.3	<i>Déterminer le type de RSP « Opération ponctuelle »</i>	<i>65</i>
4.6	Informations complémentaires	68
4.6.1	<i>Précisions sur l'entité 103 : Assuré / Bénéficiaire</i>	<i>68</i>
4.6.2	<i>Précisions sur les entités 198 et 199 : Part AMO et Part AMC.....</i>	<i>68</i>
4.6.3	<i>Précisions sur l'entité 294 : Ligne rejet.....</i>	<i>68</i>
4.6.4	<i>Précisions sur le Numéro du lieu d'exécution de l'acte (entité 081, pos 8) :</i>	<i>70</i>
4.6.5	<i>Précisions sur l'entité 295 : Ligne commentaire.....</i>	<i>70</i>
4.7	Exemples de RSP.....	71
4.7.1	<i>Exemples de RSP de liquidation</i>	<i>71</i>
4.7.1.1	La facturation contient 2 parts « Payées »	71
4.7.1.2	La facturation contient 1 part « Rejetée ».....	73
4.7.1.3	La facturation contient 1 part en état « Différé »	75
4.7.2	<i>Exemples de RSP de régularisation.....</i>	<i>76</i>
4.7.2.1	Paiement ultérieur de la part AMC	76
4.7.2.2	Régularisation négative partielle sur la part AMO et/ou AMC	78
4.7.2.3	Annulation totale de la facture.....	80
4.7.3	<i>Exemples RSP d'opération ponctuelle</i>	<i>83</i>
4.7.3.1	RSP de paiement ponctuel.....	83
4.7.3.2	RSP de retenue ponctuelle	86

TABLE DES ILLUSTRATIONS

FIGURE 1 : ENCHAINEMENT DE « RR02 : TRAITER LE FICHER RSP ».....	11
FIGURE 2 : ENCHAINEMENT DE « RR02.01 : SUIVRE LES FACTURATIONS ET LES OPERATIONS PONCTUELLES ».....	12
FIGURE 3 : SYNTHESE DES DIFFERENTS TYPES DE RSP ET LEURS USAGES.....	51
FIGURE 4 : STRUCTURE DE LA NORME RSP 580.....	52
FIGURE 5 : PRINCIPES DE REGROUPEMENT DES ENTITES.....	53
FIGURE 6 : ILLUSTRATION DES DIFFERENTS NIVEAUX DE REJET.....	68
FIGURE 7 : ILLUSTRATION DU RAPPROCHEMENT DE LA FACTURE D'ORIGINE AVEC LE NIVEAU DE REJET.....	69

1 Introduction

1.1 Présentation du document

Ce document constitue la partie B0 de l'annexe 1 du CdC Éditeurs SESAM-Vitale. Cette partie a pour objet de décrire spécifiquement les traitements relatifs au Rejets/Signalement/Paiement.

1.2 Abréviations

Abréviations	
CESI	C Entre de S ervice Inter-régimes Tiers-payant
FSP	F euille de S oins P apier
GU	G estion U nique
GS	G estion S éparée
NOEMIE	N orme O uverte d' E change entre la M aladie et les I ntervenants E xtérieurs
RSP	R ejet / S ignalement / P aiement

1.3 Documents de référence

Les documents de référence sont à consulter dans la dernière version applicable.

Appellation	Type et titre	Référence
CDC NOEMIE PS	Cahier des charges NOEMIE PS, disponible sur : http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/documentation-technique/norme-noemie/norme-noemie-ps.php	Mars 2011

1.4 Définitions

Définition	
Liquidation de facture	Traitement initial de la facture par l'Assurance Maladie. La liquidation de facture peut donner lieu à un paiement, un rejet ou une mise en attente de la facture.
Régularisation de facture	Les régularisations interviennent après un paiement ou un rejet initial (suite à la liquidation de facture) et peuvent donner lieu à un paiement complémentaire ou à un indu envers le Professionnel de Santé.
Opération ponctuelle	Une opération ponctuelle est uniquement envoyée par les organismes AMO et n'est pas liée à une facture. Elles peuvent être des : paiements ponctuels et forfaitaires (par ex. aide pérenne, ROSP, RMT, ..) retenues ponctuelles (par ex. récupération pour satisfaire les besoins d'organismes extérieurs à l'Assurance Maladie).

1.5 Principe de lecture du document

Les spécifications de l'annexe 1-B0 sont présentées sous la forme d'un enchaînement d'opérations, chaque opération étant un enchaînement de sous-opérations, composées elles-mêmes éventuellement de sous-opérations, etc., constituées au final d'un enchaînement de règles.

Opérations

Présentation

La présentation de chaque opération ou sous-opération comprend :

- une description de l'opération,
- les données d'entrées et de sorties utilisées dans cette opération,
- éventuellement un schéma d'enchaînement,
- la liste des règles utilisées.

Chaque opération ou sous-opération est référencée par 2 lettres suivies d'un numéro.

Règles

Présentation

Chaque règle est référencée sous la forme RG_XXxxx

Avec XX : 2 lettres

xxx : un numéro

Pour chaque règle est présenté un cartouche indiquant les familles de Professionnel de Santé concernées.

Exemple

[RG_XXxxx] <Le titre de la règle>

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

<Description de la règle>



Cas particuliers

[CP1] <Titre du premier cas particulier>

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

<Description du premier cas particulier>

...

[CPn] <Titre du n^{ième} cas particulier>

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

<Description du n^{ième} cas particulier>

Familles de PS concernées

Un cartouche de description des familles et sous-familles de professionnels de santé concernées par la règle est présent en en-tête des règles.

Les sigles utilisés dans ce cartouche ont la signification suivante :

Pour les familles de Professionnel de Santé :

- Réservé pour utilisation future
- **FR** : Fournisseurs
- **PH** : Pharmacie
- **LB** : Laboratoire
- **AM** : Auxiliaires Médicaux
- **PR** : Prescripteurs

[RG_XXxxx] <Le titre de la règle>

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les sous-familles de Professionnel de Santé :

- **M** : Médecins
- **CD** : Chirugiens-
Dentistes
- **SF** : Sages-
Femmes

Les familles ou sous-familles **concernées** apparaissent en texte noir.

Les familles ou sous-familles **non concernées** apparaissent en texte gris.

2 Principes généraux

Ce chapitre décrit quelques principes généraux concernant le traitement des retours de l'Assurance Maladie via la norme NOEMIE PS.

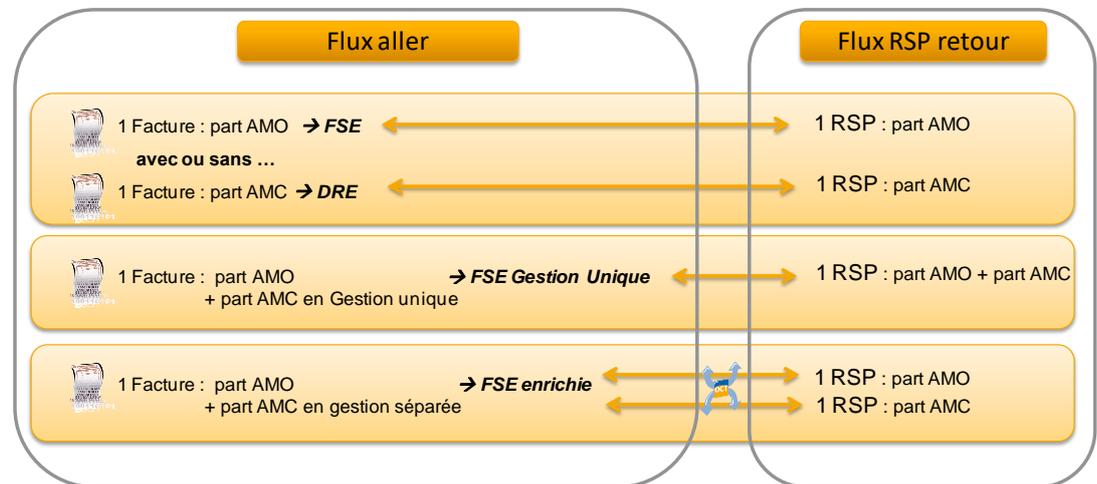
La facturation

La facturation consiste :

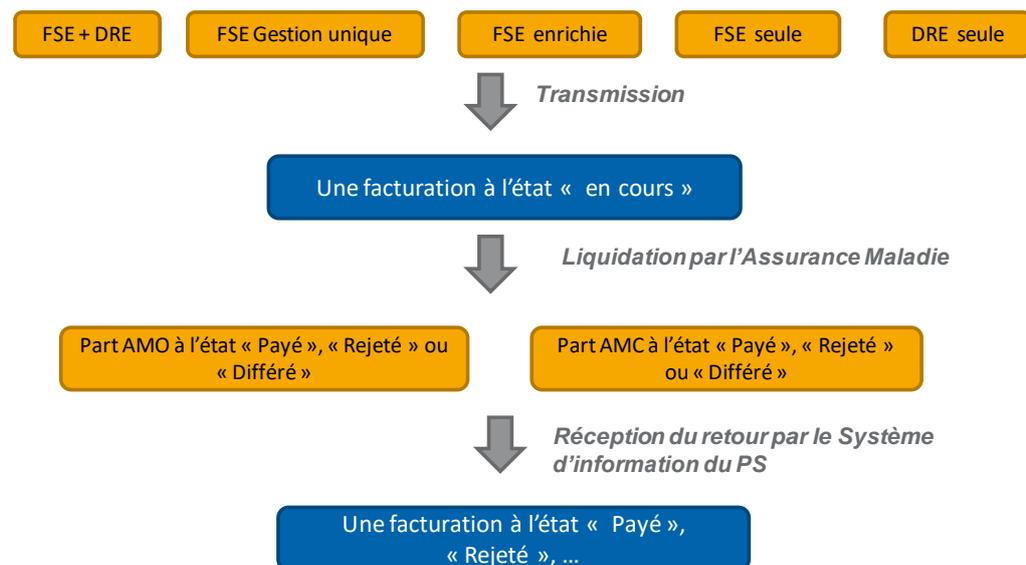
- à collecter l'ensemble des éléments constitutifs de la facture (acquisition des données relatives au Professionnel de Santé, au bénéficiaire des soins, des données liées à la prestation...),
- à procéder au calcul des montants des parts obligatoire et/ou complémentaire.

Lorsque la phase de tarification est terminée, les FSE et/ou DRE sont élaborées sur cette base commune.

Après traitement par l'Assurance Maladie, chaque facturation fait l'objet d'un ou plusieurs retours RSP donnant l'état de chacune des parts obligatoire (part AMO) et/ou complémentaire (part AMC), comme synthétisé dans le schéma ci-dessous :



L'état de la facturation suite à réception du ou des RSP est la combinaison de l'état de chacune des parts (AMO et/ou AMC) :



Les Retours RSP

Normes utilisées

La référence NOEMIE-PS 580 a été choisie comme référence unique de retour par tous les Organismes d'Assurance Maladie.

Elle doit à terme remplacer les retours existants :

- les références 576 et 900 de la norme NOEMIE pour les AMO,
- les flux de paiement et de rejet en provenance des AMC actuellement transmis

Le système de facturation doit être capable de traiter les données constituant la référence 580 de la norme NOEMIE, ainsi que les références 576 et 900 (sauf pour les pharmaciens).

Par ailleurs, il est recommandé que la gestion des flux de paiement et de rejet en provenance des AMC actuellement transmis soit maintenue pour les systèmes d'information qui offriraient cette fonctionnalité.

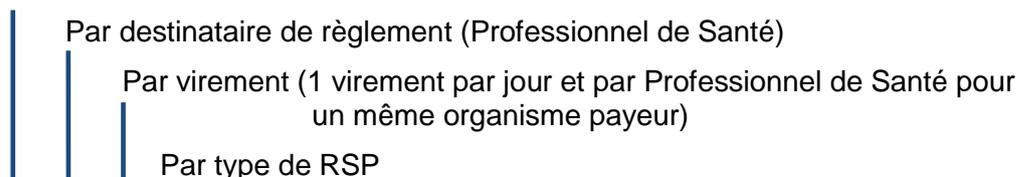
Principes d'alimentation du retour NOEMIE 580

Les organismes d'Assurance Maladie procèdent à un seul virement par jour et par Professionnel de Santé (pour un même organisme payeur).

Un virement peut englober des paiements de natures différentes : remboursements de prestation, opérations ponctuelles.

Les RSP sont regroupés :

Par mandataire



Le type de RSP dépend de l'opération effectuée par l'organisme d'Assurance Maladie (RSP suite à la liquidation de factures ou à leurs régularisations, RSP suite à des opérations ponctuelles : paiements ou retenues ponctuelles).

→ Cf. §4 « Guide de lecture de la référence NOEMIE 580 » pour plus de précision sur la structure du retour NOEMIE 580.

3 Spécifications des traitements

3.1 RR02 : Traiter le fichier de RSP

Vue générale

Description L'objet de cette opération est de traiter le fichier de RSP afin :

- de suivre les facturations en Tiers-Payant et les opérations ponctuelles,
- d'alimenter le tableau des virements,
- de mettre à disposition d'une application comptable les informations de paiements et retenues.

! Les règles décrites dans cette opération concernent les RSP 580. Il est préconisé que le suivi des RSP 576 et 900, mis en place par le système de facturation, soit maintenu.

Entrées Le fichier RSP

Sorties Tableau de suivi des facturations en Tiers-Payant

Détail des mouvements de régularisation d'une facturation

Tableau de suivi des opérations ponctuelles

Tableau des RSP non rapprochés

Tableau des virements

Informations à destination d'une application comptable

Schéma

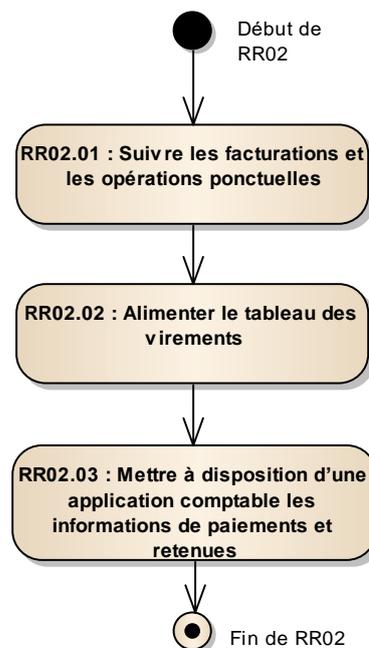


Figure 1 : Enchaînement de « RR02 : Traiter le fichier RSP »

3.1.1 RR02.01 : Suivre les facturations et les opérations ponctuelles

Vue générale

Description L'objet de cette opération est de :

- suivre les facturations,
- suivre les opérations ponctuelles,
- traiter les facturations rejetées.

Entrées Le fichier RSP

Sorties Tableau de suivi des facturations en Tiers-Payant

Détail des mouvements de régularisation d'une facturation

Tableau de suivi des opérations ponctuelles

Tableau des RSP non rapprochés

Schéma

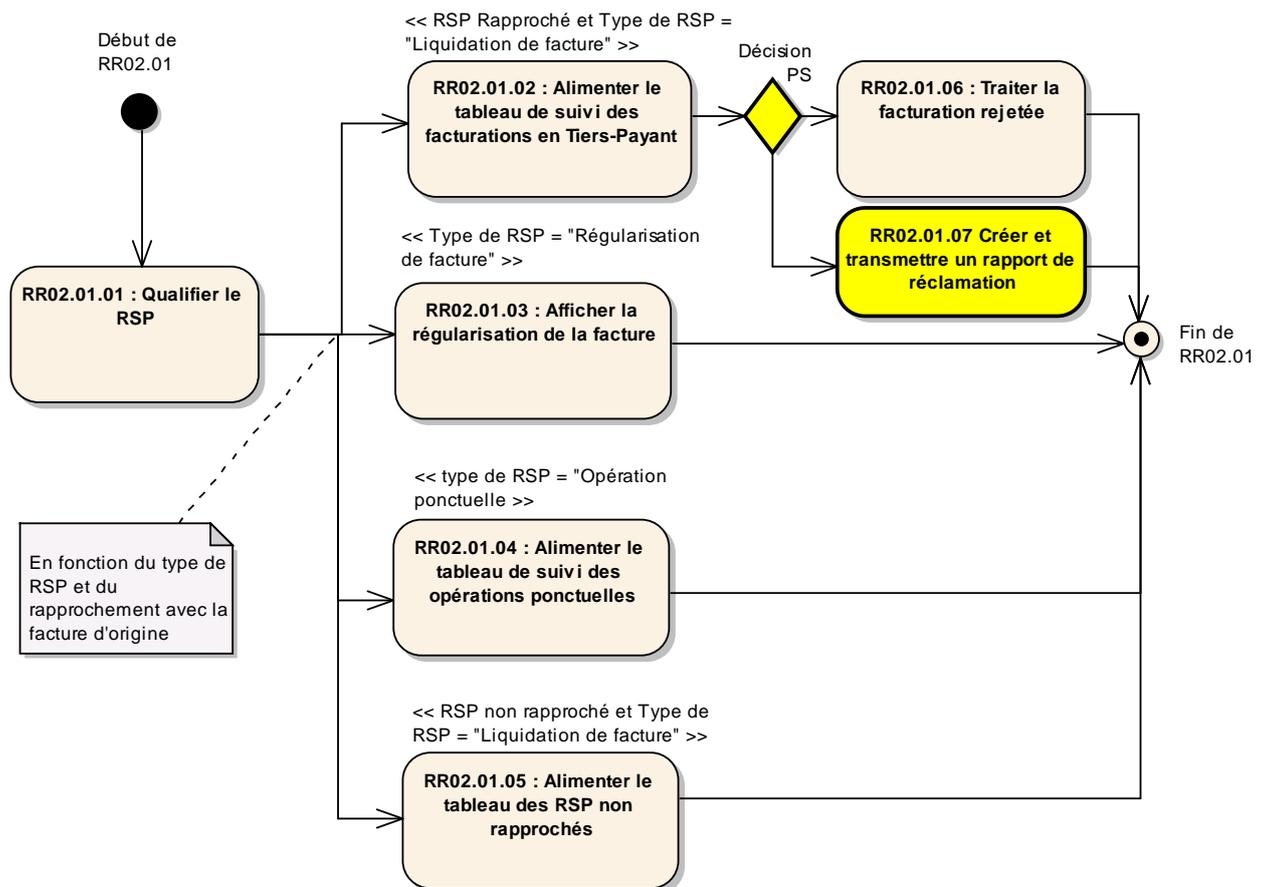


Figure 2 : Enchaînement de « RR02.01 : Suivre les facturations et les opérations ponctuelles »

3.1.1.1 RR02.01.01 : Qualifier le RSP

Vue générale

Evènement déclencheur Récupération du fichier de RSP par le système de facturation.

Description L'objet de cette opération est de :

- déterminer la référence et
- le type de RSP,
- puis, selon le type de RSP, de procéder au rapprochement du RSP pour déterminer son état (rapproché ou non rapproché)
→ afin d'identifier ensuite les différents traitements.

Entrées Le fichier RSP

Sorties *Pour chaque RSP du fichier :*

La référence du RSP

Le type de RSP

L'état du RSP

Règles de gestion

[RG_RR010] Déclencher automatiquement le traitement du fichier de RSP

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le traitement du fichier de RSP doit être transparent pour le Professionnel de Santé et doit être effectué automatiquement dès récupération des RSP.

Il pourra, par exemple, être lancé en tâche de fond chaque jour.

[RG_RR011] Déterminer la référence RSP du message reçu

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le système de facturation récupère la référence à partir du champ **NOE_NRM (ou norme utilisée-referenc de l'echange)** (position 62) de l'entité 000 du fichier RSP.

[RG_RR012] Déterminer le type de RSP

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Pour les RSP de référence égale à « 580 », le système de facturation détermine le type de RSP, à partir notamment du champ **Code du type de retour** (position 6) de l'entité 081 du fichier RSP ainsi que certaines règles de gestion complémentaires, précisées dans le § 4 « Guide de lecture de la référence NOEMIE 580 ».

Les différents types de RSP sont les suivants :

Type de RSP	Commentaire
Liquidation de facture	Pour transmettre l'état de la liquidation des factures
Régularisation de facture	Pour transmettre les régularisations sur les factures
Opération ponctuelle	Pour transmettre les paiements ponctuels (ex. rémunération médecin traitant, aide pérenne, ...) et les retenues ponctuelles (ex. récupération pour satisfaire les besoins d'organismes extérieurs à l'Assurance Maladie)

[RG_RR013] Rapprocher les RSP de type « liquidation de facture » des factures

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

A la récupération d'un RSP de référence = « 580 » et de type = « Liquidation de facture », le système de facturation procède au rapprochement des factures (FSE ou DRE).

Lorsque le rapprochement est un succès, le RSP passe à l'état « rapproché ».

Les critères de base suivants permettent de rapprocher automatiquement le RSP avec les factures (FSE ou DRE) :

Critère de base	Réf. du groupe dans l'annexe 1-A0	Réf. NOEMIE 580
N° de Facture	Groupe 1110	Entité 102, champ « N° de facture » (pos. 6)
Date élaboration de la Facture	Groupe 1110	Entité 102, champ « Date de facturation » (pos. 31)
N° d'identification de facturation du PS + Clé du n° d'identification de facturation du PS	Groupe 1120	Entité 040, champ « Numéro de destinataire de règlement final » (pos. 6)
Type de facture *		Entité 102, champ « type de facture » (pos. 30)

* Le type de facture vaut :

- « F » lorsque la facture émise est une FSE (FSE seule, FSE avec présence d'une DRE, ou FSE en gestion unique).
- « D » lorsque la facture émise est une DRE (DRE seule, DRE d'annulation, ou DRE avec présence d'une FSE)



Cas particulier

[CP1] : Rapprocher les RSP 580 d'une FSE enrichie

Une FSE enrichie (type de facture « F ») peut faire l'objet de 2 RSP 580 (un RSP avec un type de facture à « F » pour la part obligatoire et un RSP avec un type de facture à « D » pour la part complémentaire). Dans ce cas, la FSE enrichie est rapprochée des 2 RSP.



Cas d'erreur

[CE1] : Echec du rapprochement

Lorsque le rapprochement a échoué, le RSP passe à l'état « non rapproché ».

Celui-ci est présenté dans un tableau de suivi des RSP non rapprochés (cf. RR02.01.05 : *Alimenter le tableau des RSP non rapprochés*).

[RG_RR014] Rapprocher les RSP de type « Régularisation de facture » des factures émises

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

A la récupération d'un RSP de référence = « 580 » et de type = « Régularisation de facture », le système de facturation procède au rapprochement de la facture.

Les régularisations interviennent après un paiement ou un rejet initial et peuvent donner lieu à un paiement complémentaire ou à un indu envers le Professionnel de Santé.

Les règles de rapprochement des régularisations de facture avec la facture sont décrites dans le § 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* ».



Cas d'erreur

[CE1] : Le rapprochement du RSP de régularisation n'a pas pu être effectué

Lorsque la régularisation n'a pas pu être rapprochée de la facture émise (par ex. lorsqu'elle arrive tardivement et que la facture émise n'est plus présente dans le système de facturation), les informations de la régularisation doivent être affichées au Professionnel de Santé (cf. RR02.01.03 : *Afficher la régularisation de la facturation*).

Cet affichage permettra notamment au Professionnel de Santé d'effectuer le rapprochement avec sa comptabilité.

3.1.1.2 RR02.01.02 : Alimenter le tableau de suivi des facturations en Tiers-Payant

Vue générale

Evènement déclencheur Présence d'un RSP « rapproché » de référence « 580 » et de Type « Liquidation de Facture »

Description Cette opération consiste à identifier les informations à afficher dans le tableau de suivi des facturations en Tiers-Payant, en fonction de leur état.



Ce tableau pourra être initialisé et affichable avant réception du RSP, avec les facturations « en cours ».

Entrées RSP 580 de type « liquidation de facture » à l'état « rapproché »

Sorties Etat de la part AMO dans le RSP

Etat de la part AMC dans le RSP

Etat de la Facturation

Tableau de suivi des facturations en Tiers-Payant

Recommandations d'affichage

Les propositions suivantes d'affichage du tableau de suivi des facturations sont des exemples permettant de faciliter le suivi par le Professionnel de Santé :

- Le tableau de suivi des facturations doit être facilement accessible :
 - Le logiciel pourra inciter le PS à consulter l'état de ses facturations. Par exemple, il pourra chaque jour afficher une fenêtre récapitulant les rejets. Cette fenêtre pourra contenir un lien pour un accès rapide au tableau de suivi.
- Le tableau de suivi doit être lisible et synthétique :
 - Seules les informations essentielles sont affichées dans le tableau de suivi : date élaboration de la Facture, Numéro de facture, nom et prénom du bénéficiaire des soins, état de la facture, montant global demandé, montant restant dû, les organismes AMO et AMC.
 - Le détail d'une facturation n'est affiché qu'une fois la facturation sélectionnée (détail du paiement, détail du rejet, type de facture, NIR du Bénéficiaire des Soins...)
 - Un code couleur pourra être utilisé pour différencier facilement les différents états des facturations. Par exemple : facturations rejetées en rouge, facturations « payées » en vert, facturations « en cours » en bleu.
- Possibilité de faire une recherche ou d'appliquer des filtres sur les différents champs, notamment:
 - Etat de la facturation
 - Nom et prénom du bénéficiaire de soins et/ou de l'assuré
 - NIR du bénéficiaire de soins et/ou de l'assuré
 - Date élaboration de la Facture
 - Montant de la part payée
 - Libellé du virement bancaire

- Date de journée comptable
- Organisme payeur
- Code du rejet, libellé du rejet
- Organisme payeur
- Numéro de facture
- N° d'identification de facturation du PS
- Le tableau de suivi doit mettre en évidence les facturations rejetées à traiter.
- Le numéro de Professionnel de Santé destinataire du RSP doit être mis en évidence dans le tableau de suivi pour les cas suivants :
 - cas de plusieurs Professionnel de Santé utilisant le même logiciel
 - cas de centralisation du suivi des factures de différents Professionnels de Santé (ex : cabinet de groupe avec secrétariat)

Règles de gestion

[RG_RR015] Déterminer l'état de la part AMO et de la part AMC dans le RSP

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

L'information de l'état de la part AMO et/ou AMC est renseignée soit dans un même retour NOEMIE soit dans deux retours NOEMIE (cas FSE + DRE ou FSE enrichie).

Les différents états sont les suivants :

Etat de la part AMO ou AMC dans le RSP	Détermination de l'état (réf. NOEMIE 580)
Payé	<p><u>Part AMO</u> :</p> <p>Entité 198, champ « Etat de paiement AMO » (pos. 14) = « P »</p> <p><u>Part AMC</u> :</p> <p>Entité 199, champ « Etat de paiement AMC » (pos. 14) = « P »</p>
Rejeté	<p><u>Part AMO</u> :</p> <p>Entité 198, champ « Etat de paiement AMO » (pos. 14) = « R »</p> <p><u>Part AMC</u> :</p> <p>Entité 199, champ « Etat de paiement AMC » (pos. 14) = « R »</p>
Différé	<p><u>Part AMO</u> :</p> <p>Entité 198, champ « Etat de paiement AMO » (pos. 14) = « D »</p> <p><u>Part AMC</u> :</p> <p>Entité 199, champ « Etat de paiement AMC » (pos. 14) = « D »</p>

➤ *Cet état signifie que le traitement de liquidation est en cours et non terminé : un 2^{ème} RSP est attendu*

	 L'état « différé » concerne la part AMO, ainsi que la part AMC en gestion unique. La part AMC en gestion séparée n'est pas concernée
En attente d'un RSP	Le RSP n'est pas encore reçu ou rapproché

[RG_RR016] Déterminer l'état de la facturation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

L'état de la facturation est déterminé par la combinaison de l'état de la part AMO et de celui de la part AMC.

Le croisement des états sur chaque part AMO et AMC donne lieu aux états possibles pour une même facturation, synthétisés dans le tableau ci-après :

	Part AMC Payée	Part AMC Rejetée	Part AMC Différée	Part AMC En attente d'un RSP	Pas de part AMC
Part AMO Payée	Payé	Rejeté	En cours	En cours	Payé
Part AMO Rejetée	Rejeté	Rejeté	En cours	En cours	Rejeté
Part AMO Différée	En cours	En cours	En cours	En cours	En cours
Part AMO En attente d'un RSP	En cours	En cours	En cours	En cours	En cours
Pas de part AMO	Payé	Rejeté	En cours	En cours	

Signification des états de la facturation :

- L'état « **Payé** » signifie que la facturation est payée et que le montant payé est conforme à celui attendu.
- L'état « **En cours** » signifie que :
 - Soit tous les RSP ne sont pas encore arrivés (par ex. présence du RSP pour la part AMO mais absence du RSP pour la part AMC)
 - Soit le RSP est en état « différé », un deuxième RSP devrait arriver afin de signifier l'état définitif de la part différée.
- L'état « **Rejeté** » signifie qu'au moins une des 2 parts a été rejetée, et que tous les RSP attendus sont arrivés.
 - ➔ Les facturations à l'état « Rejeté » sont à traiter par le professionnel de Santé (cf. RR02.01.06 : Traiter la facturation rejetée)



Cas particuliers

[CP1] : la part complémentaire a été annulée

Dès lors qu'un Professionnel de Santé annule une part complémentaire en gestion séparée (émission d'une DRE d'annulation), l'information « **Part AMC annulée** » doit figurer dans le tableau de suivi des facturations.

- Les informations transmises dans le RSP en cas d'annulation de la DRE sont décrites dans le § 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* ».

[CP2] : gestion unique

Si la facture est en mode « gestion unique », dès lors que la part AMO est rejetée, l'état de la facturation passe à l'état « rejeté » sans attendre le retour de la part AMC.



Cas d'erreur

[CE1] : le montant payé est inférieur à celui demandé

Lorsque le montant payé est inférieur à celui demandé (cf. *tableau ci-après*), sur au moins une des parts (AMO et/ou AMC), l'état de la facturation passe à l'état « **En anomalie** ».

	Montant payé	Montant demandé
Part AMO	Entité 198 du RSP (pos 15) champ « Montant AMO payé »	Montant Total remboursable par l'AMO du groupe 1910 (cf. annexe 1-A0)
Part AMC	Entité 199 du RSP (pos 15) champ « Montant AMC payé »	Total remboursable de la part complémentaire du groupe 1910 (cf. annexe 1-A0)



Recommandation

A ces états « Payé », « Rejeté », « En cours » ou « En anomalie », peuvent éventuellement s'ajouter :

- L'état « **Encaissé** » : le montant de la facturation est réellement versé sur le compte bancaire
 - *L'information peut être déduite de la validation effective du virement par le Professionnel de Santé ou par le logiciel (information résultant de l'opération de rapprochement bancaire)*
- Les états de rejet d'une facture suite à la réception d'un message de service ou d'un ARL négatif (cf. *annexe 1-B*)

[RG_RR017] Afficher les informations générales de la facturation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Les informations suivantes doivent être affichées quel que soit l'état de la facturation.

Pour les facturations en état « **En cours** », les informations sont affichées à partir des informations de la facturation émise ou du système d'information du Professionnel de Santé (si celles-ci sont connues).

→ Lorsque le RSP est rapproché, les informations doivent être complétées avec les informations du RSP, lorsque celles-ci sont présentes :

Informations à afficher	Réf. du groupe dans l'annexe 1-A0	Réf. NOEMIE 580
Numéro de facturation	Groupe 1110 (N° de Facture)	Entité 102, champ « N° de facture » (pos. 6)
Date de la facturation	Groupe 1110 (Date élaboration de la Facture)	Entité 102, champ « Date de facturation » (pos. 31)
Nom d'usage et prénom du bénéficiaire (si connus)		Entité 103 (si présente): <ul style="list-style-type: none"> • champ « Nom » (pos. 108) • champ « Prénom » (pos. 133)
NIR du bénéficiaire + clé (si connu)		Entité 103 (si présente) : <ul style="list-style-type: none"> • champ « N°d'immatriculation individuel » (pos 86) • Champ « clé du N°d'immatriculation individuel » (pos. 99)
Nom patronymique et/ou nom d'usage et prénom de l'assuré (si connus)		Entité 103 (si présente) : <ul style="list-style-type: none"> • champ « Nom patronymique » (pos 21) • champ « Nom d'usage » (pos 46) • champ « Prénom » (pos 71)
NIR de l'assuré + clé	Groupe 1130	Entité 103 (si présente) : <ul style="list-style-type: none"> • champ « N°d'immatriculation » (pos. 6) • Champ « clé du N°d'immatriculation » (pos. 19)
Type de facture	Cf. « 3.1.1.1 RR02.01.01 : Qualifier le RSP »	Entité 102, champ « type de facture » (pos. 30)
N° Professionnel de Santé	Groupe 1120 (N° d'identification de facturation du PS + Clé du n° d'identification de facturation du PS)	Entité 040, champ « Numéro de destinataire de règlement final » (pos. 6)
Identification de l'organisme AMO		
Organisme AMO	Groupe 1310	Entité 000, champ « Numéro d'émetteur » (pos.6). → cf. § 4 « Guide de lecture de la référence NOEMIE 580 » pour les cas particuliers
Identification de l'organisme AMC		
N° organisme complémentaire	Groupe 1321	Entité 071, champ « Organisme payeur » (pos. 76)

[RG_RR018] Afficher les montants de la facturation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Les informations de montants suivantes doivent être affichées :

Informations à afficher	Règle de détermination
Etat de la facturation	Cf. [RG_RR016] Déterminer l'état de la facturation
Montant global demandé à l'Assurance Maladie	Montant Total remboursable par l'AMO (cf. groupe 1910 de l'annexe 1-A0) + Total remboursable de la part complémentaire (cf. groupe 1910 de l'annexe 1-A0)
Et/ou Montant restant dû	Equivaut à Montant global demandé - Montant global payé
Montant global payé	Equivaut à Montant AMO payé + Montant AMC payé → (cf. [RG_RR019]: Afficher les informations spécifiques pour une facturation à l'état « Payé » ou « En anomalie »)
Montant de la part assuré	Equivaut à « Total montants facturés - total remboursable par AMO - Total remboursable de la part complémentaire » (cf. groupe 1910 de l'Annexe 1-A0)

[RG_RR019] Afficher les informations spécifiques pour une facturation à l'état « Payé » ou « En anomalie »

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Informations à afficher	Réf. NOEMIE 580
Pour chaque part (AMO et AMC)	
Le montant de la part payée	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Montant AMO payé</u> : Entité 198, champ « Montant AMO payé » (pos.15) + champ « Signe du montant AMO payé » (pos. 23) • <u>Montant AMC payé</u> : Entité 199, champ « Montant AMC payé » (pos.15) + champ « Signe du montant AMC payé » (pos. 23)
La référence du virement bancaire	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Libellé du virement</u> Entité 071, champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos.12) et « Libellé du virement – ligne 2 » (pos. 44) • <u>La date de journée comptable</u> Entité 071, champ « Date de la journée comptable ou date d'émission du virement » (pos. 6) • <u>Organisme payeur</u> Entité 071, champ « Organisme payeur » (pos. 76) ou champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos. 12) -> cf. 4 « Guide de lecture de la référence NOEMIE 580 » pour plus d'information sur l'alimentation de ces champs
Montant du virement signé	Entité 990 de niveau 3, champ « Cumul des montants de niveau inférieur » (pos.31) + champ « signe de l'acte » (pos. 42)
Destinataire de règlement	Entité 040, champ « Numéro de destinataire de règlement final » (pos. 6)
Commentaire	Entité 295 (si présente), champ « commentaire » (pos. 7)

[RG_RR020] Afficher les informations spécifiques pour une facturation à l'état « Rejeté »

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Une facturation à l'état rejeté comporte au moins une entité 294 (ligne rejet), en cas de rejets multiples, plusieurs entités 294 peuvent être présentes.

Informations à afficher	Réf. NOEMIE 580
La part concernée (part AMO ou part AMC)	Entité 294, champ « Part concernée » (pos. 97)
Le code du rejet	Entité 294, champ « Codification du rejet » (pos. 6)
Le libellé du rejet	Entité 294, champ « Libellé du rejet » (pos. 16)
Le niveau de rejet	Entité 294, champ « niveau de rejet » (pos. 96)
Détail de la prestation rejetée -> pour les Rejets de niveau « type ligne de prestation (L) » ou « code affiné (A) »	Entité 294 <ul style="list-style-type: none"> Nature de la prestation concernée (pos. 98) * Date des soins (pos. 103) Numéro d'exécutant (pos. 109) Pour les Rejets de niveau « code affiné (A) »: <ul style="list-style-type: none"> Code affiné NABM ou code LLP ou code CIP ou code acte CCAM déduits à l'aide du Numéro de ligne (pos. 118) et du Rang du rejet (pos. 121) **
Commentaire	Entité 295 (si présente), champ « commentaire » (pos. 7)

* La Nature de la prestation concernée correspond au *Code prestation* suivi éventuellement du *Code complément prestation* (cf. groupes 16x de l'annexe 1-A0), le *Code complément prestation* étant toujours en 5ème position

** Les règles permettant de déduire le code affiné sont précisées dans le § 4 « Guide de lecture de la référence NOEMIE 580 »

[RG_RR021] Afficher les informations spécifiques lorsqu'une des parts (AMO/AMC) est à l'état « Différé »

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Une facturation à l'état différé comporte une entité 294 (ligne rejet).

Informations à afficher	Réf. NOEMIE 580
La part concernée (part AMO ou part AMC)	Entité 294, champ « Part concernée » (pos. 97)
Le code du « rejet »	Entité 294, champ « Codification du rejet » (pos. 6)
Le libellé du « rejet » <i>Exemple : « facture en attente de traitement caisse »</i>	Entité 294, champ « Libellé du rejet » (pos. 16)
Commentaire	Entité 295 (si présente), champ « commentaire » (pos. 7)

[RG_RR022] Identifier les facturations ayant fait l'objet d'une régularisation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Les facturations qui font l'objet d'une régularisation doivent être identifiées dans le tableau de suivi des facturations.

Le système d'information doit permettre d'afficher les détails de cette régularisation (cf. RR02.01.03 : Afficher la régularisation de la facturation)

[RG_RR023] Déterminer les actions possibles sur le tableau de suivi des facturations en Tiers-Payant

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le tableau de suivi des facturations doit permettre, à minima, au Professionnel de Santé :

- de traiter une facturation rejetée (cf. RR02.01.06 : Traiter la facturation rejetée)
- de forcer manuellement l'état d'une facture à « **Payé** »
 - cas d'un RSP non reçu alors que le Professionnel de Santé sait que la facture a été payée suite à un contact avec l'émetteur du retour ou tout autre moyen à sa disposition.
- de créer puis de transmettre un rapport de réclamation à la demande du PS (cf. RR02.01.07 : Créer et transmettre un rapport de réclamation) pour une facturation à l'état « rejeté », « en anomalie » ou « en cours » depuis au moins 7 jours ouvrés (délai paramétrable dans le logiciel).



Préconisation :

Le tableau de suivi des facturations peut également permettre au Professionnel de Santé

- de forcer manuellement l'état d'une facture à « **Encaissée** »
 - cas d'un Professionnel de Santé qui fait le rapprochement bancaire à la main ou à l'aide d'un autre logiciel

3.1.1.3 RR02.01.03 : Afficher la régularisation de la facturation

Vue générale

Evènement déclencheur Récupération d'un RSP de référence « 580 » et de Type « Régularisation de facture »

Description Cette opération consiste à afficher les informations de régularisation d'une facturation.

Entrées RSP 580 de type « Régularisation de factures »

Sorties Détail des mouvements de régularisation d'une facturation

Règles de gestion

[RG_RR024] Afficher les informations de la régularisation d'une facturation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Lorsqu'une facturation est régularisée, le détail de cette régularisation doit être affiché au Professionnel de Santé. Un lien doit être fait avec la facturation d'origine présente dans le tableau de suivi des facturations en Tiers-payant.

Le détail des informations contenues dans le RSP en cas de régularisation de facturation est précisé dans le §4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* ».



Préconisation

Une vue de toutes les régularisations de facturation peut également être proposée au Professionnel de Santé.

Pour chaque facturation régularisée, le système de facturation doit afficher :

Informations à afficher	Réf. NOEMIE 580
Identification de la facturation	
Numéro de facture	Entité 102, champ « N° de facture » (pos. 6)
Date élaboration de la Facture	Entité 102, champ « Date de facturation » (pos. 31)
Nom d'usage et prénom du bénéficiaire	Entité 103 : <ul style="list-style-type: none"> • champ « Nom » (pos. 108) • champ « Prénom » (pos. 133)
Identification de l'organisme AMO	
Organisme AMO émetteur du retour	Entité 000, champ « Numéro d'émetteur » (pos.6)
Liste des régularisations (historique de la facturation)	
Détail de chaque régularisation	
Date de la régularisation	Entité 071, champ « Date de la journée comptable ou date d'émission du virement » (pos. 6)
Montant de la régularisation	cf. § 4 « <i>Guide de lecture de la référence NOEMIE 580</i> » pour plus d'information sur la détermination de ce montant
La référence de la dette associée dans le cas d'une retenue	Entité 250, champ « Référence de la dette » (pos.8)
La nature des opérations de récupération dans le cas d'une retenue	Entité 250, champ « Nature des opérations de récupération » (pos.27)
La référence du virement bancaire	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Libellé du virement</u> Entité 071, champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos.12) et « Libellé du virement – ligne 2 » (pos. 44) • <u>La date de journée comptable</u> Entité 071, champ « Date de la journée comptable ou date d'émission du virement » (pos. 6) • <u>Organisme payeur</u> Entité 071, champ « Organisme payeur » (pos. 76) ou champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos. 12) -> cf. § 4 « <i>Guide de lecture de la référence NOEMIE 580</i> » pour plus d'information sur l'alimentation de ces champs
Montant du virement signé	Entité 990 de niveau 3, champ « Cumul des montants de niveau inférieur » (pos.31) + champ « signe de l'acte » (pos. 42)
Commentaire	Entité 295 (si présente), champ « commentaire » (pos. 7)

3.1.1.4 RR02.01.04 : Alimenter le tableau de suivi des opérations ponctuelles

Vue générale

Evènement déclencheur Récupération d'un RSP de référence « 580 » et de Type « opération ponctuelle »

Description L'objet de cette opération est de préciser les informations à présenter au Professionnel de Santé lors de la réception d'un RSP contenant des paiements ponctuels ou forfaitaires ainsi que les retenues ponctuelles contenus dans la norme NOEMIE 580.

Les paiements ponctuels sont la résultante d'un processus interne, et non pas du traitement d'une facture.

Entrées RSP 580 de type « Opération ponctuelle »

Sorties Tableau de suivi des opérations ponctuelles

Règles de gestion

[RG_RR025] Afficher les informations de suivi des paiements ponctuels et forfaitaires

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					



Des précisions sur le renseignement des entités constituant les opérations ponctuelles sont présentées le § 4 « Guide de lecture de la référence NOEMIE 580 ».

Le système d'information doit proposer une liste des paiements ponctuels non liées à une facture avec pour chaque paiement :

Informations à afficher	Réf. NOEMIE 580
Organisme émetteur	Entité 000, champ « Numéro d'émetteur » (pos. 6)
Le code du paiement	Entité 261, champ « code paiement ponctuel ou forfaitaire » (pos. 6)
Le libellé associé	Entité 262, champ « Libellé associé » (pos. 11)
Le montant du paiement	Entité 261, champ « Montant paiement ponctuel ou forfaitaire » (pos.11)
La période et les dates de début et de fin (si renseignées)	Entité 262, champ « Période » (pos. 113) et champs « Date début période » (pos. 114) et « Date fin période » (pos. 120)
Le nombre de factures	Entité 262, champ « Nombre de factures » (pos.126)
La référence du virement bancaire	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Libellé du virement</u> Entité 071, champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos.12) et « Libellé du virement – ligne 2 » (pos. 44) • <u>La date de journée comptable</u> Entité 071, champ « Date de la journée comptable ou date d'émission du virement » (pos. 6) • <u>Organisme payeur</u> Entité 071, champ « Organisme payeur » (pos. 76) ou champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos. 12) <p>-> cf. § 4 « Guide de lecture de la référence NOEMIE 580 » pour plus d'information sur l'alimentation de ces champs</p>
Montant du virement signé	Entité 990 de niveau 3, champ « Cumul des montants de niveau inférieur » (pos.31) + champ « signe de l'acte » (pos. 42)
Le NIR de la personne ouvrant droit au paiement (si renseigné)	Entité 262, champ « N° d'immatriculation » (pos. 91) et « Clé du n° d'immatriculation » (pos. 104)
Commentaire	Entité 295 (si présente), champ « commentaire » (pos. 7)

[RG_RR026] Afficher les informations de suivi des retenues ponctuelles

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					



Des précisions sur le renseignement des entités constituant les retenues ponctuelles sont présentées le § 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* ».

Le système d'information doit proposer une liste des retenues non liées à une facture avec pour chaque retenue :

Informations à afficher	Réf. NOEMIE 580
Référence de la dette	Entité 250, champ « Référence de la dette » (pos.8)
Nature des opérations de récupération	Entité 250, champ « Nature des opérations de récupération » (pos.27)
Montant de la retenue	Entité 250, champ « Montant du mouvement financier » (pos.30)
La référence du mouvement financier	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Libellé du virement</u> Entité 071, champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos.12) et « Libellé du virement – ligne 2 » (pos. 44) • <u>La date de journée comptable</u> Entité 071, champ « Date de la journée comptable ou date d'émission du virement » (pos. 6) • <u>Organisme payeur</u> Entité 071, champ « Organisme payeur » (pos. 76) ou champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos. 12) -> cf. § 4 « <i>Guide de lecture de la référence NOEMIE 580</i> » pour plus d'information sur l'alimentation de ces champs
Montant du virement signé	Entité 990 de niveau 3, champ « Cumul des montants de niveau inférieur » (pos.31) + champ « signe de l'acte » (pos. 42)
Identification de l'organisme AMO (Organisme émetteur du RSP)	Entité 000, champ « Numéro d'émetteur » (pos. 6)
Commentaire	Entité 295 (si présente), champ « commentaire » (pos. 7)

3.1.1.5 RR02.01.05 : Alimenter le tableau des RSP non rapprochés

Vue générale

Evènement déclencheur Récupération d'un RSP de référence « 580 » de type « Liquidation de facture » et à l'état « non rapproché »

Description Cette opération consiste à identifier les informations à afficher dans le tableau des RSP non rapprochés avec une facture afin de faciliter le rapprochement manuel par le Professionnel de Santé.

Entrées RSP 580 de type « liquidation de facture » à l'état « non rapproché »

Sorties Tableau des RSP non rapprochés

Règles de gestion

[RG_RR027] Déterminer l'état de la part AMO et de la part AMC dans le RSP non rapproché

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Un RSP non rapproché contient le retour :

- soit sur la part AMO uniquement,
- soit sur la part AMC uniquement,
- soit sur les 2 parts (AMO et AMC), lorsqu'il s'agit d'un retour sur une FSE en gestion unique.

Les états possibles de la part AMO et/ou AMC dans le RSP non rapproché sont :

- Payé
- Rejeté
- Différé

→ La détermination de ces états dans le RSP non rapproché est identique à celle du RSP rapproché (cf. RG_RR015).

[RG_RR028] Déterminer l'état de la facturation du RSP non rapproché

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

La détermination de l'état de la facturation du RSP non rapproché n'est possible que lorsque le RSP contient l'état des 2 parts (cas d'un retour sur une FSE en gestion unique).

→ La détermination de cet état est identique à celle du RSP rapproché (cf. RG_RR016)

Les états possibles de la facturation du RSP non rapproché sont les suivants :

	Part AMC Payée	Part AMC Rejetée	Part AMC Différée
Part AMO Payée	Payé	Rejeté	En cours
Part AMO Rejetée	Rejeté	Rejeté	En cours
Part AMO Différée	En cours	En cours	En cours

PR	AM	LB	PH	FR	
----	----	----	----	----	--

[RG_RR029] Afficher les informations du RSP non rapproché

M	CD	SF					
---	----	----	--	--	--	--	--

Le système de facturation affiche les mêmes informations que celles du tableau de suivi des facturations (cf. RR02.01.02 : *Alimenter le tableau de suivi des facturations en Tiers-Payant*), en fonction de l'état de la facturation ou de l'état de la part AMO ou AMC dans le RSP et en utilisant les données présentes dans la référence NOEMIE 580 du retour.

[RG_RR030] Déterminer les actions possibles sur le tableau des RSP non rapprochés

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le système de facturation doit proposer au Professionnel de Santé de rapprocher manuellement les RSP non rapprochés avec les facturations.

La facturation, une fois rapprochée, apparaît dans le tableau de suivi des facturations en Tiers-Payant.



Par exemple, pour un RSP donné :

- Le système de facturation affiche les différentes facturations possibles,
- puis le Professionnel de Santé sélectionne la facturation correspondant au retour.

3.1.1.6 RR02.01.06 : Traiter la facturation rejetée

Vue générale

Evènement déclencheur La facturation est rejetée

Description Cette opération consiste à décrire les actions à effectuer par le système de facturation ou le Professionnel de Santé lorsque la facturation est rejetée, c'est-à-dire lorsqu'au moins une des parts (AMO et/ou AMC) est rejetée.

Entrées Facturation à l'état rejeté

Sorties Aucune

Règles de gestion

[RG_RR031] Traiter le rejet de la FSE ou de la DRE par le Professionnel de Santé

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

En cas de rejet d'une FSE, il est alors nécessaire :

- soit de revenir au circuit papier traditionnel ; le Professionnel de Santé remet un duplicata (sur support papier) à l'assuré ou à l'organisme servant à ce dernier les prestations de base de l'Assurance Maladie. Ce duplicata comprend les données constitutives de la facture électronique, ainsi que les nom et prénom du bénéficiaire des soins.
- soit de réaliser une nouvelle facture électronique si l'assuré peut se représenter chez le Professionnel de Santé. Dans ce cas, un nouveau numéro doit être attribué à cette facture.

Pour la DRE, le traitement des rejets relève des accords conventionnels.

[RG_RR032] Constituer les DRE d'annulation en cas de rejet AMO

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Après une analyse des flux de rejet / signalement / paiement AMO reçus, et identification des FSE rejetées, le système de facturation :

- vérifie que la FSE rejetée a fait l'objet d'une part complémentaire en gestion séparée envoyée soit dans une DRE initiale, soit dans une FSE enrichie,
- vérifie qu'un RSP de paiement pour la part complémentaire a été reçu,
- contrôle l'acceptation d'une DRE d'annulation par l'organisme complémentaire dans la table de convention à partir des informations administratives et de routage utilisées pour l'envoi initial de la part complémentaire en gestion séparée.

Si les trois points précédents sont vérifiés, alors le système de facturation constitue automatiquement les DRE d'annulation à partir de la DRE initiale ou de la FSE enrichie initiale et demande la confirmation au Professionnel de Santé de l'envoi de ces DRE d'annulation, par rapport au motif du rejet AMO.

3.1.1.7 RR02.01.07 : Créer et transmettre un rapport de réclamation

Vue générale

Evènement déclencheur Facturation à l'état « rejeté » ou « en anomalie », ou « en cours » depuis au moins 7 jours ouvrés (paramétrable dans le logiciel).

Description Cette opération consiste à décrire les actions à effectuer par le système de facturation lorsque le Professionnel de Santé demande la création d'un rapport de réclamation pour une facture TP donnée.

Entrées Facturation à l'état « rejeté » ou « en anomalie », ou « en cours » depuis au moins 7 jours ouvrés.

Sorties Un rapport de réclamation transmis au CESI.

Règles de gestion

[RG_RR036] Demander la création des rapports de réclamation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le système de facturation permet au PS d'indiquer qu'il souhaite créer un rapport de réclamation pour la part obligatoire et/ou la part complémentaire de la facturation. Les choix possibles dépendent :

- de la facturation concernée,

Facturation concernée	Rapports de réclamation possibles
Une FSE seule	Un rapport de réclamation pour la part obligatoire
Une FSE en gestion unique	Un rapport de réclamation pour la part obligatoire et pour la part complémentaire
Une DRE seule	Un rapport de réclamation pour la part complémentaire
Une DRE d'annulation	Un rapport de réclamation pour la part complémentaire
Une FSE et une DRE	Un rapport de réclamation pour la part obligatoire et/ou un rapport de réclamation pour la part complémentaire
Une FSE enrichie	Un rapport de réclamation pour la part obligatoire et/ou un rapport de réclamation pour la part complémentaire

- des dates d'ouverture de la fonctionnalité de création et de transmission des rapports de réclamation,
 - une date d'ouverture des rapports de réclamation pour la part obligatoire et pour la part complémentaire en gestion unique,
 - une date d'ouverture des rapports de réclamation pour la part complémentaire en gestion séparée.

Ces deux dates d'ouverture doivent être paramétrables par l'éditeur. Elles seront mises à jour sur instruction des AMO et AMC, par note technique SESAM-Vitale.

- et, pour les facturations à l'état « en cours », d'un délai à respecter.

La création d'un rapport de réclamation n'est possible qu'après un délai d'au moins 7 jours ouvrés suivant le passage à l'état « en cours ». Ce délai minimal doit être paramétrable par l'éditeur pour chaque spécialité de PS.



Cas d'erreur

[CE1] : la date d'ouverture de la fonctionnalité de création des rapports de réclamation pour la part obligatoire et pour la part complémentaire en gestion unique n'est pas atteinte

Le système de facturation ne doit pas proposer la création du rapport de réclamation pour la part obligatoire et pour la part complémentaire en gestion unique lorsque la date d'ouverture n'est pas atteinte.

[CE2] : la date d'ouverture de la fonctionnalité de création des rapports de réclamation pour la part complémentaire en gestion séparée n'est pas atteinte

Le système de facturation ne doit pas proposer la création du rapport de réclamation pour la part complémentaire en gestion séparée lorsque la date d'ouverture n'est pas atteinte.

[CE3] : le délai minimal avant l'envoi d'un rapport de réclamation pour une facturation « en cours » n'est pas respecté

Le système de facturation ne doit pas proposer la création du rapport de réclamation pour une facturation à l'état « en cours » lorsque le délai (paramétrable) d'au moins 7 jours ouvrés n'est pas respecté.

Règles de gestion

Pour chaque rapport de réclamation demandé par le PS

[RG_RR037] Renseigner l'objet de sa réclamation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le PS doit indiquer l'objet de sa réclamation (texte libre).

Cette action est obligatoire pour pouvoir transmettre le rapport de réclamation.

[RG_RR038] Créer un rapport de réclamation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le système de facturation crée le rapport de réclamation demandé par le PS.

Toutes les données du rapport de réclamation doivent être alimentées si celles-ci sont disponibles dans le système de facturation du PS.

Les données suivantes ne doivent pas être alimentées :

- lors de la transmission du rapport de réclamation pour la part obligatoire,
- en présence d'une part complémentaire en gestion séparée et
- avant la date d'ouverture des rapports de réclamation pour la part complémentaire en gestion séparée.

Liste des données :

- le montant RC demandé par le PS (groupe 1910),
- le montant RC payé par l'AMC (entité 199 du RSP),
- le montant de la part assuré (groupe 1910),
- le montant global payé,
- le N° organisme complémentaire (groupe 1321),
- le N° opérateur de règlement /N°AMC (groupe 1330),
- le contexte conventionnel AMC (groupe 1330),
- le N° du Lot (de la DRE),
- et les données des RSP AMC.



Remarque : les données relatives à la part complémentaire en gestion unique devront être alimentées dans le rapport de réclamation.

Les données du rapport de réclamation sont réparties en trois blocs :

- les données propres au rapport de réclamation,
- les données reprises de la facturation,
- les données reprises de chaque RSP liés à la facturation.

Le tableau ci-dessous présente l'alimentation des données propres au rapport de réclamation.

Données	Description de la donnée
Date de création	Date de création du rapport de réclamation par le logiciel PS. Format « AAAAMMJJ0000 » (les 4 derniers caractères sont des zéros).
Identifiant du rapport de réclamation attribué par le LPS	Identifiant attribué par le logiciel du PS servant à faire le lien avec les retours du CESI (accusé de réception, rejets, ...).
Type de réclamation	Correspond à l'état de la facturation concernée : « rejeté », « en anomalie », « en cours ».
Objet de la réclamation	Texte saisi par le PS dans la règle de gestion RG_RR037.
Part concernée	Valeur « RO » si le rapport de réclamation concerne une FSE ou la part obligatoire d'une FSE enrichie. Valeur « RC » si le rapport de réclamation concerne une DRE ou la part complémentaire d'une FSE enrichie. Valeur « GU » si le rapport de réclamation concerne une FSE en gestion unique.
N° Tel du PS	Numéro de téléphone du PS utilisable par le CESI pour contacter le PS.
Adresse mail du PS	Adresse mail du PS utilisable par le CESI pour contacter le PS.

Le tableau ci-dessous présente l'alimentation des données reprises de la facturation. Les données doivent être alimentées sans modification de format par rapport au contenu de la facture.

Données	Description de la donnée
Identification du professionnel de santé	
N° Professionnel de Santé	Groupe 1120 (N° d'identification de facturation du PS + Clé du n° d'identification de facturation du PS)
Identifiant national du PS	RPPS si disponible : Groupe 1120 (N° RPPS du PS + Clé du N° RPPS du PS). Sinon ADELI si disponible. NB : l'ADELI n'est pas présent dans l'annexe 1-A0. Il est disponible dans le groupe 1 dans les données « N° d'identification nationale » et « Clé du n° d'identification nationale ».
Code spécialité du PS	Groupe 1120
Identification de l'organisme AMO	
Organisme AMO	Groupe 1310
Identification de l'organisme complémentaire	
N° organisme complémentaire	Groupe 1321
N° opérateur de règlement /N°AMC	Groupe 1330
Contexte conventionnel AMC	Groupe 1330 Cette donnée contient les informations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • N° de version de la structure de contexte conventionnel (positions 1 et 2), • Code spécialité du Professionnel de Santé (positions 3 et 4), • Code conventionnel du Professionnel de Santé (position 5), • Code type de convention (positions 6 et 7), • Critère secondaire (positions 8 à 16), • Code norme retour attendu (positions 17 à 19).
Type de contrat	Groupe 1321
Identification de la facture	
Numéro de facturation	Groupe 1110 (N° de Facture)
Date de la facturation	Groupe 1110 (Date élaboration de la Facture)
Top éclatement des flux par le PS	Valeur « E » si une FSE et une DRE ont été émises par le poste du PS. Donnée non renseignée dans les autres cas.
N° du Lot (de la FSE)	Groupe 8
N° du Lot (de la DRE)	Groupe 88
Date de création du lot de FSE	Groupe 8 (Date du lot)

Date de création du lot de DRE	Groupe 88 (Date du lot)
Identification de l'assuré	
Nom patronymique	Alimenter ces données si celles-ci sont connues dans le logiciel PS.
Nom d'usage	
Prénom	
N° national d'immatriculation : NIR assuré	Groupe 1130
Clé du NIR	Groupe 1130
Identification du bénéficiaire des soins	
Nom d'usage	Groupe 104 (Nom usuel du bénéficiaire)
Prénom	Groupe 104 (Prénom du bénéficiaire)
N° national d'immatriculation individuel	Groupe 1160
Clé du N° national d'immatriculation individuel	Groupe 1160
Date de naissance du bénéficiaire	Groupe 1130
Rang de naissance	Groupe 1130
Identification du logiciel PS	
Editeur du logiciel PS	Donnée à fournir par l'éditeur du logiciel PS.
Nom du logiciel PS	Donnée à fournir par l'éditeur du logiciel PS.
Version du logiciel PS	Donnée à fournir par l'éditeur du logiciel PS.
N° d'agrément du Progiciel de Santé	Groupe 8
Montants demandés par le PS	
Montant RO demandé par le PS	Montant Total remboursable par l'AMO (cf. groupe 1910 de l'annexe 1-A0)
Montant RC demandé par le PS	Total remboursable de la part complémentaire (cf. groupe 1910 de l'annexe 1-A0)
Montant de la part assuré	Equivaut à « Total montants facturés - Total remboursable par AMO - Total remboursable de la part complémentaire » (cf. groupe 1910 de l'Annexe 1-A0)
Montant global des honoraires demandé par le PS	Total des montants facturés (cf. groupe 1910 de l'annexe 1-A0)

Le tableau ci-dessous présente l'alimentation des données de chaque RSP lié la facturation.

NB : il peut y avoir zéro, un ou plusieurs RSP pour une facturation.

Les données doivent être alimentées sans modification de format par rapport au contenu du RSP.

Données	Description de la donnée
Identification du professionnel de santé	
N° Professionnel de Santé	Entité 040, champ « Numéro de destinataire de règlement final » (pos. 6)
Identification de l'organisme AMO	
Organisme AMO	Entité 000, champ « Numéro d'émetteur » (pos.6). cf. §4 « Guide de lecture de la référence NOEMIE 580 » pour les cas particuliers Cette donnée ne doit être renseignée que lorsque l'organisme émetteur du RSP est un organisme AMO
Identification de l'organisme complémentaire	
N° organisme complémentaire	Entité 071, champ « Organisme payeur » (pos. 76)
Identification de la facture	
Numéro de facturation	Entité 102, champ « N° de facture » (pos. 6)
Date de la facturation	Entité 102, champ « Date de facturation » (pos. 31)
Type de facture	Entité 102, champ « type de facture » (pos. 30)
Numéro du lot de la facture	Entité 102, champ « N° de lot » (pos. 21)
Date de création du lot de la facture	Entité 102, champ « Date de création du lot » (pos. 24)
Identification du bénéficiaire des soins	
Nom d'usage	Entité 103 (si présente), champ « Nom » (pos. 108).
Prénom	Entité 103 (si présente), champ « Prénom » (pos. 133).
N° national d'immatriculation individuel	Entité 103 (si présente), champ « N° d'immatriculation individuel » (pos 86).
Clé du N° national d'immatriculation individuel	Entité 103 (si présente), champ « clé du N° d'immatriculation individuel » (pos. 99)
Date de naissance du bénéficiaire	Entité 103 (si présente), champ « Date de naissance » (pos. 101).
Rang de naissance	Entité 103 (si présente), champ « Rang de naissance » (pos. 107).
Identification de l'assuré	
Nom patronymique	Entité 103 (si présente), champ « Nom patronymique » (pos 21).
Nom d'usage	Entité 103 (si présente), champ « Nom d'usage » (pos 46).
Prénom	Entité 103 (si présente), champ « Prénom » (pos 71)

N° national d'immatriculation : NIR assuré	Entité 103 (si présente), champ « N°d'immatriculation » (pos. 6).
Clé du NIR	Entité 103 (si présente), Champ « clé du N°d'immatriculation » (pos. 19)
Montants payés	
Montant RO payé	Entité 198, champ « Montant AMO payé » (pos.15) + champ « Signe du montant AMO payé » (pos. 23)
Montant RC payé	Entité 199, champ « Montant AMC payé » (pos.15) + champ « Signe du montant AMC payé » (pos. 23)
Montant global payé	Correspond au Montant RO payé auquel on ajoute le Montant RC payé
Virement bancaire	
La référence du virement bancaire (Non renseignée pour la part rejetée)	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Libellé du virement</u> <i>Entité 071, champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos.12) et « Libellé du virement – ligne 2 » (pos. 44)</i> • <u>La date de journée comptable</u> Entité 071, champ « Date de la journée comptable ou date d'émission du virement » (pos. 6) • <u>Organisme payeur</u> <i>Entité 071, champ « Organisme payeur » (pos. 76) ou champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos. 44)</i> <i>-> cf. §4 « Guide de lecture de la référence NOEMIE 580 » pour plus d'information sur l'alimentation de ces champs</i>
Commentaire	
Commentaire	Entité 295 (si présente), champ « commentaire » (pos. 7) ^(a)

^(a) En cas de présence d'une ou plusieurs entités 295 dans le RSP, la donnée commentaire est alimentée par la concaténation des commentaires véhiculés dans les entités 295 du RSP.

Pour chaque RSP lié la facturation, les informations suivantes sont à intégrer dans le rapport de réclamation si la facturation est à l'état « rejeté », autant de fois que d'entités 294 présentes dans ce RSP.

Informations du rapport de réclamation	Règle de détermination
La part concernée	Entité 294, champ « Part concernée » (pos. 97)
Le code du rejet	Entité 294, champ « Codification du rejet » (pos. 6)
Le libellé du rejet	Entité 294, champ « Libellé du rejet » (pos. 16)
Le niveau de rejet	Entité 294, champ « niveau de rejet » (pos. 96)
Détail de la prestation rejetée -> pour les Rejets de niveau « type ligne de prestation (L) »	Entité 294 <ul style="list-style-type: none"> • Nature de la prestation concernée (pos. 98) • Date des soins (pos. 103) • Numéro d'exécutant (pos. 109)

--	--

Afin de pouvoir traiter de nouveaux besoins de routage, la structure des données prévoit les données présentées ci-dessous.

Critères supplémentaires de routage	
Critère de routage (donnée à occurrence multiple)	<p>Des critères de routage supplémentaires pourront être ajoutés. Chaque critère de routage se présente sous la forme d'un couple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • type du critère de routage, • valeur du critère de routage.

Description des données au format XML

Chaque donnée citée en amont alimente un fichier XML dont la structure est présentée dans le tableau ci-dessous.

NB1 : le caractère obligatoire de certaines données est indiqué dans la définition fonctionnelle en amont dans les règles de gestion.

Balises XML Gras : élément vide <i>Italique</i> : élément avec contenu Rouge : attribut	Occurrence	Format	Valeur ou donnée
RapportReclamation (Namespace : http://www.sesam-vitale.fr/XMLSchema/SVRapportReclamation/1/0)	1		
<i>version</i>	0..1		version fixée dans le xsd fourni
Description	0..1		(Rapport de réclamation)
<i>DateCreation</i>	0..1	AN	Date de création
<i>IdentifiantRapport</i>	0..1	AN	Identifiant du rapport de réclamation attribué par le LPS
<i>Type</i>	0..1	AN	Type de réclamation
<i>Objet</i>	0..1	AN	Objet de la réclamation
<i>PartConcernee</i>	0..1	AN	Part concernée
<i>Telephone</i>	0..1	AN	N° Tel du PS
<i>Mail</i>	0..1	AN	Adresse mail du PS
IdentifiantPS	1		(Identification du professionnel de santé reprise de la facturation)
<i>NoFacturation</i>	0..1	AN	N° Professionnel de Santé
<i>IdentifiantNational</i>	0..1	AN	Identifiant national du PS
<i>CodeSpecialite</i>	1	AN	Code spécialité du PS
OrganismeAMO	0..1		(Identification de l'organisme AMO reprise de la facturation)
<i>CodeOrganisme</i>	0..1	AN	Organisme AMO

OrganismeComplementaire		0..1		(Identification de l'organisme complémentaire reprise de la facturation)
	NoOrganisme	0..1	AN	N° organisme complémentaire
	NoOperateurReglementAMC	0..1	AN	N° opérateur de règlement /N°AMC
	ContexteConventionnelAMC	0..1	AN	Contexte conventionnel AMC
	TypeContrat	0..1	AN	Type de contrat
Facture		0..1		(Identification de la facture reprise de la facturation)
	NoFacture	0..1	AN	Numéro de facturation
	Date	0..1	AN	Date de la facturation
	TopEclatementPS	0..1	AN	Top éclatement des flux par le PS
	NoLotFSE	0..1	AN	N° du Lot (de la FSE)
	NoLotDRE	0..1	AN	N° du Lot (de la DRE)
	DateCreationLotFSE	0..1	AN	Date de création du lot de FSE
	DateCreationLotDRE	0..1	AN	Date de création du lot de DRE
Assure		0..1		(Identification de l'assuré reprise de la facturation)
	NomPatronymique	0..1	AN	Nom patronymique
	NomUsage	0..1	AN	Nom d'usage
	Prenom	0..1	AN	Prénom
NIR		0..1		
	Num	0..1	AN	N° national d'immatriculation : NIR assuré
	Cle	0..1	AN	Clé du NIR
BeneficiaireSoins		0..1		(Identification du bénéficiaire des soins reprise de la facturation)
	NomUsage	0..1	AN	Nom d'usage
	Prenom	0..1	AN	Prénom
NIRIndividuel		0..1		
	Num	0..1	AN	N° national d'immatriculation individuel
	Cle	0..1	AN	Clé du N° national d'immatriculation individuel
	DateNaissance	0..1	AN	Date de naissance du bénéficiaire
	RangNaissance	0..1	AN	Rang de naissance
LogicielPS		0..1		(Identification du logiciel PS)
	NomEditeur	0..1	AN	Editeur du logiciel PS
	NomLogiciel	0..1	AN	Nom du logiciel PS

	<i>VersionLogiciel</i>	0..1	AN	Version du logiciel PS
	<i>NoAgrementLogiciel</i>	0..1	AN	N° d'agrément du Progiciel de Santé
MontantsPSDemandes		0..1		(Montants demandés par le PS repris de la facturation)
	<i>MontantRO</i>	0..1	AN	Montant RO demandé par le PS
	<i>MontantRC</i>	0..1	AN	Montant RC demandé par le PS
	<i>MontantAssure</i>	0..1	AN	Montant de la part assuré
	<i>MontantGlobal</i>	0..1	AN	Montant global des honoraires demandé par le PS
ListeRSP		0..1		(Si au moins un RSP est lié la facturation concernée par le rapport de réclamation)
	RSP	1..n		(Pour chaque RSP lié la facturation concernée par le rapport de réclamation) (Les données ci-dessous sont reprises du RSP concerné)
	IdentifiantPS	0..1		(Identification du professionnel de santé)
	<i>NoPS</i>	0..1	AN	N° Professionnel de Santé
	OrganismeAMO	0..1		(Identification de l'organisme AMO)
	<i>CodeOrganisme</i>	0..1	AN	Organisme AMO
	OrganismeAMC	0..1		(Identification de l'organisme complémentaire)
	<i>CodeOrganisme</i>	0..1	AN	N° organisme complémentaire
	Facture	0..1		(Identification de la facture)
	<i>NoFacture</i>	0..1	AN	Numéro de facturation
	<i>DateFacture</i>	0..1	D	Date de la facturation
	<i>TypeFacture</i>	0..1	AN	Type de facture
	<i>NoLotFacture</i>	0..1	AN	Numéro du lot de la facture
	<i>DateCreationLot</i>	0..1	D	Date de création du lot de la facture
	BeneficiaireSoins	0..1		(Identification du bénéficiaire des soins)
	<i>NomUsage</i>	0..1	AN	Nom d'usage
	<i>Prenom</i>	0..1	AN	Prénom
	NIRIndividuel	0..1		
	<i>Num</i>	0..1	AN	N° national d'immatriculation individuel
	<i>Cle</i>	0..1	AN	Clé du N° national d'immatriculation individuel

			<i>DateNaissance</i>	0..1	AN	Date de naissance du bénéficiaire
			<i>RangNaissance</i>	0..1	AN	Rang de naissance
			Assure	0..1		(Identification de l'assuré)
			<i>NomPatronymique</i>	0..1	AN	Nom patronymique
			<i>NomUsage</i>	0..1	AN	Nom d'usage
			<i>Prenom</i>	0..1	AN	Prénom
			NIR	0..1		
			<i>Num</i>	0..1	AN	N° national d'immatriculation : NIR assuré
			<i>Cle</i>	0..1	AN	Clé du NIR
			MontantsPayes	0..1		(Montants payés)
			<i>MontantRO</i>	0..1	AN	Montant RO payé
			<i>MontantRC</i>	0..1	AN	Montant RC payé
			<i>MontantGlobal</i>	0..1	AN	Montant global payé
			VirementBancaire	0..1		(Virement bancaire)
			<i>LibelleVirement</i>	0..1	AN	Libellé du virement dans la référence du virement bancaire
			<i>DateJourneeComptable</i>	0..1	AN	La date de journée comptable dans la référence du virement bancaire
			<i>OrganismePayeur</i>	0..1	AN	Organisme payeur dans la référence du virement bancaire
			Commentaire	0..1		(Commentaire)
			<i>Commentaire</i>	0..1	AN	Commentaire
			ListeRejet	0..1		(Si au moins une entité 294 est présente dans ce RSP)
			Rejet	1..n		(Pour chaque entité 294 présente dans ce RSP)
			<i>PartConcernee</i>	0..1	AN	La part concernée
			<i>CodeRejet</i>	0..1	AN	Le code du rejet
			<i>LibelleRejet</i>	0..1	AN	Le libellé du rejet
			<i>NiveauRejet</i>	0..1	AN	Le niveau de rejet
			DetailPrestationRejetee	0..1		(Détail de la prestation rejetée)
			<i>NaturePrestation</i>	0..1	AN	Nature de la prestation concernée
			<i>DateSoins</i>	0..1	AN	Date des soins
			<i>NoExecutant</i>	0..1	AN	Numéro d'exécutant
			Extension	0..1		(Réservé pour un usage futur au niveau RSP.)

ListeCritereRoutage		0..1		(Critères supplémentaires de routage)
CritereRoutage		1..n		(Critère de routage)
	Type	1	AN	Type du critère de routage
	Valeur	1	AN	Valeur du critère de routage
Extension		0..1		(Réservé pour un usage futur au niveau rapport de réclamation et facturation.)

[RG_RR039] Confirmer l'envoi du rapport de réclamation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le système de facturation doit demander au PS la confirmation de l'envoi du rapport de réclamation au CESI.

[RG_RR040] Transmettre le rapport de réclamation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le système de facturation compresse et chiffre le rapport de réclamation. Cf. annexe 4 pour la description de la compression et du chiffrement.

Le fichier obtenu doit être nommé « exercice-RR-compostage.gz » en reprenant les valeurs d'exercice et de compostage de l'entête SMTP. Cf. annexe 4 pour la description de l'entête SMTP.

Par exemple : 123456789-RR-2016032214435500001.gz

Le système de facturation constitue l'entête SMTP du message avec les informations indiquées dans l'annexe 4.

Le système de facturation transmet au CESI son message SMTP contenant le rapport de réclamation chiffré en pièce jointe.

[RG_RR041] Réceptionner les retours de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le traitement de ces retours doit être transparent pour le Professionnel de Santé et doit être effectué automatiquement.

Il pourra, par exemple, être lancé en tâche de fond chaque jour.

Les différents types de retour (accusé de réception du rapport de réclamation et/ou message de service) sont décrits dans l'annexe 4.

[RG_RR042] Alimenter le tableau de suivi des rapports de réclamation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le système de facturation rapproche les retours obtenus et les rapports de réclamation. Ce rapprochement s'effectue par comparaison du champ relatif à l'identifiant original (« in-reply-to ») de chaque retour avec le champ sujet (« subject ») du message SMTP contenant le rapport de réclamation.

Le système de facturation indique pour chaque rapport de réclamation, si celui-ci est accepté ou rejeté d'un point de vue technique(*) en fonction des retours de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI.

Retours de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI	Le rapport de réclamation est
accusé de réception avec ou sans message de service d'alerte	accepté d'un point de vue technique (*)
message de service de rejet	rejeté d'un point de vue technique (*)

(*) Nota bene :

- l'accusé de réception ne témoigne que de la conformité technique du rapport de réclamation.
- le CESI prendra contact avec le Professionnel de Santé selon une procédure spécifique qui est hors périmètre SESAM-Vitale.

3.1.2 RR02.02 : Alimenter le tableau des virements

Vue générale

Description Cette opération consiste à présenter au Professionnel de Santé une vue des différents virements afin, notamment, de faciliter le rapprochement bancaire.

Ce dernier consiste à vérifier que le virement associé à une facture dite payée dans le retour RSP est bien arrivé sur le compte bancaire du Professionnel de Santé. Afin de réduire la charge administrative des Professionnels de Santé, il est souhaitable que ce rapprochement bancaire soit automatique.

Il pourra être réalisé par le logiciel du Professionnel de Santé, par un logiciel comptable spécifique, ou encore par un cabinet comptable dans le cas d'une externalisation de la comptabilité.

Entrées Le fichier RSP

Sorties Tableau des virements

Principes de norme RSP 580

Principes sur les virements (en lien avec les RSP) :

- Les organismes d'Assurance Maladie procèdent à un seul virement par jour et par Professionnel de Santé (pour un même organisme payeur).
- Un virement peut englober des paiements de natures différentes : remboursements de prestation, paiements ponctuels, régularisations de factures, retenues.
- Le virement fait l'objet dans le RSP d'une seule entité 071 qui encapsule l'ensemble des paiements et des retenues composant le virement.
- Chaque type de paiement fait l'objet d'une entité 081 encapsulée dans l'entité 071. Les entités 081 encapsulent des entités 198, 199, 261 et 250 qui détaillent les paiements ou retenues composant le virement.
- Le montant du virement est le montant cumulé de l'entité 990 de niveau 3 (entité 990 correspondant à l'entité 071).
→ Le § 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* » donne le détail des différentes entités

Principes pour le rapprochement bancaire :

- La référence du virement est véhiculée dans le RSP à l'aide des champs « libellé de virement - ligne 1 » et « libellé de virement - ligne 2 » de l'entité 071.
- Pour procéder au rapprochement bancaire, les champs « libellé de virement - ligne 1 » et « libellé de virement - ligne 2 » doivent être rapprochés avec le libellé SEPA du relevé de compte.
→ Les différentes règles sont détaillées dans le § 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* ».

Règles de gestion

[RG_RR033] Afficher les informations de virement

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Pour chaque virement, les informations à afficher sont les suivantes :

Informations à afficher	Réf. NOEMIE 580
La référence du virement bancaire	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Libellé du virement</u> Entité 071, champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos.12) et « Libellé du virement – ligne 2 » (pos. 44) • <u>La date de journée comptable</u> Entité 071, champ « Date de la journée comptable ou date d'émission du virement » (pos. 6) • <u>Organisme payeur</u> Entité 071, champ « Organisme payeur » (pos. 76) ou champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos. 12) -> cf. § 4 « Guide de lecture de la référence NOEMIE 580 » pour plus d'information sur l'alimentation de ces champs
Montant du virement signé	Entité 990 de niveau 3, champ « Cumul des montants de niveau inférieur » (pos.31) + champ « signe de l'acte » (pos. 42)

[RG_RR034] Afficher le détail de chaque virement

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Pour chaque virement, le détail des mouvements doit pouvoir être affiché en fonction de leur type : liquidation de facture, régularisation de facture ou opération ponctuelle (cf. RR02.01 : Suivre les facturations et les opérations ponctuelles).

3.1.3 RR02.03 : Mettre à disposition d'une application comptable les informations de paiements et retenues

Vue générale

Description Cette opération consiste à mettre à disposition d'une application comptable les informations de paiements et retenues afin de faciliter le rapprochement bancaire.

! Le format des données mises à disposition n'est pas dans le périmètre de ce document.

Entrées Informations de paiements et de retenues

Sorties Informations à destination d'une application comptable

Règles de gestion

[RG_RR035] Identifier les informations mises à disposition d'une application comptable

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le format des données mises à disposition n'est pas spécifié dans ce document.

Les informations exportées doivent permettre au Professionnel de Santé d'alimenter sa comptabilité et de rapprocher automatiquement les mouvements financiers avec les virements bancaires.

Les informations associées à chaque mouvement financier pouvant être exportées sont les suivantes :

- **Pour chaque part AMO et AMC rapprochée avec un RSP** (cf. 3.1.1.2 RR02.01.02 : *Alimenter le tableau de suivi des facturations en Tiers-Payant*) :
 - Les informations de la facture : numéro de facture, date de la Facture, montant de la facture, type de facture, organisme payeur, état de la part AMO ou AMC (rejeté ou payé).
 - Les informations nécessaires au rapprochement bancaire : date de journée comptable, libellé du virement (lignes 1 et 2), montant du virement, organisme payeur.
- **Pour chaque paiement ponctuel** (cf. RR02.01.04 : *Alimenter le tableau de suivi des opérations ponctuelles*) :
 - Les informations du paiement ponctuel : organisme émetteur, code du paiement, libellé associé, montant du paiement
 - Les informations nécessaires au rapprochement bancaire : date journée comptable, libellé du virement (lignes 1 et 2), montant du virement, organisme payeur.
- **Pour chaque retenue ponctuelle** (cf. RR02.01.04 : *Alimenter le tableau de suivi des opérations ponctuelles*) :
 - Les informations de la retenue : la référence de la dette, la nature des opérations de récupération, le Montant du mouvement financier, Identification de l'organisme AMO (Organisme émetteur du RSP).
 - Les informations nécessaires au rapprochement bancaire : date journée comptable, libellé du virement (lignes 1 et 2), montant du virement, organisme payeur.

- **Pour chaque régularisation** (cf. RR02.01.03 : Afficher la régularisation de la facturation) :
 - Les informations de la facture d'origine : numéro de facture, Date élaboration de la Facture, type de facture.
 - Pour les régularisations positives : montant de la régularisation
 - Pour les régularisations négatives : montant de la régularisation, référence de la dette, la nature des opérations de récupération
 - Les informations nécessaires au rapprochement bancaire : date journée comptable, libellé du virement (lignes 1 et 2), montant du virement, organisme payeur.

4 Guide de lecture de la référence NOEMIE 580

4.1 Introduction

4.1.1 Objet de du guide

La référence NOEMIE 580 est utilisée pour transmettre les RSP entre les Organismes d'Assurance Maladie et les Professionnels de Santé.

Ce guide de lecture de la référence NOEMIE 580 complète le CDC NOEMIE PS sur l'alimentation de certaines données par les différents Organismes d'Assurance Maladie.

4.1.2 Principes de création des RSP par les Organismes d'Assurance Maladie

Les flux de RSP sont créés par l'Assurance Maladie dans les cas suivants :

- Lors du traitement d'une facture :
 - au moment de la liquidation de la facture (le RSP est dit de « **Liquidation de facture** »),
 - au moment de la régularisation de la facture (le RSP est dit de « **Régularisation de facture** »).
- Hors du traitement d'une facture :
 - pour retour d'informations relatives à des opérations ponctuelles (le RSP est dit de « **Opération ponctuelle** »).

Les organismes d'Assurance Maladie Complémentaire en Gestion Séparée (GS) :

- ne transmettent pas d'opérations ponctuelles,
- ne transmettent pas le résultat de la liquidation de Feuilles de Soins Papier via la référence NOEMIE 580,
- ne transmettent pas les régularisations de factures via la référence NOEMIE 580,
 - ➔ mais transmettent un RSP 580 suite à une annulation de la part complémentaire par le Professionnel de santé (sera traité dans une version ultérieure).

Le tableau ci-dessous présente les différents types de RSP et leurs usages :

	Type de RSP	Part concernée			Cas d'usage
		AMO	AMC en GU	AMC en GS	
<i>Traitement d'une facture</i>	Liquidation de facture	X	X	X	Liquidation d'une Feuille de Soins Electronique
		X	X		Liquidation d'une Feuille de Soins Papier
	Régularisation de facture	X	X		Paiement ultérieure d'une des 2 parts, régularisation partielle sur une des 2 parts, annulation totale de la facture, etc.
<i>Hors traitement d'une facture</i>	Opération ponctuelle				Paiement ponctuel ou forfaitaire
					Retenues ponctuelles

Figure 3 : Synthèse des différents types de RSP et leurs usages

4.1.3 Structure de la norme RSP 580

Les RSP contenus dans un même fichier de RSP ont tous la même référence.

La référence 580 est composée d'entités physiques organisées selon la structure hiérarchique ci-dessous :

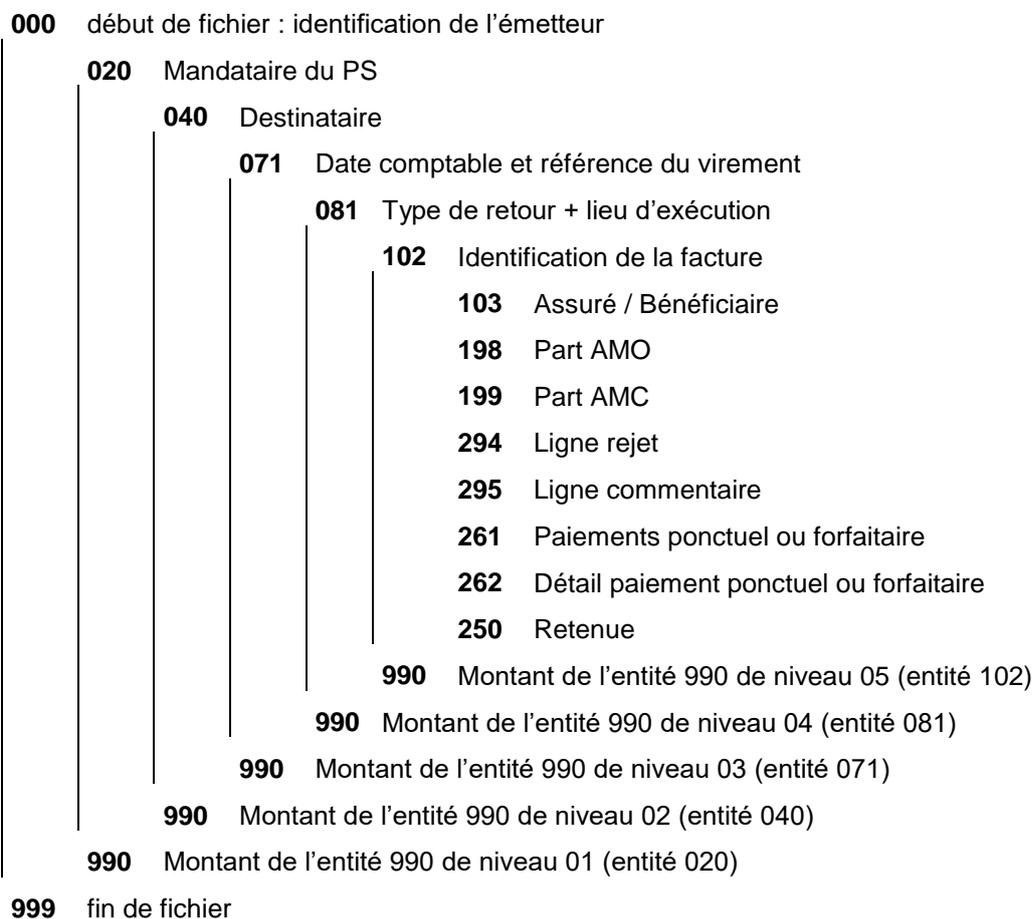


Figure 4 : Structure de la norme RSP 580



Remarque : la description de chaque entité est donnée dans le CDC de la norme NOEMIE PS. Ce guide de lecture ne reprend pas cette description.

4.2 Regroupement des entités

Règles de gestion

[RG_RSP001] Déterminer le regroupement des RSP

Dans 1 fichier RSP, les entités sont regroupées :

- Par mandataire,
 - puis par destinataire de règlement (Professionnel de Santé),
 - puis par virement (1 virement par jour et par Professionnel de Santé pour un même organisme payeur),
 - puis par type de Retour.

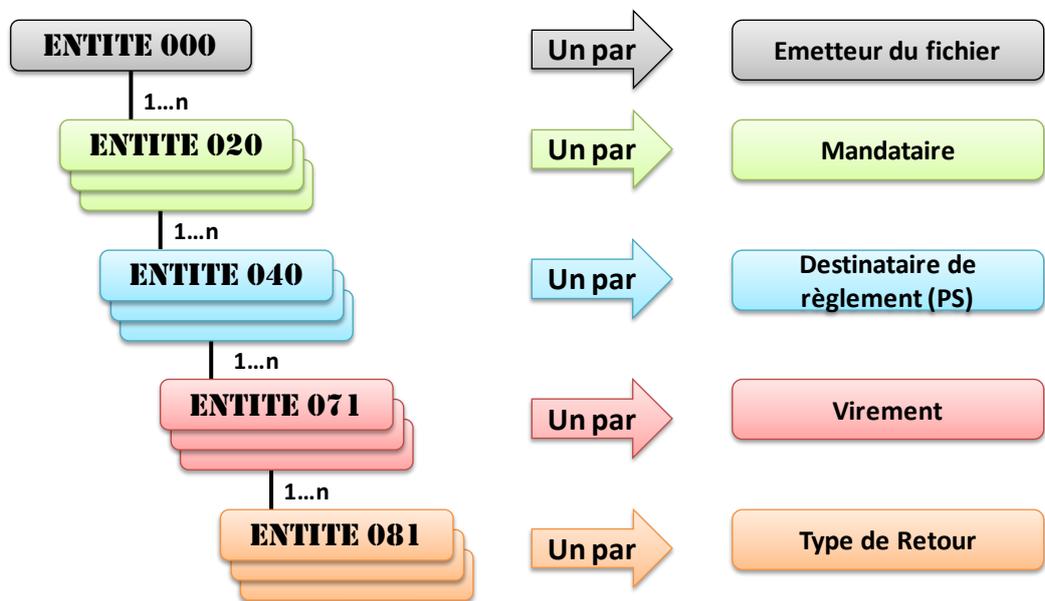


Figure 5 : Principes de regroupement des entités

4.3 Identification des organismes émetteurs et destinataires du retour

Règles de gestion

[RG_RSP002] Déterminer l'organisme émetteur du retour

L'émetteur du retour est renseigné dans l'entité 000. En fonction de l'organisme émetteur, différents champs constituent l'entité 000, comme détaillé dans la norme.

- **Pour déterminer l'Organisme AMO :**

Les champs « grand régime », « organisme gestionnaire » et « centre gestionnaires » sont remplis. Ils correspondent au destinataire du flux aller émis par le Professionnel de Santé (hormis en présence d'un OCT).

- **Pour déterminer le N° Organisme Complémentaire :**

Le N° de l'organisme complémentaire à l'origine du RSP n'est pas dans l'entité 000, il est renseigné dans l'entité 071, champ « Organisme payeur » (pos. 76).



Remarque : dans l'entité 000, le champ « n°AMC ou opérateur de règlement » correspond à l'organisme technique qui a envoyé le fichier de RSP. Il peut ne pas correspondre au destinataire du flux émis.



Cas particulier

[CP1] : Présence d'un OCT

En présence d'un OCT, l'organisme à l'origine du retour dans l'entité 000 ne sera ni l'organisme AMO ni l'organisme AMC, ni l'opérateur de règlement AMC, mais l'OCT.

Dans le cas de l'AMO, pour déterminer l'Organisme AMO, il faut s'appuyer sur l'organisme payeur (cf. §4.4 *Identification des informations sur la référence du virement bancaire*).

[RG_RSP003] Déterminer le destinataire du retour

Différents champs concernent le destinataire du retour :

- Le champ « Numéro de destinataire » de l'entité 000 (pos. 28) : ce champ est rempli avec le numéro de facturation du Professionnel de Santé.
- Le champ « Numéro de destinataire de règlement » de l'entité 020 (pos. 6) : ce champ permet d'identifier le mandataire, c'est-à-dire un intermédiaire qui perçoit les sommes à verser aux destinataires de règlement.



Remarque : en l'état actuel, ce champ est peu utilisé. En cas d'absence de mandataire, ce champ est non significatif.

- Le champ « Numéro de destinataire de règlement final » de l'entité 040 (pos. 6) : ce champ désigne la personne à qui est destiné le paiement. Ce champ est rempli avec le numéro de facturation du Professionnel de Santé.

4.4 Identification des informations sur la référence du virement bancaire

Règles de gestion

Déterminer le libellé du virement

[RG_RSP004] Déterminer le libellé de virement

La concaténation des deux champs « Libellé du virement – ligne 1 » et « Libellé du virement – ligne 2 » de l'entité 071 permet de reconstituer le libellé du virement bancaire. Celui-ci identifie le virement de façon unique.

Le rapprochement bancaire consiste à rapprocher le libellé de virement véhiculé dans le RSP 580 avec celui du relevé de compte du Professionnel de Santé.



Remarque : les 2 champs « Libellé du virement – ligne 1 » et « Libellé du virement – ligne 2 » ne sont pas systématiquement renseignés.



Cas particulier

[CP1] : L'AMO est le Régime général

Pour le Régime Général, le champ « Libellé du virement – ligne 2 » de l'entité 071 contient le libellé du virement. Celui-ci est inclus dans le libellé de virement du relevé de compte du Professionnel de Santé.

Si plusieurs virements du relevé de compte correspondent au champ « libellé de virement – ligne 2 », les éléments suivants pourront être utilisés pour distinguer les virements :

- le montant du virement ;
- le champ « libellé de virement – ligne 1 » qui correspond tout ou partie au nom du donneur d'ordre du virement bancaire.

Déterminer la date de journée comptable

[RG_RSP005] Déterminer la date de journée comptable

Le champ « **Date de la journée comptable ou date d'émission du virement** » de l'entité 071 est rempli avec la date d'émission du virement.



Remarque : cette date ne correspond pas à la date de réception du virement sur le compte bancaire du Profession de Santé (délai bancaire).

Déterminer l'organisme payeur

[RG_RSP006] Déterminer l'organisme payeur pour les AMC

Le champ « organisme payeur » de l'entité 071 (pos.76) renseigne sur l'organisme à l'origine du virement.

[RG_RSP007] Déterminer l'organisme payeur pour les AMO

L'organisme payeur correspond généralement à l'organisme émetteur du retour (entité 000), mis à part pour les flux qui passent par un OCT (dans ce cas l'organisme émetteur du retour est renseigné avec l'OCT).



Cas particulier

[CP1] : L'AMO est la MSA

En plus de l'entité 000, l'organisme payeur peut également être déduit du champ « Libellé du virement – Ligne 1 » de l'entité 071 (pos. 12). Ce champ est rempli avec la date de paiement, l'organisme payeur et le numéro de destinataire.

[CP2] : L'AMO est le Régime Général

L'organisme payeur est renseigné dans le champ « Libellé du virement – Ligne 1 » de l'entité 071.

[CP3] : Présence d'un OCT

Lorsque l'AMO utilise uniquement l'entité 000 pour identifier l'organisme payeur, en présence d'un OCT, l'information sur l'organisme payeur n'est pas disponible dans le RSP.

Déterminer le montant du virement

[RG_RSP_008] Déterminer le montant du virement

Le montant du virement correspond au montant cumulé de l'entité 990 de niveau 3 (entité 990 correspondant à l'entité 071).

4.5 Les différents types de RSP



Lorsque le RSP reçu ne correspond pas aux règles de gestion décrites ci-après, et que le système de facturation ne peut interpréter le RSP, celui-ci doit permettre d'afficher les informations contenues dans le RSP.

4.5.1 Déterminer le type de RSP « Liquidation de facture »

Vue générale

Ce type de RSP est utilisé par tous les organismes d'Assurance Maladie Obligatoires et Complémentaires pour transmettre le retour suite au traitement d'une facture électronique en Tiers-Payant.

Certains AMO envoient également des RSP en réponse à la liquidation d'une Feuille de Soins papier.

L'entité 081 est la clef de voûte de la norme. Elle définit le champ « Code du type de retour » (position 6) qui détermine les entités qui seront présentes.

L'entité 102 porte les informations de la facture d'origine.

Illustrations :

Des illustrations des différents cas de RSP de liquidation sont données dans le § « 4.7.1 - Exemples de RSP de liquidation »

Pour chaque exemple, le cas général est présenté, avec en complément les cas particuliers si présents.

Règles de gestion

[RG_RSP009] Déterminer si le RSP fait suite à la liquidation d'une facture

Les critères permettant d'identifier un RSP en réponse à une liquidation de facture sont les suivants.

Un RSP « 01 »¹ est utilisé pour les cas standards de retour sur une facture par tous les organismes (AMO et AMC).

Le RSP est identifié comme suit :

¹ C'est-à-dire : avec le champ « Code du type de retour » (entité 081, pos 6) égal à

Critères	Part concernée		
	AMO	AMC en GU	AMC en GS
<ul style="list-style-type: none"> Code du type de retour (entité 081, pos 6) = « 01 » Et type de facture (entité 102, pos 30) = « F » ou « D » Et Numéro de facture (entité 102, pos 6) = n° de facture de la facture d'origine 	X	X	X



Dans le cas RSP « 01 », le Numéro de lot (entité 102, pos 21) et la Date de la facturation (entité 102, pos31) correspondent aux informations de la facture d'origine.



Cas particulier

[CP1] : Réception d'un RSP « 02 » suite à un premier RSP « 01 » en état « différé »

Suite à l'envoi d'un 1^{er} RSP différé, les AMO émettent un 2^{ème} RSP « 01 » au moment du traitement de la facture.

Dans certains cas, le 2^{ème} RSP est envoyé avec un code type de retour égal à « 02 ».

Dans ce cas, il s'agit bien d'un RSP suite à une liquidation de facture électronique (et non suite à la liquidation d'une Feuille de Soins Papier).

Le numéro de la facture d'origine est inscrit dans l'entité 102 et permet le rapprochement avec le 1^{er} RSP.

Le RSP est identifié comme suit :

Critères	Part concernée		
	AMO	AMC en GU	AMC en GS
<ul style="list-style-type: none"> Code du type de retour (entité 081, pos 6) = « 02 » Et type de facture (entité 102, pos 30) = « P » Numéro de facture (entité 102, pos 6) = n° de facture renseigné dans le 1^{er} RSP « différé » 	X	X	



Dans le cas RSP « 02 », le Numéro de lot (entité 102, pos 21) et la Date de la facturation (entité 102, pos31) ne sont pas significatives et ne doivent pas être utilisées pour le rapprochement.

[CP2] : le RSP fait suite à la liquidation d'une Feuille de Soins Papier (FSP)

Dans le cas d'un RSP suite à la liquidation d'une Feuille de Soins Papier, le RSP est identifié avec les critères suivants :

Critères	Part concernée		
	AMO	AMC en GU	AMC en GS
<ul style="list-style-type: none"> • Code du type de retour (entité 081, pos 6) = « 02 » • Et type de facture (entité 102, pos 30) = « P » • Et Numéro de facture (entité 102, pos 6) = attribué par l'organisme d'assurance maladie lors du traitement de celle-ci (peut être non renseigné dans certains cas) 	X	X	



Remarque : dans un RSP en réponse à une Feuille de Soins Papier, le numéro de lot et la date de création du lot ne sont pas remplis.

L'algorithme de rapprochement avec la facture est basé sur la date de facturation (entité 102, pos. 31), le montant de la facturation (entités 198 et/ou 199), ainsi que les informations d'identification de l'assuré et du bénéficiaire de soins (entité 103).

→ Dans le cas où la date de facturation n'est pas remplie, l'algorithme de rapprochement est uniquement basé sur le montant de la facturation, ainsi que les informations d'identification de l'assuré et du bénéficiaire de soins (entité 103).

[RG_RSP010] Identifier les entités présentes dans le cas d'un RSP de liquidation

Le tableau ci-dessous donne la présence des entités en fonction de l'Etat de la part AMO ou AMC dans le RSP.

- « O » : Obligatoire, l'entité est toujours présente (mais pas forcément renseignée)
 - « F » : Facultatif, l'entité n'est pas toujours présente (certains organismes d'Assurance Maladie peuvent ne pas la transmettre)
- Cf. « § 4.6 Informations complémentaires » pour plus de précisions sur le renseignement des différentes entités.

Entité	Présence		
	Etat de la part AMO ou AMC dans le RSP		
	Payé	Rejeté	Différé
102	O	O	O
103	O	O	O
198 et/ou 199	O	O	O
294		O	O
295	F	F	F
261			
262			
250			
295	F	F	F

4.5.2 Déterminer le type de RSP « Régularisation de facture »

Vue générale

Seuls les AMO envoient des RSP 580 suite à des régularisations de facture.

Les régularisations interviennent suite à traitement initial (liquidation) qui a fait l'objet soit d'un **rejet** soit d'un **paiement**.

Une régularisation de facture entraîne l'envoi d'une combinaison de RSP ayant un « Code du type de retour » (entité 081, pos 6) égal à « 04 » et/ou à « 05 ».

Ces RSP reflètent les différentes opérations de régularisation de la facture par l'organisme d'assurance maladie.



Ils ne sont pas toujours envoyés le même jour, et peuvent donc faire l'objet de plusieurs fichiers de RSP distincts.



Remarque :

Le cumul des montants sur les entités présentes dans une régularisation correspond au montant effectif de la régularisation qui sera viré ou prélevé sur le compte bancaire.

Illustrations :

Des illustrations des différents cas de régularisation sont données dans le § « 4.7.2 - Exemples de RSP de régularisation »

Pour chaque exemple, le cas général est présenté, avec en complément les cas particuliers si présents.

Règles de gestion

Identification du RSP

[RG_RSP011] Déterminer si le RSP fait suite à la régularisation d'une facture

Le RSP suite à une régularisation de facture est composé différemment suivant les cas de régularisations (voir exemples au § 4.7) :

- **Cas 1** : uniquement des RSP « 04 »,
- **Cas 2** : une combinaison de RSP « 04 » et de RSP « 05 »,
- **Cas 3** : uniquement des RSP « 05 ».

Dans un RSP de régularisation :

- L'entité 102 est toujours présente, mais peut être non renseignée.
- L'entité 103 peut être présente mais pas systématiquement renseignée.
- Les entités 198 et/ou 199 peuvent être présentes en fonction de la part qui fait l'objet de la régularisation (obligatoires pour le « 04 », facultatives pour le « 05 »).
- L'entité 250 est toujours présente pour le RSP « 05 ».
 - La régularisation s'articule autour d'une phase de constat initial (Nature des opérations = CIN) et d'une phase de re paiement (Nature des opérations = RPR), portées par l'entité 250.
- L'entité 295 est facultative

Recherche du montant de la régularisation

[RG_RSP012] Déterminer le Montant de la régularisation

Le montant de la régularisation correspond à la somme des montants signés suivants :

- champ « montant AMO payé » (pour chaque entité 198)
- champ « montant AMC payé » (pour chaque entité 199)
- champ « montant du mouvement financier » (pour chaque entité 250)

Rapprochement de la régularisation avec la facture initiale

[RG_RSP013] Rapprocher les RSP de régularisation avec la facture initiale

Le lien avec la facture initiale se fait au travers de l'entité 102 lorsque celle-ci est renseignée.

- Dans le cas d'un RSP « 04 », l'entité 102 est toujours renseignée.
- Dans le cas d'un RSP « 05 », l'entité 102 peut ne pas être renseignée (peut se produire en présence de plusieurs entités 250 relatives à la même facture, ces entités pouvant appartenir au même RSP « 05 » ou à des RSP « 05 » différents) :
 - L'entité 102 est systématiquement remplie pour la première entité 250 envoyée.
 - Lorsque le numéro de facture n'est pas renseigné pour une entité 250 ultérieure, le lien avec la facture se fait avec le champ « référence de la dette » (pos. 8) qui est commun aux différentes entités 250 relatives à une même facture



Rappel : les RSP peuvent être envoyés à des moments différents (et donc peuvent faire l'objet de plusieurs fichiers de RSP distincts).



Cas particulier

[CP1] : La régularisation porte sur une Feuille de Soins Papier

Dans le cas d'une régularisation sur une Feuille de Soins Papier :

- si le numéro de facture est renseigné dans le RSP de régularisation, ce numéro correspond au numéro de facture du 1er RSP, et permet alors de faire le rapprochement,
- si le numéro de facture n'est pas renseigné dans le RSP de régularisation, le rapprochement du RSP de régularisation s'effectue à l'identique du rapprochement du 1er RSP de liquidation (cf. RG_RSP009 / CP2).



Cas d'erreur

[CE1] : le rapprochement d'un RSP « 05 » avec la facture initiale n'a pas abouti

Lorsqu'un RSP de régularisation, ayant un « Code du type de retour » égal à « 05 » n'a pas pu être rapproché d'une facture initiale, il s'agit d'une retenue ponctuelle (cf. §4.5.3 Déterminer le type de RSP « Opération ponctuelle »).



Une retenue ponctuelle se compose d'un RSP ayant un « Code du type de retour » égal à « 05 », sans entité 102, et avec une entité 250 dont la « référence de la dette » ne correspond à aucune référence de la dette déjà reçue dans d'autres entités 250.

RSP suite à l'annulation d'une DRE par le Professionnel de Santé

 Ce chapitre sera complété dans une version ultérieure du guide de lecture.

4.5.3 Déterminer le type de RSP « Opération ponctuelle »

Vue générale

Les RSP « Opérations ponctuelles » regroupent :

- les RSP en réponse à des paiements ponctuels (rémunération médecin traitant, aide pérenne, ...)
 - présence des entités 261 et 262 (pour les RSP « 03 »)
- des RSP en réponse à des retenues ponctuelles (récupération pour satisfaire les besoins d'organismes extérieurs à l'Assurance Maladie).
 - présence de l'entité 250 (pour les RSP « 05 »)

Ce chapitre ne concerne que les AMO.

Illustrations :

Des illustrations des différents cas d'opération ponctuelle sont données dans le § « 4.7.3 - Exemples RSP d'opération ponctuelle »

Pour chaque exemple, le cas général est présenté, avec en complément les cas particuliers si présents.

Règles de gestion

Paiement ponctuel ou forfaitaire

[RG_RSP014] Déterminer si le RSP fait suite à un paiement ponctuel ou forfaitaire

Le RSP suite à un paiement ponctuel ou forfaitaire » se compose :

- d'1 RSP « 03 »

Le tableau ci-dessous donne la présence des entités dans le RSP :

- « O » : Obligatoire, l'entité est toujours présente (mais pas forcément renseignée)
- « F » : Facultatif, l'entité n'est pas toujours présente (certains organismes d'Assurance Maladie peuvent ne pas la transmettre)

Entité	Présence	Remarque
102	O	Entité présente, mais les champs sont non renseignés
103		
198		
199		
294		
295	F	
261	O	<ul style="list-style-type: none"> Le champ « code paiement ponctuel ou forfaitaire » (pos. 6) est renseigné avec le code du paiement ponctuel Le champ « Montant paiement ponctuel ou forfaitaire » (pos.11) contient le montant du paiement ponctuel
262	O	<ul style="list-style-type: none"> Il peut y avoir plusieurs entités 262 pour une entité 261, notamment lorsque le paiement concerne plusieurs « N°d'immatriculation ». Le champ « Codification » (pos. 6) n'est pas toujours renseigné. Cette information est redondante avec le champ « Code du paiement » (pos. 6) de l'entité 261 Le champ « Libellé associé » (pos. 11) est généralement renseigné Le champ « N°d'immatriculation » (pos. 91) de la personne ouvrant droit au paiement n'est pas rempli par tous les AMO (par ex. le Régime Général remplit ce champ uniquement pour la rémunération RMT ALD) Le champ « période » (pos. 113) est renseigné Le champ « date début période » (pos. 114) est renseigné Le champ « date fin période » (pos. 120) est facultatif Le champ « nombre de factures » (pos. 126) est renseigné
250		

Retenue ponctuelle

[RG_RSP015] Déterminer si le RSP fait suite à une retenue ponctuelle

Le RSP suite à une « retenue ponctuelle » se compose :

- d'1 RSP « 05 »



Tous les RSP « 05 » ne sont pas des retenues ponctuelles, certains peuvent être des RSP de « Régularisation de facture ».

Seules les retenues qui ne correspondent pas à une régularisation de facture (cf. RG_RSP013) sont considérées comme des retenues ponctuelles.

Le tableau ci-dessous donne la présence des entités dans le RSP :

- « O » : Obligatoire, l'entité est toujours présente (mais pas forcément renseignée)
- « F » : Facultatif, l'entité n'est pas toujours présente (certains organismes d'Assurance Maladie peuvent ne pas la transmettre)

Entité	Présence	Remarque
102	O	Entité présente, mais les champs sont non renseignés
103		
198 et/ou 199		
294		
295	F	
261		
262		
250	O	La « Référence de la dette » (pos. 8) est inconnue du logiciel : elle ne correspond pas à la référence de la dette d'une entité 250 reçue auparavant

4.6 Informations complémentaires

4.6.1 Précisions sur l'entité 103 : Assuré / Bénéficiaire

L'entité 103 regroupe les informations concernant l'assuré et le bénéficiaire de soins.

Tous les organismes d'Assurance Maladie ne remplissent pas cette entité.

4.6.2 Précisions sur les entités 198 et 199 : Part AMO et Part AMC

- Les champs « Montant AMO demandé » (entité 198, pos 6) ou « Montant AMC demandé » (entité 199, pos 6) sont renseignés différemment par les organismes d'assurance obligatoires.



Il est déconseillé d'utiliser ces champs.

- Le champ « N° AMC destinataire » (entité 199) est rempli :
 - en gestion séparée, avec le numéro de l'AMC,
 - en gestion unique, il peut être rempli par le numéro de l'organisme complémentaire ou le MUTNUM.
- Le champ « N° identification AMC de l'adhérent » (entité 199) est rempli avec le numéro d'adhérent.

4.6.3 Précisions sur l'entité 294 : Ligne rejet

Une même facture (entité 102) peut comporter plusieurs rejets, ce qui se traduit par la présence de plusieurs entités 294 à la suite.

Les rejets peuvent être de plusieurs niveaux :

- « F » : Facture,
- « L » : Ligne de prestation ou
- « A » : Code affiné.

L'entité 294 est renseignée en fonction du niveau de rejet, comme illustré dans le schéma ci-dessous :

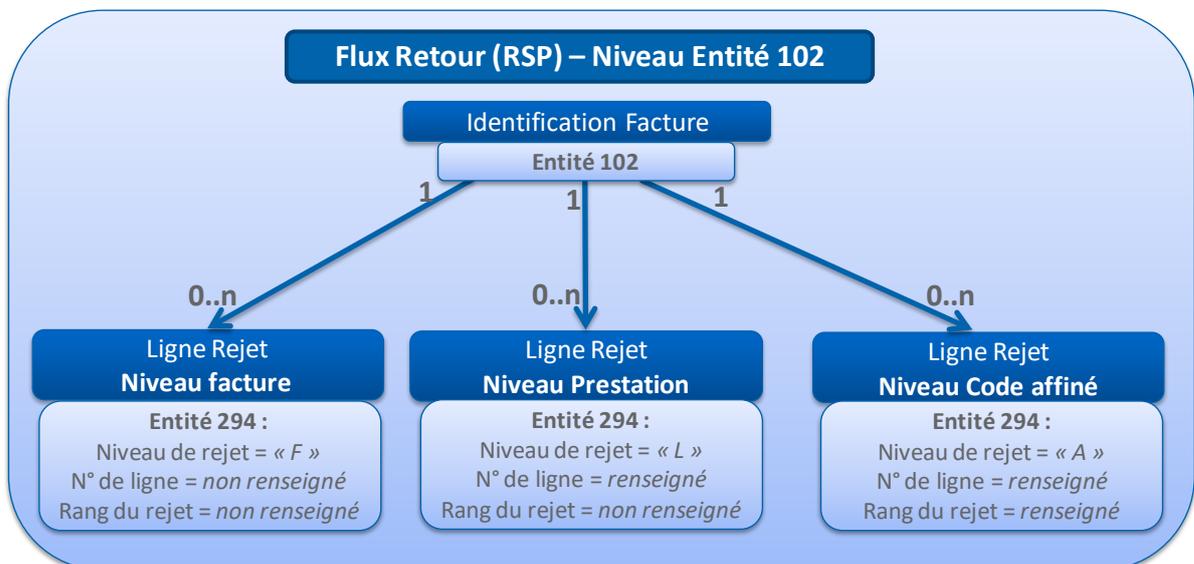


Figure 6 : Illustration des différents niveaux de rejet

Identification de la prestation faisant l'objet du rejet (pour les rejets de niveau « L » ou « A ») :

- Le champ « Nature de la prestation concernée » (pos. 96) correspond au « Code prestation » suivi éventuellement du « Code complément prestation » (N, F, U). Le Code complément prestation est toujours en 5^{ème} position
- Le champ « Numéro de ligne » (pos. 118) correspond à la position du « Code prestation » de la prestation d'origine dans la facture
 - Par exemple pour une FSE, le « Numéro de ligne » donne le numéro de la position du type Groupe 1610 (type 4A) dans la facture.
- Le champ « Rang du rejet » (pos. 121) correspond à la position du code de la « Prestation détaillée » ou du « Code Acte » par rapport à la prestation en lien avec le « Numéro de ligne ».



Illustration avec une facture contenant plusieurs actes NABM :

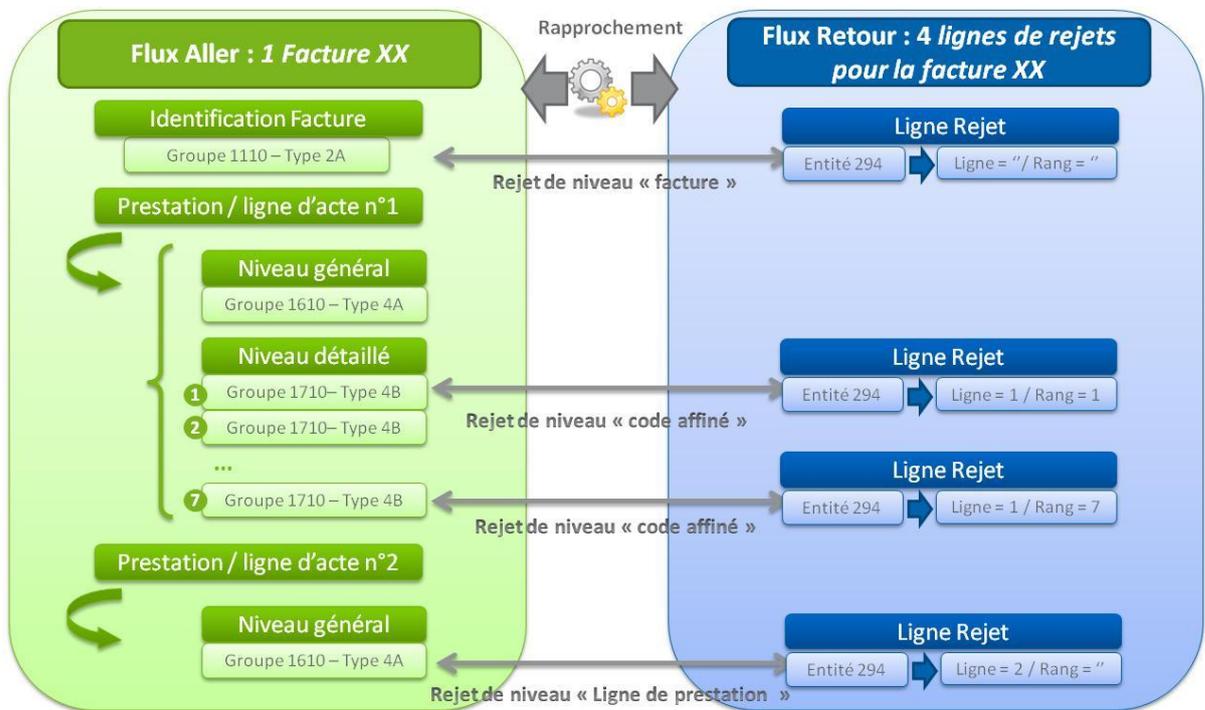


Figure 7 : illustration du rapprochement de la facture d'origine avec le niveau de rejet

4.6.4 **Précisions sur le Numéro du lieu d'exécution de l'acte (entité 081, pos 8) :**

Le champ « Numéro du lieu d'exécution de l'acte » de l'entité 081 n'est rempli par certains AMO que pour le cas d'un acte libéral dans un établissement privé en paiement direct au Professionnel de Santé avec la facture est générée par l'établissement.

L'organisme d'assurance maladie génère deux RSP, un pour l'établissement et un autre pour le Professionnel de Santé.

→ Comme le système d'information du Professionnel de Santé ne possède pas la facture d'origine, le rapprochement entre le RSP et la facture échoue : l'information du lieu d'exécution de l'acte peut alors aider le Professionnel de Santé à comprendre qu'il s'agit d'une facture de l'établissement privé.

4.6.5 **Précisions sur l'entité 295 : Ligne commentaire**

Cette entité est parfois renseignée par certains organismes d'Assurance Maladie Complémentaire en gestion séparée.

Lorsqu'elle est renseignée, elle est utilisée pour ajouter des précisions sur le RSP.

4.7 Exemples de RSP



Remarque générale : seuls les champs « significatifs » sont précisés ici. Cela ne présume pas du renseignement des autres champs.

4.7.1 Exemples de RSP de liquidation

4.7.1.1 La facturation contient 2 parts « Payées »

Cas d'usage

Exemple : paiement d'une facturation contenant les 2 parts

Le Professionnel de Santé a demandé 23€ : 16,10€ pour la part obligatoire et 6,90€ pour la part complémentaire.

L'Assurance Maladie rembourse les 23€ au Professionnel de Santé.

Remplissage des entités



La facturation est en gestion séparée : 2 RSP sont envoyés (1 pour le paiement de la part obligatoire, 1 pour le paiement de la part complémentaire). L'ordre des RSP n'est pas significatif et peut être inversé.

RSP envoyé par l'AMO

Type de retour = « 01 »

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
N° facture initiale	Date facture initiale	N° de lot initial	Date de création du lot initial

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
P	16,10	P (Positif)

Montant du paiement : + 16,10 sur la part AMO

RSP envoyé par l'AMC

Type de retour = « 01 »

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
N° facture initiale	Date facture initiale	N° de lot initial	Date de création du lot initial

199

Etat paiement part AMC	Montant AMC payé	Signe du montant AMC payé
P (Payé)	6,90	P (Positif)

Montant du paiement : + 6,90 sur la part AMC



La facturation est en gestion unique : 1 RSP est envoyé pour le paiement des 2 parts.

Type de retour = « 01 »

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
N° facture initiale	Date facture initiale	N° de lot initial	Date de création du lot initial

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
P	16,10	P (Positif)

← Montant du paiement : + 16,10 sur la part AMO

199

Etat paiement part AMC	Montant AMC payé	Signe du montant AMC payé
P (Payé)	6,90	P (Positif)

← Montant du paiement : + 6,90 sur la part AMC

4.7.1.2 La facturation contient 1 part « Rejetée »

Cas d'usage

Exemple : rejet de la part AMO en gestion séparée et rejet de la part AMC en gestion unique

Le Professionnel de Santé a demandé 23€ : 16,10€ pour la part obligatoire et 6,90€ pour la part complémentaire.

L'Assurance Maladie rejette une des parts et paie l'autre.

Remplissage des entités



La facturation est en gestion séparée : 2 RSP sont envoyés (1 pour le rejet de la part obligatoire, 1 pour le paiement de la part complémentaire). Pour le rejet, l'entité 294 porte le détail du rejet.

L'ordre des RSP n'est pas significatif et peut être inversé.

RSP envoyé par l'AMO

Type de retour = « 01 »

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
N° facture initiale	Date facture initiale	N° de lot initial	Date de création du lot initial

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
R		



294

Codification du rejet	Libellé du rejet	Niveau de rejet	Part concerné
0270 051	Bénéficiaire inconnu	F	O

RSP envoyé par l'AMC

Type de retour = « 01 »

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
N° facture initiale	Date facture initiale	N° de lot initial	Date de création du lot initial

199

Etat paiement part AMC	Montant AMC payé	Signe du montant AMC payé
P (Payé)	6,90	P (Positif)





La facturation est en gestion unique : 1 RSP est envoyé dans lequel la part obligatoire est payée et la part complémentaire rejetée. Pour le rejet, l'entité 294 porte le détail du rejet.

Type de retour = « 01 »

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
N° facture initiale	Date facture initiale	N° de lot initial	Date de création du lot initial

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
P	16,10	P

← Paiement de la part AMO

199

Etat paiement part AMC	Montant AMC payé	Signe du montant AMC payé
R		

← Rejet de la part AMC

294

Codification du rejet	Libellé du rejet	Niveau de rejet	Part concerné
0490 001	Pas de traitement OC- absence contrat valide	F	C

4.7.1.3 La facturation contient 1 part en état « Différé »

Cas d'usage

Exemple : la facturation ne contient que la part AMO, qui est en état différée dans le RSP reçu

Le Professionnel de Santé a demandé 16,10€ pour la part obligatoire. L'AMO envoie un RSP « différé » pour signaler que la facture est en cours de traitement.

Remplissage des entités



La facturation ne contient qu'une seule part AMO. Le RSP renvoyé par l'AMO signale la part AMO en état « différé ». L'entité 294 porte le détail de cet état différé.

Type de retour = « 01 »

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
N° facture initiale	Date facture initiale	N° de lot initial	Date de création du lot initial

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
D		



294

Codification du rejet	Libellé du rejet	Niveau de rejet	Part concerné
998	En attente de traitement caisse	F	O

4.7.2 Exemples de RSP de régularisation

4.7.2.1 Paiement ultérieur de la part AMC

Cas d'usage

Exemple : rappel CMU C2S sur la part AMC (en gestion unique)

Le Professionnel de Santé a demandé au titre de la CMU C2S 23€ : 16,10€ pour la part obligatoire et 6,90€ pour la part complémentaire.

La caisse a payé 16,10€ pour la part obligatoire. Les 6,90€ n'ont pas été payés, car le référentiel de la caisse n'est pas à jour.

Suite à une réclamation du Professionnel de Santé, la caisse fait un rappel de 6,90€ pour la part complémentaire (après avoir vérifié les droits CMU C2S).

Remplissage des entités



Cas général avec un RSP « 04 » : L'AMO envoie un seul RSP avec un code retour « 04 ». L'entité 199 (part AMC) porte le montant de la régularisation.

Type de retour = « 04 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
P	0	P (Positif)

199

Etat paiement part AMC	Montant AMC payé	Signe du montant AMC payé
P (Payé)	6,90	P (Positif)

← Montant de la régul : + 6,90 sur la part AMC



Total des montants = + 6.90



Cas particulier avec les RSP « 04 » et « 05 » : l'AMO envoie un RSP avec un code retour « 04 » et un RSP avec un code retour « 05 ». L'entité 199 (part AMC) porte le montant de la régularisation.

Type de retour = « 04 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
A blanc	0	

199

Etat paiement part AMC	Montant AMC payé	Signe du montant AMC payé
P (Payé)	6,90	P (Positif)

Montant de la régul : + 6,90 sur la part AMC

Type de retour = « 05 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	CIN	16,10	P (Positif)

102

N° de facture	Date de facturation
Non renseigné	

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	RPR	16,10	N (Négatif)

Lien avec la facture

Ces 2 lignes « s'annulent »



Total des montants = + 6.90

Les montants des entités 250 s'annulent

4.7.2.2 Régularisation négative partielle sur la part AMO et/ou AMC

Cas d'usage

Exemple : Facturation à tort d'une majoration

Suite à une visite avec majoration de déplacement, le Professionnel de Santé demande 26€ pour la part RO dont 3€ de majoration. La caisse paye la facture dans un premier temps. Après vérification, la caisse annule la majoration qui n'avait pas lieu d'être.

Remplissage des entités



Cas général avec les RSP « 04 » et « 05 » : l'AMO envoie un RSP avec un code retour « 04 » et un RSP avec un code retour « 05 ». L'entité 198 (part AMO) porte le montant de la régularisation.

Type de retour = « 04 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
P (Payé)	3	N (Négatif)

Montant de la régul : - 3 sur la part AMO

Type de retour = « 05 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	CIN	26	P (Positif)

102

N° de facture	Date de facturation
Non renseigné	

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	RPR	26	N (Négatif)

Lien avec la facture

Ces 2 lignes « s'annulent »



Total des montants = -3

Les montants des entités 250 s'annulent



Cas général avec uniquement le RSP « 05 » : l'AMO envoie un RSP avec un code retour « 05 » dans lequel la part concernée (AMO) est annulée complètement via l'entité 198. Puis la régularisation s'effectue avec les 2 entités 250 : une 1ère pour le « constat initial » de la facture payée et une 2ème avec le montant de la régularisation

Type de retour = « 05 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
P (Payé)	26	N (Négatif)

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	CIN	26	P (Positif)

102

N° de facture	Date de facturation
Non renseigné	

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	RPR	3	N (Négatif)

Lien avec la facture



← Montant de la régul : -3



Total des montants = -3

4.7.2.3 Annulation totale de la facture

Cas d'usage

Exemple : doublon de facture

Le Professionnel de Santé a demandé au titre de la **CMU-C C2S** 23€ : 16,10€ pour la part RO et 6,90€ pour la part RC. Suite à un doublon de facture, la caisse annule un paiement.

Remplissage des entités



Cas général avec les RSP « 04 » et « 05 » : l'AMO envoie 2 RSP avec chacun un code retour « 04 » et avec un code retour « 05 ». Les entités 198 (part AMO) et 199 (part AMC) portent le montant de la régularisation sur chaque part.

1^{er} RSP

Type de retour = « 04 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
P (Payé)	16,10	N (Négatif)

Montant de la régul : - 16,10 sur la part AMO

Type de retour = « 05 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	CIN	16,10	P (Positif)

102

N° de facture	Date de facturation
Non renseigné	

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	RPR	23	N (Négatif)

Lien avec la facture

2ème RSP

Type de retour = « 04 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

199

Etat paiement part AMC	Montant AMC payé	Signe du montant AMC payé
P (Payé)	6,90	N (Négatif)

Montant de la régul : - 6,90 sur la part AMC



Type de retour = « 05 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	CIN	6,90	P (Positif)



Total des montants = -23

Les montants des entités 250 s'annulent





Cas général avec uniquement le RSP « 05 » : L'AMO envoie un RSP avec un code retour « 05 » dans lequel les entités 198 (part AMO) et 199 (part AMC) portent le montant de la régularisation sur chaque part. Puis la régularisation s'effectue avec les 2 entités 250 : une 1ère pour le « constat initial » de la facture payée et une 2ème avec le montant de la régularisation.

Type de retour = « 05 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
P (Payé)	16,10	N (Négatif)

Montant de la régul : - 16,10 sur la part AMO

199

Etat paiement part AMC	Montant AMC payé	Signe du montant AMC payé
P (Payé)	6,90	N (Négatif)

Montant de la régul : - 6,90 sur la part AMC

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	CIN	23	P (Positif)

102

N° de facture	Date de facturation
Non renseigné	

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	RPR	23	N (Négatif)

Lien avec la facture



Total des montants = -23

Les montants des entités 250 s'annulent

4.7.3 Exemples RSP d'opération ponctuelle

4.7.3.1 RSP de paiement ponctuel

Cas d'usage

Exemple :

Un paiement ponctuel de 80€ pour le forfait AVK touché pour 2 patients (40 x 2).

Remplissage des entités



Cas général

Les NIR des bénéficiaires des soins ouvrants droit au paiement ponctuel sont précisés dans l'entité 262 pour chaque paiement ponctuel en rapport avec la patientèle.

Type de retour = « 03 »

BS 1	102	<table border="1"> <thead> <tr> <th>N° de facture</th> <th>Date de facturation</th> <th>N° de lot</th> <th>Date de création du lot</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">Non renseigné</td> </tr> </tbody> </table>	N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot	Non renseigné								
	N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot											
	Non renseigné														
261	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Code paiement ponctuel ou forfaitaire</th> <th>Montant paiement ponctuel ou forfaitaire</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AVK</td> <td>40</td> </tr> </tbody> </table>	Code paiement ponctuel ou forfaitaire	Montant paiement ponctuel ou forfaitaire	AVK	40										
Code paiement ponctuel ou forfaitaire	Montant paiement ponctuel ou forfaitaire														
AVK	40														
262	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Codification</th> <th>Libellé associé</th> <th>N° d'Immatriculation</th> <th>Période</th> <th>Date début</th> <th>Date fin</th> <th>Nombre de factures</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AVK</td> <td>« ROSP AVK »</td> <td>NIR Bénéficiaire 1</td> <td>A</td> <td>01.01.2014</td> <td>31.12.2014 (facultatif)</td> <td>Non renseigné pour ce paiement</td> </tr> </tbody> </table>	Codification	Libellé associé	N° d'Immatriculation	Période	Date début	Date fin	Nombre de factures	AVK	« ROSP AVK »	NIR Bénéficiaire 1	A	01.01.2014	31.12.2014 (facultatif)	Non renseigné pour ce paiement
Codification	Libellé associé	N° d'Immatriculation	Période	Date début	Date fin	Nombre de factures									
AVK	« ROSP AVK »	NIR Bénéficiaire 1	A	01.01.2014	31.12.2014 (facultatif)	Non renseigné pour ce paiement									
BS 2	102	<table border="1"> <thead> <tr> <th>N° de facture</th> <th>Date de facturation</th> <th>N° de lot</th> <th>Date de création du lot</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">Non renseigné</td> </tr> </tbody> </table>	N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot	Non renseigné								
	N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot											
	Non renseigné														
261	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Code paiement ponctuel ou forfaitaire</th> <th>Montant paiement ponctuel ou forfaitaire</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AVK</td> <td>40</td> </tr> </tbody> </table>	Code paiement ponctuel ou forfaitaire	Montant paiement ponctuel ou forfaitaire	AVK	40										
Code paiement ponctuel ou forfaitaire	Montant paiement ponctuel ou forfaitaire														
AVK	40														
262	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Codification</th> <th>Libellé associé</th> <th>N° d'Immatriculation</th> <th>Période</th> <th>Date début</th> <th>Date fin</th> <th>Nombre de factures</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AVK</td> <td>« ROSP AVK »</td> <td>NIR Bénéficiaire 2</td> <td>A</td> <td>01.01.2014</td> <td>31.12.2014 (facultatif)</td> <td>Non renseigné pour ce paiement</td> </tr> </tbody> </table>	Codification	Libellé associé	N° d'Immatriculation	Période	Date début	Date fin	Nombre de factures	AVK	« ROSP AVK »	NIR Bénéficiaire 2	A	01.01.2014	31.12.2014 (facultatif)	Non renseigné pour ce paiement
Codification	Libellé associé	N° d'Immatriculation	Période	Date début	Date fin	Nombre de factures									
AVK	« ROSP AVK »	NIR Bénéficiaire 2	A	01.01.2014	31.12.2014 (facultatif)	Non renseigné pour ce paiement									



Cas particulier 1

Les NIR des bénéficiaires des soins ouvrants droit au paiement ponctuel ne sont pas précisés dans l'entité 262. L'entité 261 porte le montant total de l'AVK.

Type de retour = « 03 »

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
Non renseigné			

261

Code paiement ponctuel ou forfaitaire	Montant paiement ponctuel ou forfaitaire
AVK	80

262

Codification	Libellé	N° d'Immatriculation	Période	Date début	Date fin	Nombre de factures
AVK	« ROSP AVK »	Non renseigné	A	01.01.2014	31.12.2014 (facultatif)	Non renseigné pour ce paiement



Cas particulier 2

Type de retour = « 03 »

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
Non renseigné			

261

Code paiement ponctuel ou forfaitaire	Montant paiement ponctuel ou forfaitaire
AVK	80

262

Codification	Libellé	N° d'Immatriculation	Période	Date début	Date fin	Nombre de factures
AVK	« ROSP AVK »	NIR Bénéficiaire 1	A	01.01.2014	31.12.2014 (facultatif)	Non renseigné pour ce paiement
AVK	« ROSP AVK »	NIR Bénéficiaire 2	A	01.01.2014	31.12.2014 (facultatif)	Non renseigné pour ce paiement

4.7.3.2 RSP de retenue ponctuelle

Cas d'usage

Exemple :

Une retenue ponctuelle de 50€ est envoyée par l'AMO. La référence de la retenue ponctuelle contenue dans le champ « Référence de la dette » ne correspond à aucune régularisation reçue par le Professionnel de Santé.

Remplissage des entités

Type de retour = « 05 »

102

N° de facture	Date de facturation
Non renseigné	

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
Référence de la retenue ponctuelle	Code de la retenue ponctuel	50	N (Négatif)



Annexe 1bis

Utilisation d'un Terminal Lecteur Applicatif

Intégrant l'Addendum n°8

Ce document a été élaboré par le GIE SESAM-Vitale.

Conformément à l'article L.122-4 du Code de la Propriété Intellectuelle, toute représentation ou reproduction (intégrale ou partielle) du présent ouvrage, quel que soit le support utilisé, doit être soumise à l'accord préalable écrit de son auteur.

Il en est de même pour sa traduction, sa transformation, son adaptation ou son arrangement, quel que soit le procédé utilisé.

Tout manquement à ces obligations constituerait un délit de contrefaçon, au sens des articles L 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, susceptible d'entraîner des sanctions pour l'auteur du délit.

Sommaire

1	Préambule	5
1.1	Présentation générale	5
1.2	Les évolutions fonctionnelles et organisationnelles 1.40	6
1.2.1	<i>Le chargement de DRE en plus des FSE pour signature en visite</i>	6
1.2.2	<i>La désynchronisation des signatures (avec signature CPS en mode connecté)</i>	6
1.2.3	<i>Le remplaçant en visite</i>	7
1.2.4	<i>Gestion des Factures créées en visite</i>	7
1.3	Les évolutions techniques	8
1.3.1	<i>Le chiffrement et la sécurisation des factures</i>	8
2	Présentation des échanges Poste de Travail - TLA	9
2.1	Spécifications fonctionnelles générales	9
2.1.1	<i>Déclaration du TLA sur le Poste de Travail</i>	9
2.1.2	<i>Schémas de fonctionnement</i>	10
2.1.3	<i>Principe de fonctionnement</i>	13
2.1.4	<i>Présentation fonctionnelle générale pour Professionnel de Santé facturant à domicile</i>	16
2.1.4.1	<i>Phase Traitement de retour visite</i>	16
2.1.5	<i>Présentation fonctionnelle générale pour Professionnel de Santé facturant à domicile ou préparant les Factures au cabinet</i>	17
2.1.5.1	<i>Phase Traitement de préparation visite</i>	17
2.1.5.2	<i>Phase Chargement pour visite</i>	18
2.1.5.3	<i>Phase Traitement de retour visite</i>	19
2.1.6	<i>Présentation fonctionnelle générale pour Professionnel de Santé préparant les Factures à l'officine ou dans la structure (Fournisseurs)</i>	20
2.1.6.1	<i>Phase Traitement de retour visite</i>	20
2.2	Spécifications fonctionnelles détaillées	21
2.2.1	<i>Identification Terminal</i>	21
2.2.2	<i>Spécifications de la Phase Traitement de retour visite « Données bénéficiaires »</i>	25
2.2.2.1	<i>Déchargement bénéficiaires</i>	26
2.2.2.2	<i>Stockage des données bénéficiaires</i>	26
2.2.2.3	<i>Effacement données TLA</i>	26
2.2.2.4	<i>Traitement des données bénéficiaires</i>	27
2.2.3	<i>Spécifications de la Phase Traitement de retour visite « FSE TLA »</i>	28
2.2.3.1	<i>Déchargement FSE Terminal non chiffrée</i>	29
2.2.3.2	<i>Stockage provisoire FSE Terminal non chiffrée</i>	29
2.2.3.3	<i>Déchargement FSE Terminal</i>	29
2.2.3.4	<i>Stockage provisoire FSE Terminal</i>	29
2.2.3.5	<i>Effacement données TLA</i>	30
2.2.3.6	<i>Traduction FSE</i>	30
2.2.3.7	<i>Stockage FSE Terminal</i>	30
2.2.4	<i>Spécifications de la Phase Traitement de préparation visite</i>	32
2.2.4.1	<i>Sélection des patients à facturer (à titre indicatif)</i>	32
2.2.4.2	<i>Formater Factures (fonction existante)</i>	33
2.2.4.3	<i>Stockage provisoire Factures</i>	33
2.2.5	<i>Spécifications de la Phase Chargement</i>	34
2.2.5.1	<i>Identification Terminal</i>	34
2.2.5.2	<i>Sélection des factures à charger</i>	35
2.2.5.3	<i>Chargement Factures Poste de Travail</i>	35
2.2.6	<i>Spécifications de la Phase Traitement de retour visite « Factures PdT »</i>	37
2.2.6.1	<i>Déchargement Factures Poste de Travail</i>	38
2.2.6.2	<i>Stockage Factures Poste de Travail</i>	39
2.2.6.3	<i>Effacement données TLA</i>	39
2.2.6.4	<i>Rapprochement Factures Poste de Travail</i>	39
2.2.7	<i>Gestion de configuration du parc de TLA</i>	42
2.2.7.1	<i>Attribution des tranches de N° de FSE</i>	42
2.2.7.2	<i>Chargement multi-application</i>	42
3	Les fonctions des Services SESAM-Vitale spécifiques au TLA	43
3.1	La fonction « Formater Factures »	43
3.2	La fonction « Chargement Factures PdT »	44

3.3	La fonction « Déchargement Factures Poste de Travail »	46
3.4	La fonction « Déchargement des FSE Terminal »	48
3.5	La fonction « Déchargement des FSE Terminal non chiffrées »	49
3.6	La fonction « Traduire FSE »	50
3.6.1	Description de la Zone d'échanges Feuille de soins	51
3.7	La fonction « Déchargement bénéficiaires »	54
3.8	La fonction « Effacement données TLA »	58
3.9	La fonction « Chargement données »	59
3.10	La fonction « Chargement application »	60
3.11	La fonction « Identification terminal »	61
3.12	La fonction « Sécuriser Facture »	63
4	Lexique	65

1 Préambule

Cette annexe est optionnelle et ne peut être mise en œuvre qu'à partir d'un progiciel agréé conformément au Cahier des Charges 1.40.

A ce titre, elle rend applicable l'ensemble des fonctionnalités décrites dans le CdC 1.40.

1.1 Présentation générale

Définition

Ce document désigne sous le terme « Terminal Lecteur Applicatif » ou TLA un dispositif portable ayant la particularité de fournir deux modes de fonctionnement (un mode connecté à un Poste de Travail, un mode déconnecté dans lequel le dispositif est entièrement autonome).

Les fonctionnalités de ce type de dispositif sont spécifiées dans le référentiel d'homologation « Référentiel Terminal Lecteur ».

Ce type de matériel est particulièrement destiné aux Professionnels de Santé déjà équipés de Postes de Travail qui souhaitent réaliser des factures électroniques au domicile de leur patient.

La caractéristique principale d'un TLA est de pouvoir être utilisé au cabinet médical comme un lecteur fixe (mono ou multi-application) et de remplir parfaitement les fonctionnalités spécifiées dans le Cahier des Charges SESAM-Vitale ou lors des visites (en mode déconnecté) avec les fonctionnalités adaptées à la pratique du Professionnel de Santé.

L'annexe 1 bis TLA destinée aux éditeurs de progiciels de santé a pour objet de spécifier les traitements à mettre en œuvre par le Poste de Travail du Professionnel de Santé pour charger dans le TLA des données à utiliser par le Professionnel de Santé lors de ses visites ou décharger du TLA les données mémorisées par le Professionnel de Santé au cours de ses visites.

Les schémas de fonctionnement ci-dessous expliquent la répartition des traitements entre le cabinet du Professionnel de Santé et le domicile du patient pour réaliser la facturation soit d'actes en série soit d'acte isolé.

Dans le cas d'une visite ponctuelle (dit acte isolé), le Professionnel de Santé se déplace au domicile du patient sans connaître les actes à pratiquer. Il réalise la facturation au domicile du patient puis décharge les Factures réalisées sur son Poste de Travail au cabinet.

Dans le cas d'actes en série ou de dispensation par le pharmacien ou le fournisseur pour un patient dont la carte Vitale a été lue dans une visite antérieure, le Professionnel de Santé se déplace au domicile du patient en ayant préparé la (les)factures, la(les) sécurise en présence des cartes Vitale et Professionnel de Santé au domicile du patient puis décharge les factures sécurisées sur son Poste de Travail au cabinet.

Selon le même principe, dans le cadre de la désynchronisation des signatures entre le Professionnel de Santé et le patient, un Professionnel de Santé **A** peut également charger des factures préparées par un confrère **B** pour un patient commun. En visite, la (les) factures du Professionnel **A** sont sécurisées en mode SESAM-Vitale alors que la(les) factures du Professionnel **B** sont partiellement sécurisées. Au retour de visite, le Professionnel de Santé **B** peut sécuriser à son tour les factures qui le concernent.

1.2 Les évolutions fonctionnelles et organisationnelles 1.40

1.2.1 Le chargement de DRE en plus des FSE pour signature en visite

Un Poste de Travail 1.40 autorise les Professionnels de Santé à réaliser des Demandes de Remboursement (DRE) à destination des organismes complémentaires.

Dans un mode de fonctionnement 1.40 (PdT et TLA), le Poste de Travail peut préparer trois types de facture (une FSE seule, une association FSE+DRE, une DRE seule).

Dans le cas où une association (FSE+DRE) est en attente de chargement, les deux flux FSE et DRE doivent obligatoirement être chargés dans la même opération sur le même TLA.

En phase de sélection des factures à charger dans un TLA, le logiciel ne doit proposer que les factures qui peuvent être effectivement chargées dans le TLA identifié :

- FSE seule, FSE+DRE, DRE seule pour un TLA 1.40.

1.2.2 La désynchronisation des signatures (avec signature CPS en mode connecté)

En version 1.31 du Cahier des Charges, la désynchronisation des signatures était réalisée entièrement sur le TLA en mode déconnecté. La version 1.40 propose une cinématique plus souple qui facilite le partage d'un TLA par plusieurs Professionnels de Santé.

Phase de chargement et sécurisation

1. un Professionnel de Santé nommé A sélectionne et charge les Factures qui le concernent ainsi que les factures préparées par ses confrères B et C pour les patients de sa tournée.
2. Son TLA contient lors de son départ en visite plusieurs factures pour un patient nommé X.
3. Le Professionnel de Santé A visite Monsieur X et signe en mode SESAM-Vitale sa propre facture, son TLA lui propose de signer en mode désynchronisé la facture du Professionnel de Santé B et la facture du Professionnel de Santé C qui concernent également ce patient X.
4. Lors de son retour au cabinet, le Professionnel de Santé A peut décharger ses factures entièrement sécurisées qui sont stockées en attente de mise en lot. Son logiciel lui propose aussi de décharger les factures partiellement sécurisées des Professionnel de Santé B et C qui sont stockées en attente de sécurisation CPS. Ainsi le TLA vidé de son contenu est disponible pour un autre Professionnel de Santé.
5. Les Professionnels de Santé B et C peuvent sécuriser avec leur CPS les factures partiellement sécurisées par le Professionnel de Santé A dès qu'ils le souhaitent (avant le lancement de la mise en lot, le logiciel doit signaler au Professionnel de Santé que des factures sont en attente de sécurisation par CPS). Cette dernière opération est éventuellement réalisable avec un simple Terminal Lecteur de facturation ne possédant pas d'application TLA.

1.2.3 Le remplaçant en visite

En version 1.40, le Professionnel de Santé remplacé identifie son remplaçant sur le Poste de Travail et sur le TLA.

Une fois que le Poste de Travail est en mode remplacement, le Professionnel de Santé remplaçant peut effectuer les mêmes opérations de Chargement et de Déchargement que le Professionnel de Santé titulaire en mode normal.

1.2.4 Gestion des Factures créées en visite

Création des factures en visite

Seule une FSE peut être créée en visite chez le patient. La DRE ne peut être créée que sur le PdT lors de la phase de préparation de visite tel que décrit dans le § 1.2.1 ci-dessus.

Initialisation de la plage de No de FSE TLA à partir du Poste de Travail

Les API SSV offrent un service de chargement de données qui permet au progiciel de santé d'initialiser si nécessaire une plage de No de FSE TLA. Le progiciel gère ainsi la cohérence des tranches de No attribuées à chaque TLA identifié dans la base de configuration.

1.3 Les évolutions techniques

1.3.1 Le chiffrement et la sécurisation des factures

L'évolution de la fonction de chiffrement et de sécurisation permet d'améliorer les temps de chargement et de déchargement des factures Poste de Travail ainsi que les temps de sécurisation en visite. Cette évolution nécessite l'ajout d'un traitement par le progiciel de santé entre le chargement et le déchargement des factures.

Lors du chargement de factures PdT, les API SSV restituent une image temporaire pour chaque facture. Cette image doit être mémorisée sur le Poste de Travail jusqu'au déchargement et ne doit pas écraser la facture fournie lors de la préparation de visite.

Lors du déchargement des factures PdT, les API SSV attendent en paramètre d'entrée les « images temporaires » stockées lors du chargement. Ensuite, la fonction de déchargement restitue une facture définitive totalement ou partiellement sécurisée selon le cas qui peut alors remplacer l'image mémorisée lors du chargement.

2 Présentation des échanges Poste de Travail - TLA

2.1 Spécifications fonctionnelles générales

2.1.1 Déclaration du TLA sur le Poste de Travail

Une phase préliminaire à toute utilisation doit être faite par le Professionnel de Santé qui consiste à connecter le TLA au Poste de Travail de manière à déclarer celui-ci au progiciel de santé.

Le progiciel doit tenir à jour une base de configuration des TLA gérés par le Poste de Travail avec pour objectif principal de :

- Pouvoir attribuer des plages distinctes de numérotation de FSE pour chacun des TLA identifiés et ainsi éviter le risque de création de doublons de FSE sur les différents TLA dont les FSE sont déchargées sur le même Poste de Travail (cette opération n'a pas lieu d'être pour les TLA « réduits », c'est à dire qui ne créent pas de FSE en visite) ;

Cette phase est décrite au chapitre 2.2.7 Gestion de configuration du parc de TLA.

2.1.2 Schémas de fonctionnement

Préparation de visite

Etape 1



Le Professionnel de Santé A sélectionne les patients pour lesquels il souhaite clôturer des Factures

Le Poste de Travail prépare les factures demandées grâce à la fonction "**Formater FACTURES**" des API SESAM-Vitale

Etape 2



Le Professionnel de Santé B sélectionne les patients pour lesquels il souhaite clôturer des factures

Le Poste de Travail prépare les factures demandées grâce à la fonction "**Formater FACTURES**" des API SESAM-Vitale

Etape 3



Le Professionnel de Santé B sélectionne ses factures à charger dans son TLA

Le Professionnel de Santé B sélectionne les factures du professionnel A à charger dans son TLA

TLA



Le Poste de Travail charge dans le TLA les factures sélectionnées grâce à la fonction "**Chargement Factures PdT**" des API SESAM-Vitale



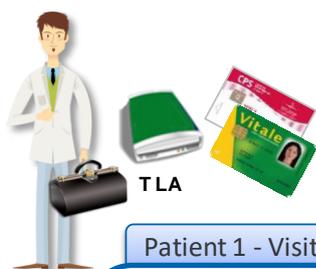
Factures Poste de Travail



TLA



NB : la CPS est présente pour chacune de ces opérations.



En visite

Patient 1 - Visite unique

Les actes à pratiquer sur le patient sont réalisés lors de la visite

1. Le PS introduit la carte Vitale de son patient dans le TLA
2. Il saisit l'ensemble des données nécessaires à la réalisation de la FSE
3. Après validation de sa saisie, le TLA sécurise la FSE, la stocke et mémorise les données de la carte Vitale du patient
4. Si le TLA dispose d'une imprimante, le PS édite une quittance si nécessaire

Patient 2 – 1^{ère} visite d'une série

Les actes à pratiquer sur le patient sont les premiers d'une série

1. Le PS introduit la carte Vitale de son patient dans le TLA
2. Il saisit les données du contexte de facturation nécessaires à la réalisation de la Facture à son cabinet
3. Le TLA mémorise les données de la carte Vitale du patient ainsi que les données du contexte de facturation

Patient 3 – En cours d'une série

Les données de la carte Vitale du patient ont évolué au cours de la série

1. Le PS introduit la carte Vitale de son patient dans le TLA
2. Il mémorise dans le TLA les données de la carte Vitale du patient

Patient 4 – En fin de série

La visite est la dernière de la série d'actes à pratiquer sur le patient

1. Le PS introduit la carte Vitale du patient dans le TLA
2. Le TLS détecte la(les) Facture(s) chargée(s) pour ce patient et demande confirmation de la sécurisation
3. Le TLA sécurise la (les) Facture(s) soit en mode SEAM-Vitale soit en mode désynchronisé

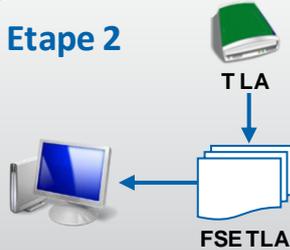
Retour de visite(s)

Etape 1



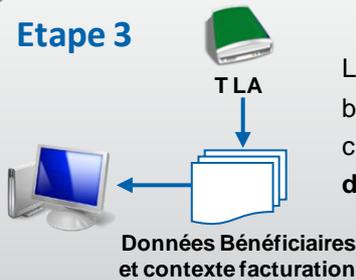
1. Un PS ou la secrétaire reconnecte le TLA au Poste de travail
2. Il introduit sa Carte de Professionnel de Santé (CPS, CPE...) et saisit son code porteur
3. Puis lance la procédure de retour visite après avoir indiqué l'identification du PS pour lequel il désire effectuer ce traitement

Etape 2



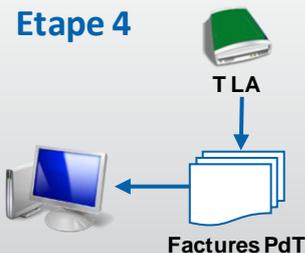
Le Poste de Travail gère le transfert des FSE TLA sécurisées et des FSE TLA non chiffrées au cours des visites grâce aux fonctions "**Déchargement FSE Terminal**" et "**Déchargement FSE Terminal non chiffrée**" des API SESAM-Vitale

Etape 3



Le Poste de Travail gère le transfert des données bénéficiaires (et contexte de facturation) mémorisées au cours des visites grâce à la fonction "**Déchargement des données Bénéficiaires**" des API SESAM-Vitale

Etape 4



Le Poste de Travail gère le transfert des factures PdT sécurisées au cours de visites grâce à la fonction "**Déchargement factures PdT**" des API SESAM-Vitale

2.1.3 Principe de fonctionnement

Les familles de Professionnels de Santé concernées sont :

- les prescripteurs (généralistes, spécialistes ou sage-femme) à l'exception des spécialités citées ci-dessous :
 - 06 : Radiologie
 - 18 : Stomatologie
 - 19 : chirurgien dentiste
 - 36 : dentiste spécialiste
 - 37 : Anato-mo-Cyto-Pathologie
 - 38 : Médecin biologiste
 - 44 : Chirurgie maxillo-faciale
 - 45 : Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
 - 69 : Chirurgie orale
 - 74 : Oncologie radiothérapique
 - 76 : Radiothérapie
 - 78 : Génétique médicale
- les auxiliaires médicaux
- les pharmaciens
- les centres de santé
- les fournisseurs

Les fonctions offertes par un TLA sont identiques pour les prescripteurs, les auxiliaires médicaux et les centres de santé. Un TLA destiné aux Pharmaciens ou aux Fournisseurs ne gère pas la création sur le TLA de FSE en visite.

Les fonctions sont les suivantes :

- acquisition des données de la carte Vitale (éventuellement, le stockage) ;
- acquisition des données du contexte de facturation (pour la gestion des actes en série) ;
- la création et la sécurisation d'une Facture en présence des cartes Vitale et Professionnel de Santé ;
- l'édition d'une quittance (en option) ;
- l'édition d'un bon d'examen (en option) ;
- le transfert, du TLA vers le Poste de Travail, des données bénéficiaires ;
- le transfert, du TLA vers le Poste de Travail, de FSE créées et sécurisées en visite, complétée de FSE créées et non chiffrées en visite permettant d'obtenir les données consultables par le PS (notamment pour les données détaillées de la CCAM qui sont chiffrées sur la FSE sécurisée)
- le chargement, du Poste de Travail vers le TLA, de factures à sécuriser dans le TLA ;
- la sécurisation de factures préchargées ;

- le transfert, du TLA vers le Poste de Travail, de factures préchargées sécurisées.

Par contre, les progiciels de santé adaptent leur traitement à la pratique des Professionnels de Santé.

Ainsi, pour la famille des prescripteurs, on distingue deux types de progiciels :

- ceux couvrant la catégorie des sages-femmes (et gérant les séries d'actes) ;
- ceux ne couvrant pas la catégorie des sages-femmes (ne gérant pas les séries d'actes).

Pour les Professionnels de Santé ne facturant qu'au domicile du patient, le progiciel doit gérer :

- la récupération des données bénéficiaires lues sur les cartes Vitale ;
- la récupération des feuilles de soins sécurisées créées en visite sur le TLA, complétée des feuilles de soins créées et non chiffrées en visite permettant d'obtenir les données consultables par le PS (notamment pour les données détaillées de la CCAM qui sont chiffrées sur la FSE sécurisée).

Pour les Professionnels de Santé facturant au domicile du patient ou préparant leurs FSE à leur cabinet (auxiliaires médicaux et sages-femmes), le progiciel doit gérer :

- le chargement dans le TLA des factures à sécuriser ;
- la récupération des données bénéficiaires lues sur les cartes Vitale en visite ;
- la récupération des feuilles de soins créées et sécurisées en visite sur le TLA ;
- la récupération des factures préchargées et sécurisées sur le TLA en visite,

Pour les Professionnels de Santé ne réalisant pas de FSE au domicile du patient mais préparant leurs factures à l'officine (pharmacien) ou à la structure (Fournisseur), le progiciel doit gérer :

- le chargement dans le TLA des factures « Pdt » à sécuriser ;
- la récupération des données bénéficiaires lues sur les cartes Vitale en visite ;
- la récupération des factures préchargées et sécurisées sur le TLA en visite.

Afin de normaliser les échanges entre les progiciels de Professionnels de Santé et les différents Terminaux du marché, le GIE SESAM Vitale a développé des fonctions spécifiques dans le module des Services SESAM Vitale.

Les éditeurs de progiciels trouveront dans ce document le descriptif des traitements à mettre en œuvre ainsi que le mode d'utilisation des fonctions SSV mises à leur disposition.

Les fonctions décrites permettent l'utilisation conjointe d'un terminal par plusieurs Professionnels de Santé (cas des cabinets).

De ce fait, l'accès à l'ensemble des données liées aux opérations du Professionnel de Santé nécessite l'identification de la situation de facturation pour laquelle le Professionnel de Santé a effectué les actes concernés.

Cependant, les fonctionnalités du TLA ne permettent pas à un même Professionnel de Santé qui utiliserait deux Postes de Travail indépendants de charger en même temps des données de chacun des deux postes. En effet, le TLA ne sait pas distinguer les données propres à chaque poste lors du déchargement.

L'accès aux données du terminal est sécurisé par la présence d'une Carte Professionnel de Santé valide et accessible (c'est-à-dire dont le code porteur a été présenté au moins une fois depuis sa dernière mise sous tension).

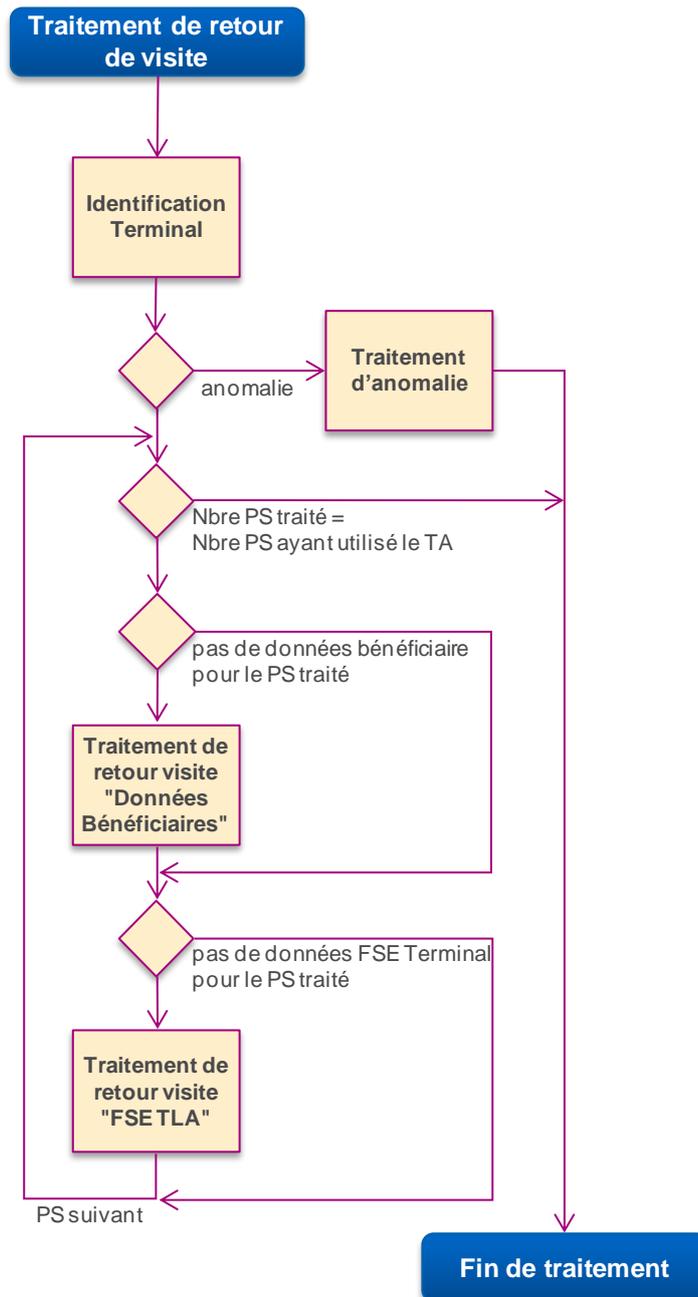
La CPS présente dans le terminal au moment de l'appel d'une des fonctions sollicitées peut contenir un identifiant de facturation distinct de celui du Professionnel de Santé pour lequel la fonction est invoquée.

Cela permet, dans le cas d'un cabinet médical que la préparation des visites ou le traitement des retours visite puissent être effectués par une personne habilitée distincte des Professionnels de Santé pour lesquels les opérations sont effectuées.

2.1.4 Présentation fonctionnelle générale pour Professionnel de Santé facturant à domicile

La phase de retour visite dans le cas des Professionnels de Santé facturant à domicile consiste, à partir des données restituées par la fonction « Identification Terminal », à décharger les données mémorisées en cours de visite. Le déchargement est toujours sécurisé par la présence d'une CPx valide et accessible.

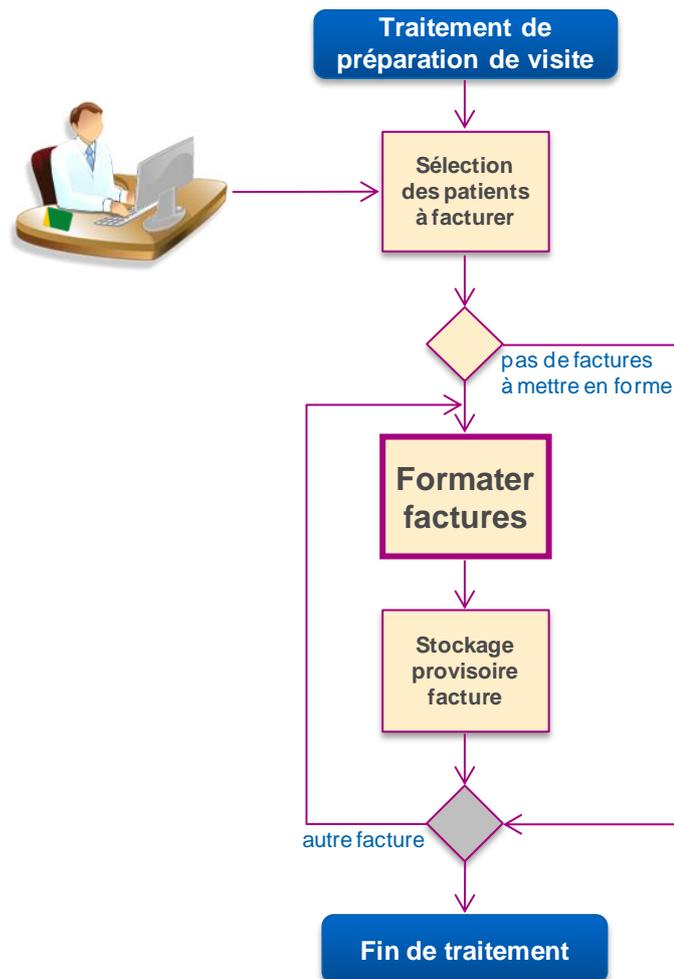
2.1.4.1 Phase Traitement de retour visite



2.1.5 Présentation fonctionnelle générale pour Professionnel de Santé facturant à domicile ou préparant les Factures au cabinet

2.1.5.1 Phase Traitement de préparation visite

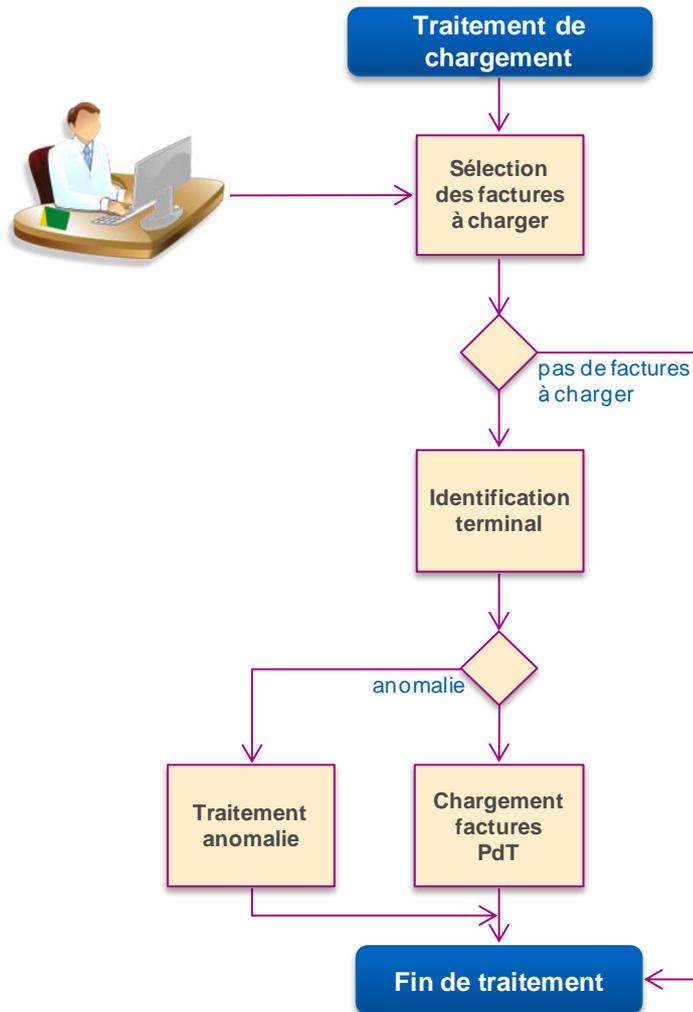
Dans certains cas (actes en série, dispensation de médicament pour un patient connu) la(les) factures est (sont) préparées sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé, chargée(s) dans le TLA qui la(les) sécurise lors de la prochaine visite au patient. La phase de préparation visite permet au Professionnel de Santé de choisir les patients pour lesquels il veut préparer les factures en vue de leur chargement.



2.1.5.2 Phase Chargement pour visite

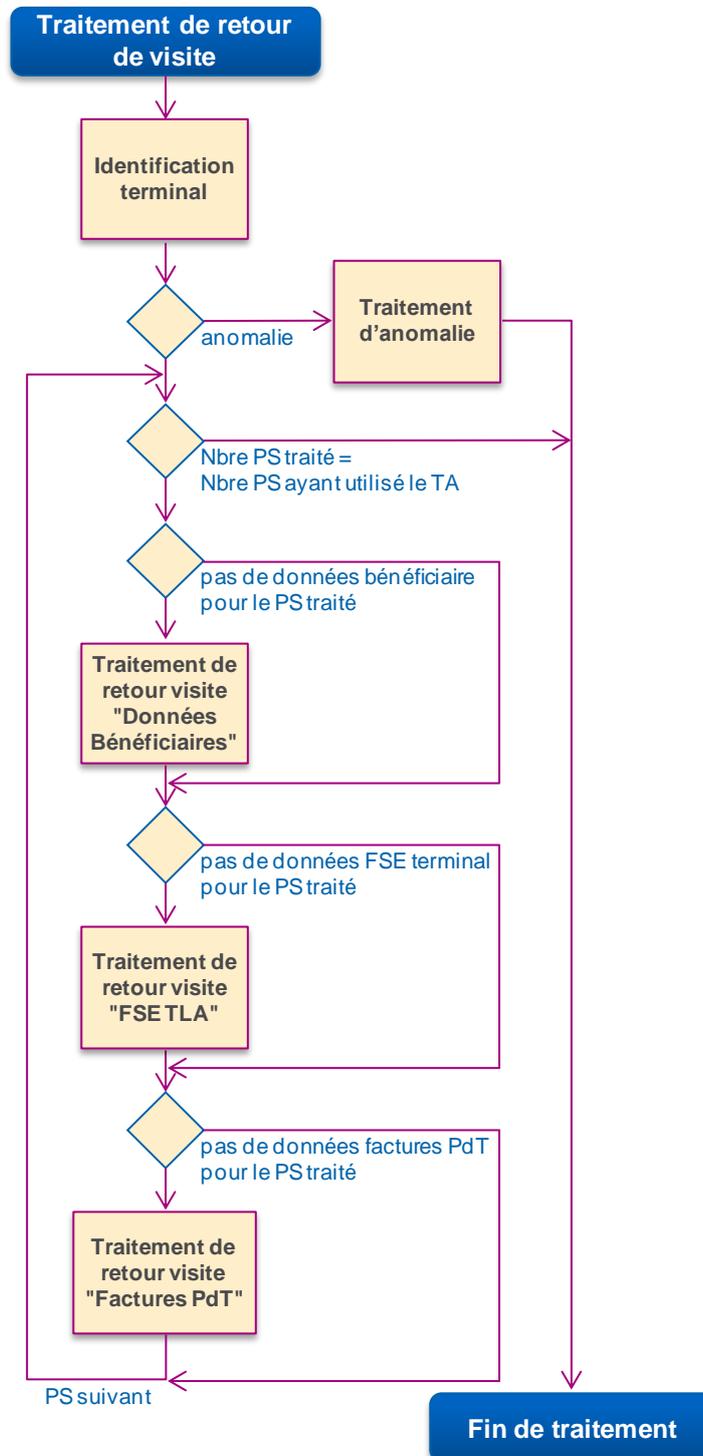
Lors du chargement, le logiciel doit proposer la liste des factures en attente de chargement. Seules les factures compatibles avec le TLA connecté seront sélectionnables. Lorsque la fonction « Formater Factures » restitue deux flux (FSE + DRE), ceux-ci doivent obligatoirement être chargés en même temps dans le même TLA pour être sécurisés en visite.

Un Professionnel de Santé peut choisir de charger des factures préparées par un confrère. Celles-ci seront sécurisées en mode désynchronisé en visite.



2.1.5.3 Phase Traitement de retour visite

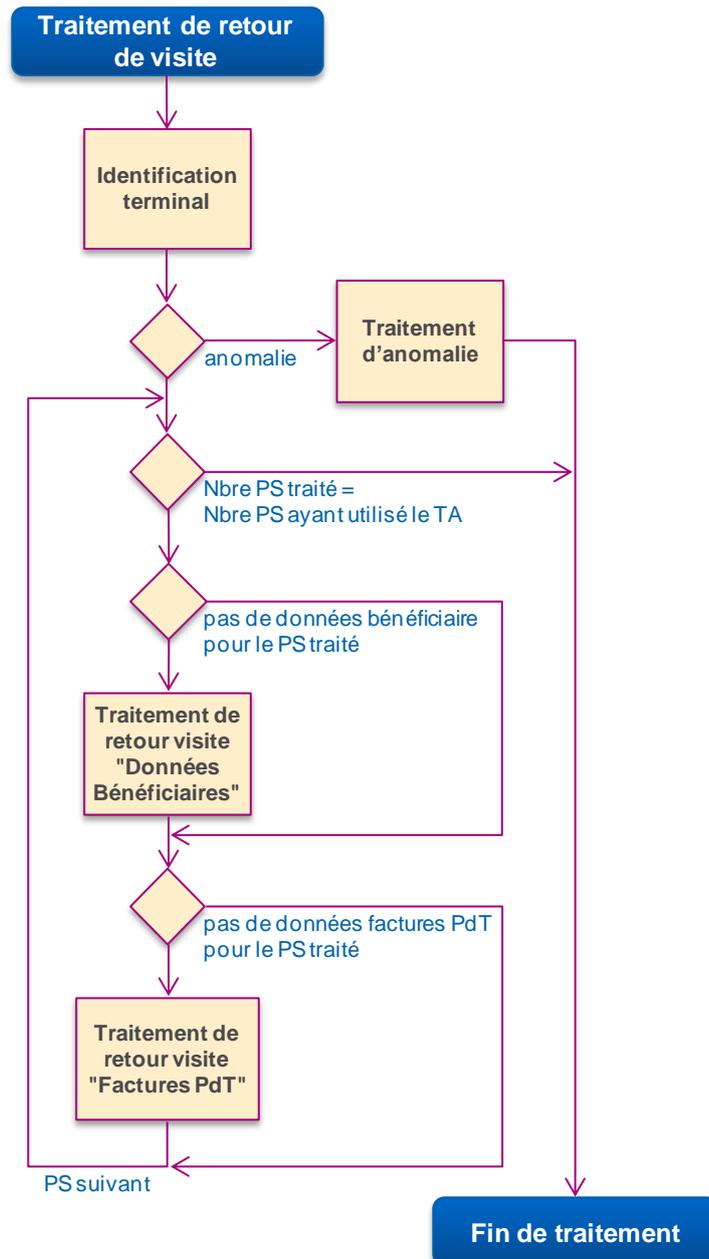
Dans le traitement de retour visite des progiciels de Professionnels de Santé préparant certaines factures au cabinet, le Poste de Travail décharge non seulement les données mémorisées en cours de visite mais aussi les factures qui avait préalablement été chargées et que le Professionnel de Santé a sécurisé lors de ses visites.



2.1.6 Présentation fonctionnelle générale pour Professionnel de Santé préparant les Factures à l'officine ou dans la structure (Fournisseurs)

2.1.6.1 Phase Traitement de retour visite

Dans le traitement de retour visite des progiciels de Professionnels de Santé préparant les factures à l'officine ou à la structure (Fournisseurs), le Poste de Travail décharge les données bénéficiaires mémorisées en cours de visite et les factures qui avait préalablement été chargées et que le Professionnel de Santé a sécurisées lors de ses visites.



2.2 Spécifications fonctionnelles détaillées

2.2.1 Identification Terminal

Effectué préalablement à toute opération de chargement ou de déchargement du Terminal à chaque fois que celui-ci est connecté au Poste de Travail, le traitement d'*Identification Terminal* nécessite en premier lieu l'appel de la fonction *Identifier TLA* des API SSV.

L'appel de la fonction « *Identifier TLA* » permet tout d'abord au progiciel du Poste de Travail de s'assurer qu'il communique bien avec un Terminal Lecteur Applicatif opérationnel et non avec un lecteur ne contenant que les ordres de facturation en mode connecté.

Le progiciel peut ensuite traiter les données restituées par la fonction décrites ci-dessous :

L'identification logiciel Terminal correspond à la version du Cahier des Charges sur laquelle s'appuie le logiciel Terminal (en l'occurrence 1.40) et permet au logiciel Poste de Travail de s'assurer de sa compatibilité avec le format des échanges et les fonctions assurées. Le **numéro de version du logiciel terminal lecteur applicatif** est nécessaire au Poste de Travail pour gérer le chargement d'une nouvelle version.

Le **numéro de série du terminal lecteur applicatif** indique le numéro de série affecté au terminal.

L'identification des fonctions assurées indique au Poste de Travail s'il est en phase en termes de fonctionnalités avec le matériel connecté (TLA prescripteurs, TLA auxiliaires médicaux, TLA prescripteurs et auxiliaires médicaux, TLA pharmaciens ou Fournisseurs, TLA « réduit »).

La **Plage des N° de FSE Terminal** indique les trois premiers chiffres des N° de FSE générées par le terminal lors de la facturation en visite (cf. 2.5.6).

Afin de vérifier si le TLA a déjà été utilisé sur le PdT ou bien si celui-ci est un nouveau TLA inconnu du progiciel, celui-ci doit d'abord effectuer les traitements préliminaires relatifs à la gestion de configuration du parc de TLA et mettre à jour une base de configuration des TLA destinée à mémoriser les caractéristiques de l'ensemble des TLA gérés par le Poste de Travail (cas d'un Professionnel de Santé seul) ou par les Postes de Travail gérés en réseau par le même progiciel (cas des structures où plusieurs Professionnel de Santé peuvent exercer simultanément). Cet aspect est décrit plus précisément au § 2.2.7.1 (Attribution des tranches de n° de FSE).

Si le TLA est déjà identifié dans la base de configuration et que la plage des n° de FSE correspondant à ce TLA dans la base de configuration est la même que celle restituée par la fonction « *Identifier TLA* », le progiciel peut traiter les autres données décrites restituées par la fonction et continuer le processus. Au cas où le TLA n'est pas identifié dans la base de configuration ou bien si la plage des n° de FSE est différente de celle enregistrée dans la base de configuration, il convient d'effectuer les opérations suivantes :

Cas de figure	Traitement
<p>Plage des n° de FSE non initialisée dans le TLA.</p>	<p>Le progiciel doit indiquer au Professionnel de Santé que le TLA n'est pas initialisé et lui proposer une plage de n° FSE non affectée (ou au minimum la liste des plages de n° déjà affectées qu'il ne peut pas utiliser pour ce TLA). Le Professionnel de Santé doit pouvoir choisir entre une modification manuelle au setup du TLA ou le chargement automatique d'une nouvelle valeur proposée par le progiciel. Après validation par le Professionnel de Santé (et, le cas échéant, le chargement de la plage de n° FSE dans le TLA, cf. § 2.2.7.1), le progiciel doit invoquer l'ordre d'identification TLA pour valider et mémoriser dans la base de configuration le n° de série et la plage des n° FSE affectée réellement à ce TLA. Si une plage était déjà enregistrée dans la base de configuration pour ce TLA, cette plage peut faire partie des plages possibles à initialiser dans le TLA ; l'enregistrement relatif à ce TLA dans la base de configuration est alors mis à jour.</p>
<p>Plage des n° de FSE non initialisée dans le TLA</p> <p>Plage existante dans la base de configuration pour ce TLA</p>	<p>Le progiciel doit indiquer au Professionnel de Santé que le TLA n'est pas initialisé et lui proposer la plage de n° FSE déjà prévue dans la base pour ce TLA (ou au minimum la liste des plages de n° déjà affectées qu'il ne peut pas utiliser pour ce TLA). Le Professionnel de Santé doit pouvoir choisir entre une modification manuelle au setup du TLA ou le chargement automatique d'une nouvelle valeur proposée par le progiciel. Après validation par le Professionnel de Santé (et, le cas échéant, le chargement de la plage de n° FSE dans le TLA, cf. § 2.2.7.1), le progiciel doit invoquer l'ordre d'identification TLA pour valider et mémoriser dans la base de configuration le n° de série et la plage des n° FSE affectée réellement à ce TLA.</p>
<p>Plage des n° FSE du TLA initialisée à une valeur différente de celle enregistrée dans la base de configuration pour ce TLA</p> <p>Plage non affectée à un autre TLA</p>	<p>Le progiciel doit avertir le Professionnel de Santé que ce TLA avait déjà une plage de n° FSE affectée différente et lui dire quelle valeur lui était attribuée. Si la plage des n° FSE du TLA est différente de toutes celles enregistrées pour l'ensemble des TLA gérés par le progiciel, ce dernier laisse le choix au Professionnel de Santé de garder la valeur existante dans le TLA et de mettre à jour l'enregistrement correspondant à ce TLA dans la base de configuration ou bien de lui affecter la valeur enregistrée dans la base de configuration (toujours selon les 2 modes possibles : modification manuelle au setup ou chargement automatique, cf. § 2.2.7.1)</p>

Cas de figure	Traitement
<p>Plage des n° FSE du TLA initialisée à une valeur différente de celle enregistrée dans la base de configuration pour ce TLA</p> <p>Plage déjà affectée à un autre TLA</p>	<p>Le progiciel doit demander au Professionnel de Santé de modifier obligatoirement la plage des n° FSE du TLA, soit en choisissant une plage libre proposée soit en lui laissant le soin d'en choisir une différente de celles existant dans la base de configuration des TLA (toujours selon les 2 modes possibles : modification manuelle au setup ou chargement automatique, cf. § 2.2.7.1). Il n'est pas possible de choisir pour ce TLA la plage qui est déjà utilisée pour un autre TLA (sauf si les FSE de cet ancien TLA ont été liquidées, c'est à dire transmises et acceptées par l'Assurance Maladie depuis plus d'un mois) car cela signifierait la création de FSE en doublon</p>
<p>Plage des n° de FSE du TLA initialisée à une valeur inexistante dans la base de configuration</p>	<p>Le progiciel doit indiquer au Professionnel de Santé que la plage des n° de FSE n'est pas enregistrée dans la base de configuration, qu'elle n'est pas en conflit avec les autres plages enregistrées pour les autres TLA et lui proposer d'enregistrer automatiquement cette plage dans la base de configuration pour ce TLA. Le Professionnel de Santé pourra éventuellement choisir d'enregistrer une autre plage à condition qu'elle soit différente de celles enregistrées dans la base de configuration pour les autres TLA (toujours selon les 2 modes possibles : modification manuelle au setup ou chargement automatique, cf. § 2.2.7.1).</p>

Après la phase de contrôle de configuration, le progiciel peut traiter les données restituées par la fonction « *Identifier TLA* » pour connaître l'utilisation qui a été faite du Terminal Lecteur Applicatif et en déduire les traitements à effectuer, entre autres, le nombre de Professionnels de Santé ayant utilisé le terminal en visite.

Lorsque cette information est à zéro, le progiciel n'a aucun traitement à effectuer.

Pour chaque situation de facturation de Professionnel de Santé connue du terminal, la fonction indique :

- **l'identification de facturation du Professionnel de Santé**
- **le nombre de données bénéficiaires stockées pour le Professionnel de Santé**
- **le nombre de FSE Terminal stockées pour le Professionnel de Santé (remarque : il y aura autant de FSE Terminal non chiffrée que de FSE Terminal sécurisée)**
- **le nombre de FSE Poste de Travail stockées pour le Professionnel de Santé**
- **le nombre de FSE Poste de Travail sécurisées par le Professionnel de Santé**
- **le nombre de FSE Poste de Travail partiellement sécurisées par le Professionnel de Santé**

- **le nombre de DRE Poste de Travail stockées par le Professionnel de Santé**
- **le nombre de DRE Poste de Travail sécurisées par le Professionnel de Santé**
- **le nombre de DRE Poste de Travail partiellement sécurisées par le Professionnel de Santé**



Remarque :

Le progiciel peut faire un parallèle entre la liste des Professionnels de Santé identifiés au niveau du Poste de Travail et la liste des Professionnels de Santé ayant utilisé le Terminal pour sélectionner les Professionnels de Santé intervenant dans le traitement de retour visite.

De cette façon, nous pouvons avoir plusieurs Professionnels de Santé qui disposent :

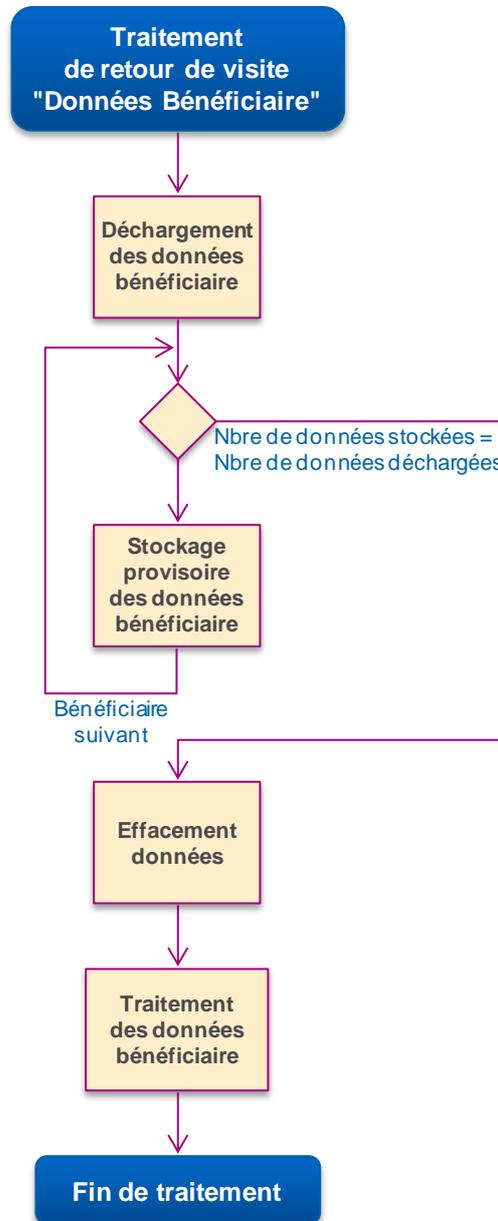
- soit de leur propre Poste de Travail et d'un seul terminal. Chaque Poste de Travail traitera les données du Professionnel de Santé qu'il a identifié ;
- soit d'un seul Poste de Travail et de plusieurs terminaux. Le Poste de Travail traitera les données en fonction du Professionnel de Santé et de chaque terminal.



Rappel :

Deux Postes de Travail indépendants pour un même Professionnel de Santé ne peuvent utiliser en même temps les services d'un TLA.

2.2.2 Spécifications de la Phase Traitement de retour visite « Données bénéficiaires »



2.2.2.1 Déchargement bénéficiaires

Le traitement de *déchargement des données bénéficiaires* comprend :

- l'appel de la fonction de déchargement des données bénéficiaires des API SSV.

Les paramètres à renseigner sont :

- **N° d'identification de facturation du PS** pour lequel les données doivent être déchargées.
- **Code porteur** (le logiciel Poste de Travail peut passer le code porteur en paramètre pour que la fonction « décharger bénéficiaires » rende la Carte PS accessible si cela n'a pas déjà été fait). Il s'agit du code porteur de la CPS présente dans le coupleur du terminal au moment de l'appel de la fonction (CPS qui peut être différente de celle du Professionnel de Santé concerné).
- le traitement des messages d'anomalies.

2.2.2.2 Stockage des données bénéficiaires

Le traitement de *stockage des données bénéficiaires* consiste à sauvegarder sur le Poste de Travail les données restituées par la fonction « déchargement » pour permettre l'effacement de ces données dans le TLA.

2.2.2.3 Effacement données TLA

Le logiciel du Poste de Travail est seul maître de l'effacement des données du Terminal Lecteur Applicatif. C'est à lui de s'assurer que les données déchargées par le TLA ont bien été traitées et stockées avant de demander leur suppression (qui est définitive).

Le traitement de la fonction *Effacement données TLA* comprend :

- l'appel de la fonction Effacement des données TLA des API SSV.

Les paramètres à renseigner sont :

- **N° d'identification de facturation du PS** pour lequel les données doivent être effacées.
- **Code porteur** (le logiciel Poste de Travail peut passer le code porteur en paramètre pour que la fonction « Effacement données » rende la Carte PS accessible si cela n'a pas déjà été fait).
- **Type de données à effacer.** Dans ce cas, le type de données à effacer correspondra aux données bénéficiaires.
- le traitement des messages d'anomalies.



(NB : il est conseillé pour éviter les erreurs de manipulations que cette fonction ne soit pas déclenchée manuellement par le Professionnel de Santé).

2.2.2.4 Traitement des données bénéficiaires

Le traitement des *données bénéficiaires* consiste à enrichir la base des données Patients du Professionnel de Santé ou à mettre les données bénéficiaires à jour si celles-ci existent déjà.

Un bénéficiaire peut être identifié par les trois données ci-dessous :

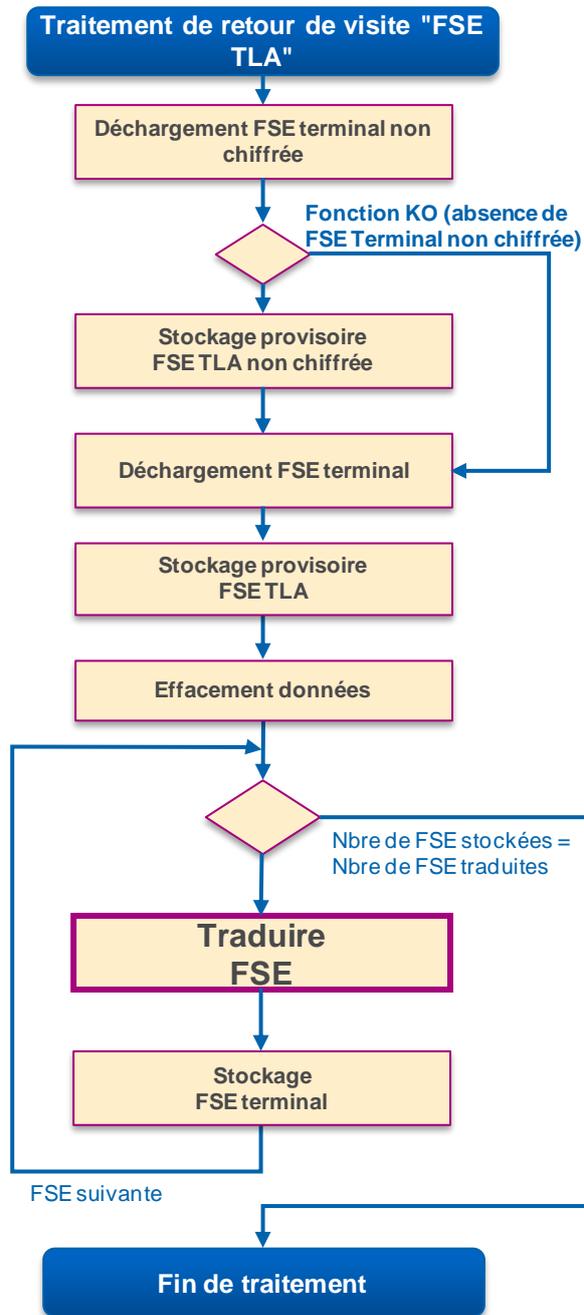
- son **Numéro d'Inscription au Registre** (ou n° national d'immatriculation) ;
- sa date de naissance ;
- son rang gémellaire.

Dans le cas où la situation du bénéficiaire aurait évolué par rapport aux informations contenues dans la base de données du Professionnel de Santé, le progiciel de santé doit être capable, dans le cas où des « actes en série » seraient en cours, de mettre à jour la base de données patients à partir des données bénéficiaires lues sur le TLA, et de modifier s'il y a lieu les modalités de tarification de la Facture en cours selon l'annexe 2 du CdC 1.40.

Dans le cas où les données bénéficiaires sont accompagnées d'un contexte de facturation (initialisation d'une série d'actes), le progiciel doit être au minimum capable de restituer ces données au Professionnel de Santé (afin de faciliter la saisie de sa Facture).

Pour les progiciels ne gérant pas de base patient, les données bénéficiaire font l'objet au minimum d'un affichage écran pour permettre au Professionnel de Santé d'établir sa Facture ultérieurement.

2.2.3 Spécifications de la Phase Traitement de retour visite « FSE TLA »



Ce schéma exprime de façon fonctionnelle le mode d'utilisation des fonctions des API SSV et n'impose pas la conception du traitement effectué par le progiciel de santé.

2.2.3.1 Déchargement FSE Terminal non chiffrée

Le traitement de la fonction *déchargement FSE Terminal non chiffrée* comprend :

- l'appel de la fonction déchargement FSE Terminal non chiffrée des API SSV.

Les paramètres à renseigner sont :

- **N° d'identification de facturation du PS** pour lequel les données doivent être déchargées.
- **Code porteur** (le logiciel Poste de Travail peut passer le code porteur en paramètre pour que la fonction « déchargement des données bénéficiaires » rende la Carte PS accessible si cela n'a pas déjà été fait) Il s'agit du code porteur de la CPS présente dans le coupleur du terminal au moment de l'appel de la fonction (CPS qui peut être différente de celle du Professionnel de Santé concerné).

Les paramètres restitués sont :

- **ensemble des FSE TLA non chiffrée, c'est-à-dire créées sur le TLA depuis le dernier déchargement pour le Professionnel de Santé identifié.**
- le traitement des messages d'anomalies.

2.2.3.2 Stockage provisoire FSE Terminal non chiffrée

Le traitement de *stockage FSE Terminal non chiffrée* consiste à sauvegarder sur le Poste de Travail les données restituées par la fonction « déchargement FSE Terminal non chiffrée ».

2.2.3.3 Déchargement FSE Terminal

Le traitement de la fonction *déchargement FSE Terminal* comprend :

- l'appel de la fonction déchargement FSE Terminal des API SSV.

Les paramètres à renseigner sont :

- **N° d'identification de facturation du PS** pour lequel les données doivent être déchargées.
- **Code porteur** (le logiciel Poste de Travail peut passer le code porteur en paramètre pour que la fonction « déchargement des données bénéficiaires » rende la Carte PS accessible si cela n'a pas déjà été fait) Il s'agit du code porteur de la CPS présente dans le coupleur du terminal au moment de l'appel de la fonction (CPS qui peut être différente de celle du Professionnel de Santé concerné).

Les paramètres restitués sont :

- **ensemble des FSE TLA, c'est-à-dire créées sur le TLA depuis le dernier déchargement pour le Professionnel de Santé identifié.**
- le traitement des messages d'anomalies.

2.2.3.4 Stockage provisoire FSE Terminal

Le traitement de *stockage FSE Terminal* consiste à sauvegarder sur le Poste de Travail les données restituées par la fonction « déchargement » pour permettre l'effacement de ces données dans le TLA.

2.2.3.5 Effacement données TLA

Le progiciel de santé est seul maître de l'effacement des données du Terminal Lecteur Applicatif. C'est à lui de s'assurer que les données déchargées du TLA ont bien été traitées et stockées avant de demander leur suppression (qui est définitive).

Le traitement de la fonction *Effacement données TLA* comprend :

- l'appel de la fonction Effacement données TLA des API SSV.

Les paramètres à renseigner sont :

- **N° d'identification de facturation du PS** pour lequel les données doivent être effacées.
- **Code porteur** (le logiciel Poste de Travail peut passer le code porteur en paramètre pour que la fonction « déchargement des données bénéficiaires » rende la Carte PS accessible si cela n'a pas déjà été fait) Il s'agit du code porteur de la CPS présente dans le coupleur du terminal au moment de l'appel de la fonction (CPS qui peut être différente de celle du Professionnel de Santé concerné).
- **Type de données à effacer.** Dans ce cas, le type de données à effacer correspondra aux FSE Terminal et aux FSE Terminal non chiffrées.
- le traitement des messages d'anomalies.



(NB : il est conseillé pour éviter les erreurs de manipulations que cette fonction ne soit pas déclenchée manuellement par le Professionnel de Santé).

2.2.3.6 Traduction FSE

Le traitement de *Traduction FSE* comprend :

Pour chaque FSE Terminal déchargée :

- L'accès à la table des organismes destinataires pour déterminer l'organisme destinataire. Celui-ci doit être passé en paramètre à la fonction « Traduire FSE » ;
- l'appel de la fonction « Traduire FSE » des API SSV associant la FSE TLA non chiffrée à la FSE TLA sécurisée;
- le traitement des messages d'anomalie.

Si un problème est rencontré lors de la traduction d'une FSE TLA, celle-ci ne pourra être transmise à l'Assurance Maladie. Le progiciel de santé doit signaler au Professionnel de Santé toute anomalie et conserver la FSE TLA pour analyse.

2.2.3.7 Stockage FSE Terminal

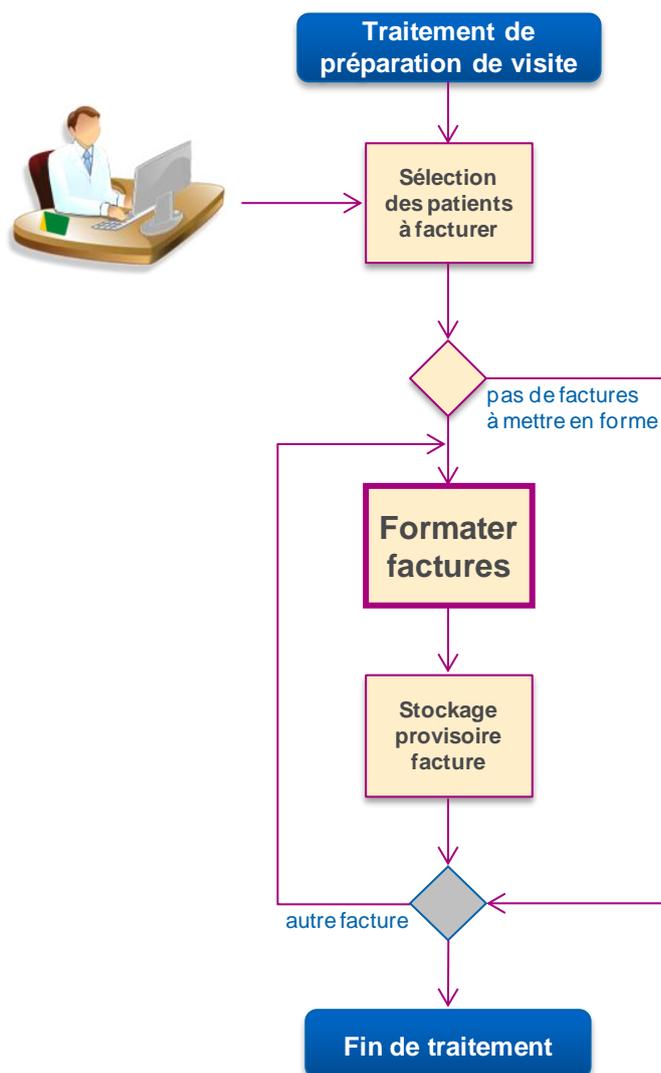
Le traitement de *stockage FSE Terminal* consiste à sauvegarder la FSE sécurisée et son critère de regroupement en lot dans l'état « feuille de soins sécurisée en attente de mise en lot ».

La feuille de soins au format « groupe de données » est reconstituée pour maintenir la cohérence avec les données Poste de Travail.

Dans le cas où une *FSE Terminal non chiffrée* existe, La feuille de soins au format « groupe de données » sera renseignée avec les données non chiffrées de la FSE Terminal non chiffrée.

Ces données sont nécessaires au Poste de Travail pour imprimer un duplicata de la FSE terminal en cas de problème de transmission ou d'ARL négatif. (voir traitement des lots de FSE Terminal par un logiciel Poste de Travail).

2.2.4 Spécifications de la Phase Traitement de préparation visite



2.2.4.1 Sélection des patients à facturer (à titre indicatif)

Le traitement de *Sélection des patients à facturer* proposera au Professionnel de Santé :

- la liste des patients à visiter pour lesquels le traitement s'achève pendant la période choisie ;
- la liste des patients à visiter pendant la période choisie (en indiquant les données nécessaires au Professionnel de Santé pour décider une facturation intermédiaire).

Le Professionnel de Santé sélectionne les patients pour lesquels il veut clôturer une période et précharger la(les) facture(s) (la facture préparée inclut l'acte réalisé lors de la visite qui donnera lieu à sécurisation).

La date de facturation inscrite dans la(les) Facture(s) ne doit pas être la date de préparation de la Facture mais la date de « visite » prévue par le Professionnel de Santé, la facture n'étant complète que lors de la sécurisation.

Ce traitement n'est indiqué que pour exemple. Celui-ci peut se résumer à une simple saisie du Professionnel de Santé des Factures à précharger (cas de logiciels « Poste de Travail » ne gérant pas la planification des visites).

2.2.4.2 Formater Factures (fonction existante)

Le traitement de *Formater Factures* comprend :

- le contrôle de la base de configuration pour activer ou désactiver la création de DRE.

Puis pour chaque facture à charger :

- la phase de contrôle de l'application de la réglementation ;
- la phase de tarification ;
- l'appel de la fonction Formater Facture des API SSV.



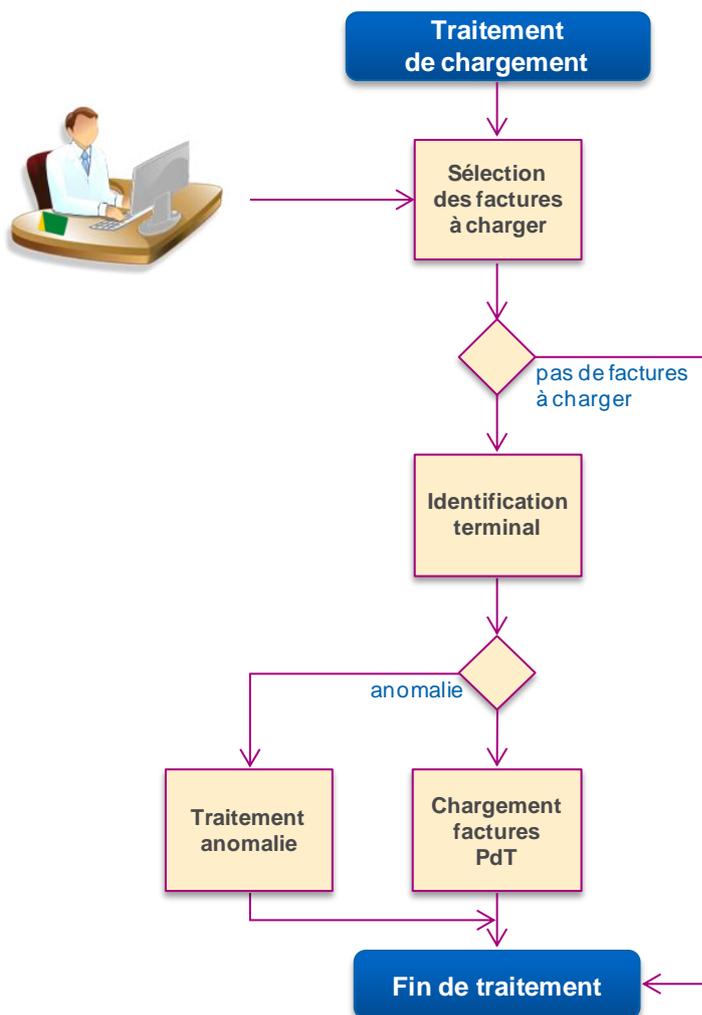
Particularité : le paramètre « mode de sécurisation » prend la valeur « en visite ». Le CRL (ou complément Facture PdT) restitué dans ce cas doit être transmis à la fonction « chargement Factures PdT » et ne permet pas de mettre la Facture en lot.

Lorsque la fonction restitue une FSE et une DRE, celles-ci forment une association facture indissociable. Les deux factures seront chargées en même temps, sécurisées en visite en même temps, déchargées au retour de visite en même temps.

2.2.4.3 Stockage provisoire Factures

Le traitement de *stockage provisoire Factures* consiste à sauvegarder la(les)factures et leur(s) complément(s) Facture PdT dans l'état « factures à charger pour sécurisation ».

2.2.5 Spécifications de la Phase Chargement



2.2.5.1 Identification Terminal

Le traitement d'*Identification Terminal*, effectué avant de charger le terminal comprend :

- l'appel de la fonction Identification Terminal des API SSV ;
- le traitement des données de sortie.

Dans le cas du chargement, le Poste de Travail s'assure que le TLA ne gère pas une version de Cahier des Charges supérieure à la sienne.

Le progiciel de santé vérifie que le TLA est bien connu du Poste de Travail.

Dans le cas où des factures PdT seraient déjà chargées dans le TLA, le Professionnel de Santé doit être alerté et doit confirmer sa demande.



Remarque :

Charger dans un TLA des factures FdT provenant de différents Postes de Travail indépendants poserait un problème lors du déchargement (voir déchargement Factures PdT).

2.2.5.2 Sélection des factures à charger

Le traitement de *Sélection des factures à charger* proposera au Professionnel de Santé la liste des factures en attente de chargement (une association de factures FSE+DRE correspond à une ligne sélectionnable). Si plusieurs Professionnels de Santé sont connus dans la base des Professionnels de Santé, le progiciel propose une sélection par PS. Ainsi un PS A peut sélectionner des factures préparées par un Professionnel de Santé B (ce principe s'applique dans le cadre d'un remplacement).

2.2.5.3 Chargement Factures Poste de Travail

Le traitement de *chargement Factures Poste de Travail* comprend :

- l'appel de la fonction Chargement Factures Poste de Travail des API SSV.
Les paramètres à renseigner sont :
 - **N° d'identification de facturation du PS** pour lequel les données doivent être chargées.
 - Pour chaque Facture à charger :
 - **Complément FSE PdT** : complément d'information restitué par la fonction « Formater Factures » dans le champ CRL ;
 - **FSE formatée** : feuille de soins (formatée à la Norme Assurance Maladie) à sécuriser.
 - Pour chaque DRE à charger :
 - **Complément DRE PdT** : complément d'information restitué par la fonction « Formater Factures » dans le champ CRL ;
 - **DRE formatée** : demande de remboursement électronique à sécuriser.

Les paramètres restitués sont :

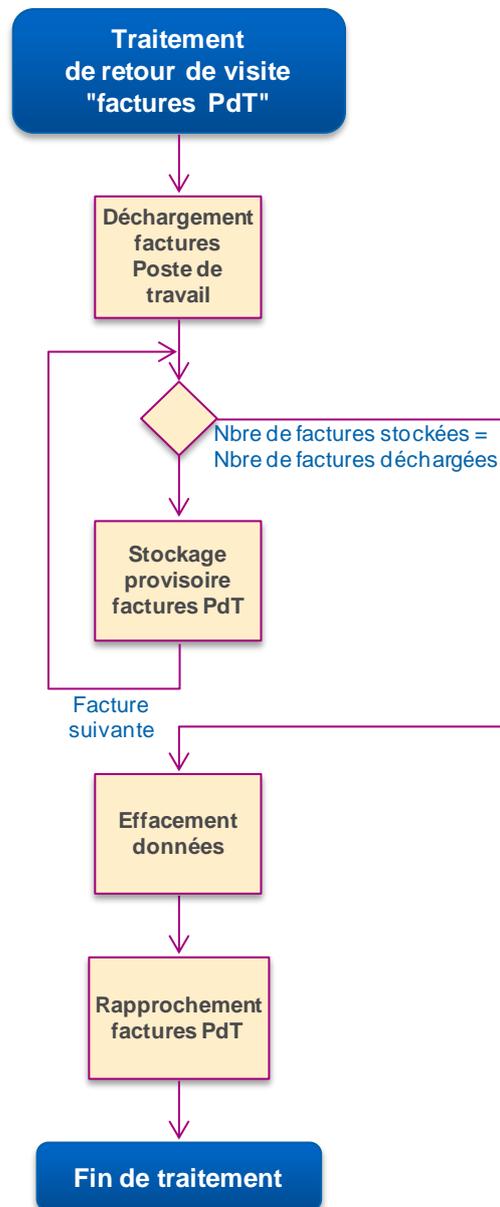
 - Pour chaque FSE chargée :
 - **Complément FSE PdT** : complément d'information restitué par la fonction ;
 - **Image FSE chargée** : image provisoire de la FSE chargée.
 - Pour chaque DRE chargée :
 - **Complément DRE PdT** : complément d'information restitué par la fonction ;
 - **image DRE chargée** : image provisoire de la demande de remboursement électronique chargée.
 - le traitement des messages d'anomalies.
 - Dans le cas où le chargement s'est correctement terminé, le Poste de Travail doit stocker pour chaque facture l'image provisoire restituée par la fonction « Charger Factures PdT ». Cette image ne doit pas écraser le flux à charger restitué par la fonction « Formater Factures ».



Remarque :

Le Poste de Travail doit mémoriser le N° de série du TLA dans lequel la Facture PdT a été chargée. Lorsqu'une Facture PdT a été correctement chargée dans un TLA, elle passe dans l'état « Facture en attente de déchargement » et ne peut être chargée une deuxième fois.

2.2.6 Spécifications de la Phase Traitement de retour visite « Factures PdT »



2.2.6.1 Déchargement Factures Poste de Travail

Une fois le TLA et le Professionnel de Santé identifié (dans le cadre d'un remplacement, le Professionnel de Santé identifié peut être un Professionnel de Santé titulaire ou un Professionnel de Santé remplaçant), le logiciel du Poste de Travail recherche dans la base des factures les factures en attente de déchargement pour le Professionnel de Santé et le TLA identifiés et récupère l'image provisoire de la facture chargée ainsi que le complément facture récupérés lors du chargement.

Le traitement de *déchargement Factures Poste de Travail* comprend :

- l'appel de la fonction déchargement Factures Poste de Travail des API SSV.

Les paramètres à renseigner sont :

- **N° d'identification de facturation du PS** pour lequel les données doivent être déchargées.
- **Code porteur** (le logiciel Poste de Travail peut passer le code porteur en paramètre pour que la fonction « déchargement FSE PdT » rende la Carte PS accessible si cela n'a pas déjà été fait) Il s'agit du code porteur de la CPS présente dans le coupleur du terminal au moment de l'appel de la fonction (CPS qui peut être différente de celle du Professionnel de Santé concerné).
- Pour chaque FSE chargée :
 - **Complément FSE PdT** : complément d'information restitué par la fonction ;
 - **Image FSE chargée** : image provisoire de la FSE chargée.
- Pour chaque DRE chargée :
 - **Complément DRE PdT** : complément d'information restitué par la fonction ;
 - **Image DRE chargée** : image provisoire de la demande de remboursement électronique chargée.

Les paramètres restitués sont :

- Pour chaque FSE totalement sécurisée :
 - **CRL FSE** : CRL nécessaire à la mise en lot ;
 - **FSE sécurisée** : FSE sécurisée (prête à être mise en lot).
- Pour chaque FSE partiellement sécurisée :
 - **Complément FSE désynchro** : Complément nécessaire à la fonction « Sécuriser Facture » ;
 - **FSE partiellement sécurisée** : FSE sécurisée avec Vitale (doit être sécurisée avec CPS).
- Pour chaque DRE totalement sécurisée :
 - **CRL DRE** : CRL nécessaire à la mise en lot ;
 - **DRE sécurisée** : DRE sécurisée (prête à être mise en lot).
- Pour chaque DRE partiellement sécurisée :
 - **Complément DRE désynchro** : Complément nécessaire à la fonction « Sécuriser Facture » ;

- **DRE partiellement sécurisée** : DRE sécurisée avec Vitale (doit être sécurisée avec CPS).
- le traitement des messages d'anomalies.

2.2.6.2 Stockage Factures Poste de Travail

Le traitement de *stockage Factures Poste de Travail* consiste à sauvegarder sur le Poste de Travail les données restituées par la fonction « déchargement » pour permettre l'effacement de ces données dans le TLA.

2.2.6.3 Effacement données TLA

Le progiciel est seul maître de l'effacement des données du Terminal Lecteur Applicatif. C'est à lui de s'assurer que les données déchargées par le TLA ont bien été traitées et stockées avant de demander leur suppression (qui est définitive).

Le traitement de la fonction *Effacement données TLA* comprend :

- l'appel de la fonction Effacement données TLA des API SSV.
Les paramètres à renseigner sont :
 - **N° d'identification de facturation du PS** pour lequel les données doivent être effacées ;
 - **Code porteur** (le logiciel Poste de Travail peut passer le code porteur en paramètre pour que la fonction « déchargement FSE PdT » rende la Carte PS accessible si cela n'a pas déjà été fait) Il s'agit du code porteur de la CPS présente dans le coupleur du terminal au moment de l'appel de la fonction (CPS qui peut être différente de celle du Professionnel de Santé concerné) ;
 - **Type de données à effacer**. Dans ce cas, le type de données à effacer correspondra aux Factures PdT.
- le traitement des messages d'anomalies.



(NB : il est conseillé pour éviter les erreurs de manipulations que cette fonction ne puisse pas être déclenchée manuellement par le Professionnel de Santé).

2.2.6.4 Rapprochement Factures Poste de Travail

Ce traitement des *factures Poste de Travail* consiste à rapprocher les factures PdT chargées dans le TLA (identifié par la fonction Identification Terminal) en attente de sécurisation et les factures PdT totalement ou partiellement sécurisées déchargées du TLA.

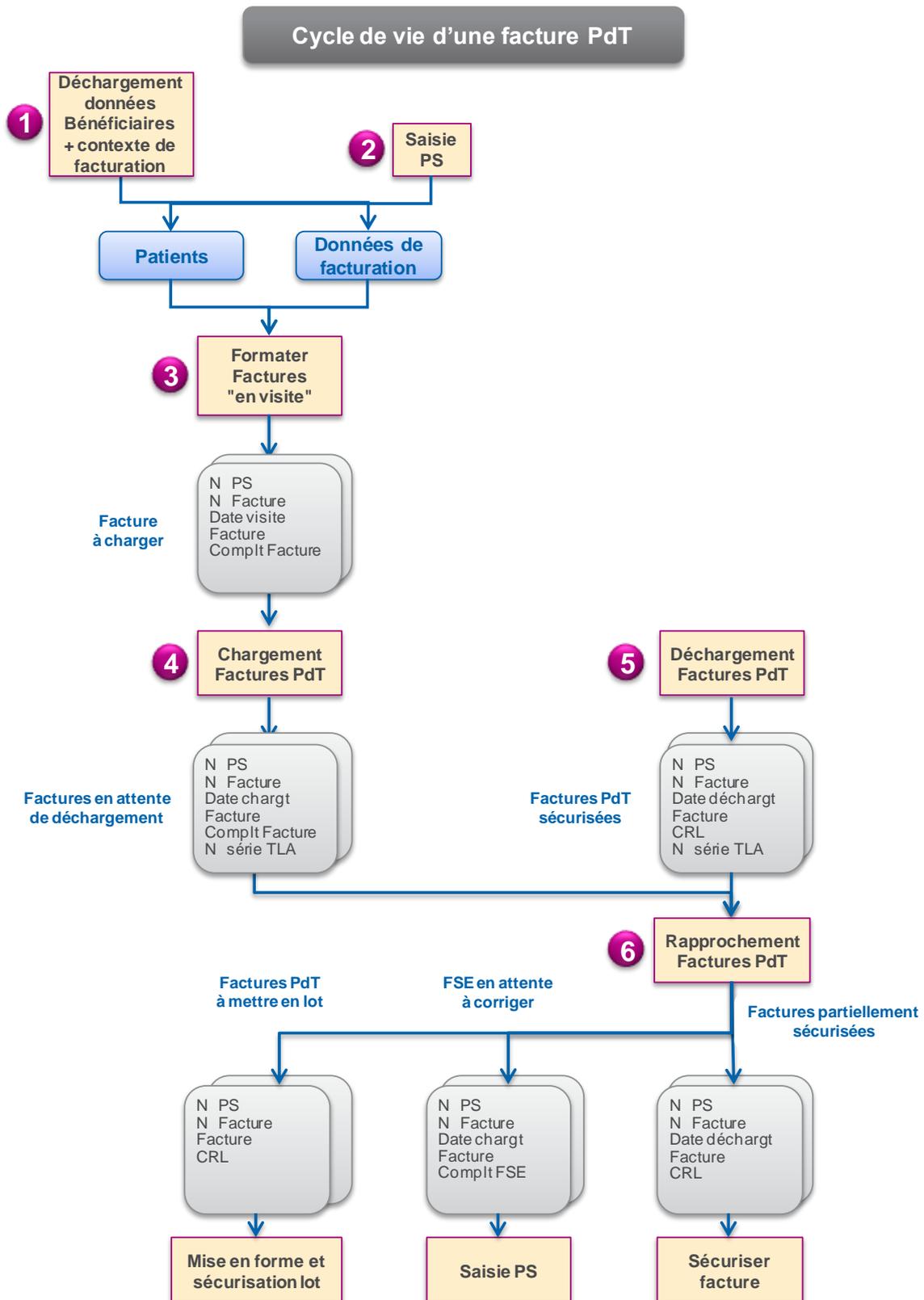
Plusieurs cas sont à gérer :

- La Facture totalement sécurisée déchargée correspond à une Facture en attente de déchargement.
Le progiciel peut sauvegarder la Facture totalement sécurisée ainsi que son critère de regroupement en lot en lieu et place de la Facture non sécurisée dans l'état « **Facture à mettre en lot** ». L'image provisoire de la facture chargée devient alors inutile. Elle peut être supprimée.
- La Facture partiellement sécurisée déchargée correspond à une Facture en attente de déchargement.

Le progiciel peut sauvegarder la Facture partiellement sécurisée ainsi que son complément facture désynchro en lieu et place de la Facture non sécurisée dans l'état « **Facture à sécuriser par CPS** ». L'image provisoire de la facture chargée devient alors inutile. Elle peut être supprimée.

- La Facture en attente de sécurisation ne correspond à aucune Facture sécurisée déchargée.

Le Professionnel de Santé n'a pu visiter son patient. La Facture PdT passe dans l'état « **Facture en attente à corriger** » (le N° de série du TLA dans lequel elle avait été chargée n'a plus lieu d'être associé à cette FSE). La Facture redevient disponible pour un nouveau chargement. Elle doit être signalée au Professionnel de Santé qui la corrigera en vue d'une visite ultérieure. L'image provisoire de la facture chargée devient alors inutile. Elle peut être supprimée.



L'objet de ce schéma est d'indiquer quelles fonctions (représentées par des carrés) contribuent à faire évoluer l'état d'une Facture PdT. Les données sont représentées par des carrés grisés à bord arrondis.

2.2.7 Gestion de configuration du parc de TLA

2.2.7.1 Attribution des tranches de N° de FSE

Pour éviter le conflit de double numérotation entre les FSE créées sur le Poste de Travail et les FSE créées sur le Terminal (cf. § 2.2.1 Identification Terminal), les logiciels de Professionnels de Santé doivent réserver une plage de numéros de FSE pour les terminaux. Par convention, le Poste de Travail utilisera la plage 000xxxxxx. Chaque terminal connecté au Poste de Travail se voit attribué (par configuration) une plage parmi l'intervalle suivant [001xxxxxx ; 999xxxxxx].

Plus généralement, tous les dispositifs qui créent des FSE susceptibles d'être reliés entre-eux dans un cabinet de groupe doivent avoir chacun une plage de numéros de FSE distincte des autres. Cela est vrai aussi pour plusieurs PdT reliés en réseau, ceux-ci pouvant être utilisés indépendamment par n'importe quel Professionnel de Santé, et notamment :

- un même Professionnel de Santé peut utiliser plusieurs PdT ;
- plusieurs Professionnel de Santé peuvent utiliser le même PdT.

Dans ce cas, un seul PdT doit avoir la plage 000 de numéros de FSE, les autres se voyant attribuer une plage distincte de la même façon que pour les TLA.



Remarque :

Un TLA ne peut être opérationnel « en visite » que si la fonction « Identification terminal » a été appelée au moins une fois en mode connecté.

2.2.7.2 Chargement multi-application

Le logiciel Poste de Travail doit permettre (grâce à la fonction chargement application) de charger dans le TLA une application du domaine de la santé dont l'en-tête est donné par le fournisseur d'applications embarquées dans le TLA.

3 Les fonctions des Services SESAM-Vitale spécifiques au TLA

Ce chapitre décrit les fonctions des Services SESAM-Vitale assurant les échanges avec un Terminal Lecteur Applicatif :

1. La fonction « Formater Factures »
2. la fonction « Chargement Factures PdT »
3. la fonction « Déchargement de Factures PdT »
4. la fonction « Déchargement de FSE Terminal »
5. la fonction « Déchargement de FSE Terminal non chiffrée »
6. la fonction « Traduction FSE »
7. la fonction « Déchargement bénéficiaires »
8. la fonction « Effacement de données TLA »
9. la fonction « Chargement données »
10. la fonction « Chargement Application »
11. la fonction « Identification Terminal »
12. la fonction « Sécuriser Facture »

3.1 La fonction « Formater Factures »

Cf. « La création de la factures électroniques » dans les annexes 1-A et 1-A0 du Cahier des Charges 1.40 ([CDC140]).

3.2 La fonction « Chargement Factures PdT »

La fonction « **Chargement Factures PdT** » a pour objet de charger dans le Terminal Lecteur Applicatif les factures (FSE seule, FSE+DRE, DRE seule) (ex: actes en série) préparées sur le Poste de Travail en vue de leur sécurisation en visite.

Les paramètres en entrée

- **N° d'identification de facturation du PS**
N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé.
 -  Pour les factures réalisées par un remplaçant : numéro d'identification de facturation **du PS remplaçant**.
- Pour chaque FSE PdT à charger :
 - **Complément FSE PdT**
données complémentaires à la FSE nécessaires à la fonction Décharger Factures PdT pour déterminer le critère de regroupement en lot.
 - **FSE**
Feuille de Soins Electronique non sécurisée.
- Pour chaque DRE PdT à charger :
 - **Complément DRE PdT**
données complémentaires à la DRE nécessaires à la fonction Décharger Factures PdT pour déterminer le critère de regroupement en lot.
 - **DRE**
Demande de Remboursement Electronique non sécurisée.

Les paramètres en sortie

- Pour chaque FSE PdT chargée :
 - **Image FSE chargée**
Image temporaire de la FSE chargée.
 - **Complément FSE PdT**
données complémentaires à la FSE.
 - **No de FSE**
No de FSE chargée (permettant de mémoriser l'image temporaire restituée).
- Pour chaque DRE PdT chargée :
 - **Image DRE chargée**
Image temporaire de la DRE chargée.
 - **Complément DRE PdT**
données complémentaires à la FSE.
 - **No de DRE**

No de DRE chargée (permettant de mémoriser l'image temporaire restituée).

3.3 La fonction « Déchargement Factures Poste de Travail »

La fonction « **Déchargement Factures PdT** » réalise le déchargement de l'ensemble des factures Poste de Travail sécurisées depuis le dernier déchargement.

Les paramètres en entrée

- **Code porteur**
Cette information peut être fournie par le progiciel du Professionnel de Santé.
- **N° d'identification de facturation du PS**
N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé dont le Poste de Travail souhaite décharger les FSE.
 Pour les factures réalisées par un remplaçant : numéro d'identification de facturation **du PS remplaçant**.
- Pour chaque FSE PdT chargée, nous aurons :
 - **Image FSE chargée**
Image temporaire de la FSE chargée.
 - **Complément FSE PdT**
données complémentaires à la FSE.
 - **No de FSE**
No de FSE chargée (permettant d'associer l'image temporaire restituée à la FSE préparée).
- Pour chaque DRE PdT chargée, nous aurons :
 - **Image DRE chargée**
Image temporaire de la DRE chargée.
 - **Complément DRE PdT**
données complémentaires à la FSE.
 - **No de DRE**
No de DRE chargée (permettant d'associer l'image temporaire restituée à la DRE préparée).

Les paramètres en sortie

- Pour chaque FSE PdT totalement sécurisée :
 - **FSE**
Feuille de soins électronique totalement sécurisée.
 - **Critère de regroupement en lot**
critère de regroupement de la FSE pour la mise en lot.
 - **N° d'identification de facturation du PS**
N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé (dans le cadre d'un remplacement, c'est toujours le Professionnel de Santé titulaire).

- **N° de la FSE**
numéro de la FSE.
- Pour chaque FSE PdT partiellement sécurisée :
 - **FSE**
Feuille de soins électronique partiellement sécurisée.
 - **Complément FSE désynchro**
complément de la FSE nécessaire à la fonction « Sécuriser Facture ».
 - **N° d'identification de facturation du PS**
N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé (dans le cadre d'un remplacement, c'est toujours le Professionnel de Santé titulaire).
 - **N° de la FSE**
numéro de la FSE.
- Pour chaque DRE PdT totalement sécurisée :
 - **DRE**
Demande de Remboursement électronique totalement sécurisée.
 - **Critère de regroupement en lot**
critère de regroupement de la DRE pour la mise en lot.
 - **N° d'identification de facturation du PS** (dans le cadre d'un remplacement, c'est toujours le Professionnel de Santé titulaire)
N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé.
 - **N° de la DRE**
numéro de la DRE.
- Pour chaque DRE PdT partiellement sécurisée :
 - **DRE**
Demande de remboursement électronique partiellement sécurisée.
 - **Complément DRE désynchro**
complément de la FSE nécessaire à la fonction « Sécuriser Facture ».
 - **N° d'identification de facturation du PS** (dans le cadre d'un remplacement, c'est toujours le Professionnel de Santé titulaire)
N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé.
 - **N° de la FSE**
numéro de la DRE.

3.4 La fonction « Déchargement des FSE Terminal »

La fonction « **Déchargement FSE TLA** » permet de transférer sur le Poste de Travail les FSE « Acte isolé » créées et sécurisées par le Terminal Lecteur Applicatif.

Les paramètres en entrée

- **Code porteur**
Cette information peut être fournie par le progiciel du Professionnel de Santé.
- **N° d'identification de facturation du PS**
N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé pour lequel le progiciel souhaite décharger les FSE.
 Pour les factures réalisées par un remplaçant : numéro d'identification de facturation **du PS remplaçant**.

Les paramètres en sortie

- Pour chaque FSE Terminal Lecteur Applicatif :
 - **FSE**
Feuille de soins électronique sécurisée.
 - **Complément FSE TLA**
données complémentaires à la FSE nécessaires à la fonction Traduire FSE pour déterminer le critère de regroupement en lot.
 - **N° de la FSE**
numéro de la FSE (attribué par le terminal).
 - **N° d'identification de facturation du PS**
N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé.
 - **Code régime**
code régime de l'assuré.
 - **Caisse gestionnaire**
caisse gestionnaire de l'assuré.
 - **Centre gestionnaire**
centre gestionnaire de l'assuré.

3.5 La fonction « Déchargement des FSE Terminal non chiffrées »

La fonction « **Déchargement FSE TLA_NonChiffrée** » permet de transférer sur le Poste de Travail les FSE « Acte isolé », non chiffrées, créées par le Terminal Lecteur Applicatif.

Les paramètres en entrée

- **Code porteur**
Cette information peut être fournie par le progiciel du Professionnel de Santé.
- **N° d'identification de facturation du PS**
N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé pour lequel le progiciel souhaite décharger les FSE.
 Pour les factures réalisées par un remplaçant : numéro d'identification de facturation **du PS remplaçant**.

Les paramètres en sortie

- Pour chaque FSE Terminal Lecteur Applicatif :
 - **FSE**
Feuille de soins électronique non chiffrée.
 - **N° de la FSE**
numéro de la FSE (attribué par le terminal).
 - **N° d'identification de facturation du PS**
N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé.

3.6 La fonction « Traduire FSE »

La fonction « **Traduction FSE** » a pour objet de restituer, à partir de la FSE Terminal et de la FSE Terminal non chiffrée si présente (à la norme d'échange attendue par l'Assurance Maladie Obligatoire) les données constitutives de cette facture (au format « groupes de données ») tel que spécifiées en entrée de la fonction « Mise en forme et sécurisation FSE ».

Les paramètres en entrée

- **Complément FSE TLA**
données complémentaires à la FSE restituées par la fonction « décharger FSE Terminal ».
- **Organisme destinataire**
caisse destinataire de la FSE déterminée à partir des données (régime, caisse, centre).
- **FSE Terminal**
Feuille de soins électronique sécurisée.
- **FSE Terminal non chiffrée**
Feuille de soins électronique non chiffrée.
- **N° de la FSE**
numéro de la FSE (attribué par le terminal).
- **N° d'identification de facturation du PS**
N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé.

Les paramètres en sortie

- **Critère de regroupement en lots**
Cette donnée est le critère de regroupement de la feuille de soins en lots.
Information utilisée pour la fonction « *Mise en forme et sécurisation Lot* ».
- **Zone d'échanges Feuille de soins**
Voir description des groupes de données.

3.6.1 Description de la Zone d'échanges Feuille de soins

PRESCRIPTEURS gérés dans le cadre du TLA	
Médecine générale	code spécialité 01
Anesthésie Réanimation	code spécialité 02
Cardiologie	code spécialité 03
Chirurgie Générale	code spécialité 04
Dermato-Vénérologie	code spécialité 05
Gynécologie-Obstétrique	code spécialité 07
Gastro-Entéro-Hépatologie	code spécialité 08
Médecine interne	code spécialité 09
Neuro-chirurgie	code spécialité 10
Oto-rhino-laryngologie	code spécialité 11
Pédiatrie	code spécialité 12
Pneumologie	code spécialité 13
Rhumatologie	code spécialité 14
Ophthalmologie	code spécialité 15
Chirurgie Urologique	code spécialité 16
Neuro.Psychiatrie	code spécialité 17
Réanimation médicale	code spécialité 20
Sage-femme	code spécialité 21
Spécialiste en Médecine générale avec diplôme	code spécialité 22
Spécialiste en Médecine générale reconnu par l'Ordre	code spécialité 23
Rééducation -Réadaptation fonctionnelle	code spécialité 31
Neurologie	code spécialité 32
Psychiatrie	code spécialité 33
Gériatrie	code spécialité 34
Néphrologie	code spécialité 35
Chirurgie orthopédique	code spécialité 41
Endocrinologie Métabolique	code spécialité 42
Chirurgie infantile	code spécialité 43
Chirurgie Plastique et Esthétique	code spécialité 46
Chirurgie Thoracique et Cardiologie Vasculaire	code spécialité 47
Chirurgie Vasculaire	code spécialité 48
Chirurgie Viscérale et Digestive	code spécialité 49
Gynécologie Médicale	code spécialité 70
Hématologie	code spécialité 71
Médecine nucléaire	code spécialité 72
Oncologie Médicale	code spécialité 73
Psychiatrie Infantile	code spécialité 75
Obstétrique	code spécialité 77
Gynécologie obstétrique et gynécologie médicale	code spécialité 79
Santé publique et médecine sociale	code spécialité 80

→	1110	Groupe Identification Facture
→	1120	Groupe Identification Professionnel de Santé
→	1130	Groupe Identification du bénéficiaire
→	1150	Groupe Identification Remplaçant
→	121x	Groupe Prescription (groupe 1211 ou 1213 facultatif)
→	1310	Groupe Organismes AMO
→	132x	Groupe Organismes AMC
→	1410	Groupe Cadre de remboursement
→	1440	Groupe Forçage Niveau Facture
→	151x	Groupe Nature d'assurance
n	n	→ 1610 Groupe Prestation
		→ 1820 Groupe Complément de prestation Exonération du TM
		→ 1840 Groupe Complément de prestation Entente préalable
		→ 1850 Groupe Complément de prestation Renouvellement
		→ 1880 Groupe Complément de prestation Lieu d'exercice
		→ 1890 Groupe Complément de prestation Réseau ou Filière de soin
		→ 2000 Groupe Forçage AMO niveau acte
		→ 1620 Groupe Prestation IFD
		→ 1820 Groupe Complément de prestation Exonération du TM
		→ 2000 Groupe Forçage AMO niveau acte
n	n	→ 1630 Groupe Prestation IK
		→ 1820 Groupe Complément de prestation Exonération du TM
		→ 2000 Groupe Forçage AMO niveau acte
→	1910	Groupe Total Facture

AUXILIAIRES-MÉDICAUX

• Infirmier(e)	code spécialité 24
• Masseur-kinésithérapeute	code spécialité 26
• Pédiacre-podologue	code spécialité 27
• Orthophoniste	code spécialité 28
• Orthoptiste	code spécialité 29

→	1110	Groupe <i>Identification Facture</i>
→	1120	Groupe <i>Identification Professionnel de Santé</i>
→	1130	Groupe <i>Identification bénéficiaire</i>
→	121x	Groupe <i>Prescription (groupe 1211 ou 1213 obligatoire)</i>
→	1310	Groupe <i>Organismes AMO</i>
→	132x	Groupe <i>Organismes AMC</i>
→	1410	Groupe <i>Cadre de remboursement</i>
→	151x	Groupe <i>Nature d'assurance</i>
n	n	→ 1610 Groupe <i>Prestation</i>
		→ 1820 Groupe <i>Complément de prestation Exonération TM</i>
		→ 1840 Groupe <i>Complément de prestation Entente préalable</i>
		→ 1880 Groupe <i>Complément de prestation Lieu d'exercice</i>
		→ 1890 Groupe <i>Complément de prestation Réseau ou Filière de soin</i>
		→ 2000 Groupe <i>Forçage AMO niveau acte</i>
	n	→ 1620 Groupe <i>prestation IFD</i>
		→ 1820 Groupe <i>Complément de prestation Exonération du TM</i>
		→ 2000 Groupe <i>Forçage AMO niveau acte</i>
	n	→ 1630 Groupe <i>prestation IK</i>
		→ 1820 Groupe <i>Complément de prestation Exonération du TM</i>
		→ 2000 Groupe <i>Forçage AMO niveau acte</i>
→	1910	Groupe <i>Total Facture</i>

3.7 La fonction « Déchargement bénéficiaires »

La fonction « **Déchargement bénéficiaires** » a pour objet de restituer au progiciel les données Vitale de tous les patients pour lesquels le Professionnel de Santé a activé la fonction « Lecture et mémorisation des données bénéficiaires » en mode déconnecté :

- l'ensemble des informations administratives du bénéficiaire des soins ;
- la (les) période(s) pour lesquelles le bénéficiaire dispose de droits au regard de l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- la (les) période(s) pour lesquelles le bénéficiaire dispose de droits au regard de l'Assurance Maladie Complémentaire, ainsi que, et sous contrôle de la présence d'une Carte de Professionnel de Santé :
 - La (les) période(s) de codes couvertures (le code couverture associé à cette période permet de calculer le taux de remboursement lié à l'individu pour une date de référence (voir Annexe 2 dans [CDC140]) ;
- l'ensemble des informations concernant le contexte de facturation (ces données sont renseignées par le Professionnel de Santé lorsque la mémorisation des données bénéficiaires est effectuée pour une série d'actes donnée).

Les paramètres en entrée

- **Code porteur**

Cette information peut être fournie par le progiciel de santé.

- **N° d'identification de facturation du PS**

N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé pour lequel le progiciel souhaite décharger les données bénéficiaires.



Pour les bénéficiaires mémorisés en visite par un remplaçant, numéro d'identification de facturation **du PS remplaçant**.

Les paramètres en sortie

- Pour chaque bénéficiaire déchargé d'un TLA 1.40 :

Données carte Vitale et assuré

Type de carte Vitale

Numéro de série de la carte Vitale

Date de fin de validité carte Vitale

Données administration carte RUF1

Données administration carte RUF2

Données RUF administration

Type d'identification du porteur de la carte indique si le NIR est celui de l'assuré ou celui de l'ayant-droit

N° national d'immatriculation : NIR N° d'inscription au registre des personnes physiques

Clé du NIR

Code régime régime d'Assurance Maladie Obligatoire

Caisse gestionnaire caisse gestionnaire

Centre gestionnaire centre gestionnaire

Code gestion code régime de prestations

Données RUF famille

Données Service AMO Famille (0,1)

Code service AMO Famille

Date de début du service AMO famille

Date de fin du service AMO famille

Données accident du travail (0,1)

Organisme destinataire AT1

Code AT1 BDGH

Identifiant AT1

Organisme destinataire AT2

Code AT2 BDGH

Identifiant AT2

Organisme destinataire AT3

Code AT3 BDGH

Identifiant AT3

Données bénéficiaire (1, 19)

Nom usuel du bénéficiaire Nom usuel

Nom de famille Nom de famille

Prénom du bénéficiaire Prénom du bénéficiaire

Adresse ligne 2

Adresse ligne 3

Adresse ligne 4

Adresse ligne 5

Adresse ligne 6

NIR certifié

Clé du NIR certifié

Date de certification du NIR

Date de naissance du bénéficiaire Date de naissance du bénéficiaire

Rang gémellaire Numéro distinguant les jumeaux ou les triplets

Qualité

Code service AMO bénéficiaire

**Date de début du service AMO
bénéficiaire**

**Date de fin du service AMO
bénéficiaire**

Données RUF AMO bénéficiaire

Période de droits AMO (0,3)

Date de début droits AMO

Date de fin droits AMO

Période de code couverture (0,7)

Date de début code couverture

Date de fin code couverture

Code ALD

Code situation

Données mutuelle (0,1)

Identification Mutuelle

Garanties effectives

Indicateur de traitement mutuelle

Type de services associés

Services associés au contrat

Code aiguillage STS

Période de droits Mutuelle (0,3)

Date de début droits Mutuelle

Date de fin droits Mutuelle

Données complémentaires (0,1)

Numéro complémentaire B2

Numéro complémentaire EDI

Numéro d'adhérent AMC

Indicateur de traitement AMC

**Date de début de validité de présence
des données AMC**

**Date de fin de validité de présence des
données AMC**

Code de routage flux AMC

Identifiant d'hôte

Nom de domaine AMC

Code aiguillage STS

Type de services associés

Services associés au contrat

**Données RUF Bénéficiaire
Complémentaire**

Contexte de facturation

Date de lecture carte Vitale

date de référence passée à la fonction
« lecture droits Vitale »

Type Contexte de facturation

indique si nature d'assurance
« maladie », « maternité », « AT »

Données contexte de facturation

Accident droit commun

valeur « O » ou « N » (si type contexte
de facturation = « ML »)

date d'accident de droit commun	renseignée si top = « O » sinon valeur 000000000000 (si type contexte de facturation = « ML »)
date de maternité	renseignée si Type contexte de facturation = « MT »
date accident du travail	renseignée si Type contexte de facturation = « AT » et N° accident du travail non renseigné
N°accident du Travail	renseigné si Type contexte de facturation = « AT » et date accident du travail non renseignée
Zone AMC	

3.8 La fonction « Effacement données TLA »

La fonction « **Effacement données TLA** » réalise la suppression des données stockées (soit données bénéficiaires, soit FSE Poste de Travail, soit FSE TLA) dans le terminal pour le Professionnel de Santé identifié.

Les paramètres en entrée

- **Code porteur**
Cette information peut être fournie par le progiciel de santé.
- **N° d'identification de facturation du PS**
N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé pour lequel le progiciel souhaite effacer les données stockées dans le terminal.
 Pour les données mémorisées par un remplaçant, numéro d'identification de facturation **du PS remplaçant**
- **Type de la donnée à effacer**
Indique si l'effacement porte sur les données bénéficiaires ou données FSE PdT ou données FSE TLA (non chiffrées et sécurisées) (l'effacement ne porte exclusivement que sur le type de donnée indiqué sans altérer les autres données).

3.9 La fonction « Chargement données »

La fonction « **Charger Données** » a pour objet de charger des données dans le Terminal Lecteur Applicatif.

Les paramètres en entrée

- **Données TLA**
Données à charger dans le TLA.

Format des données à charger

Le format de la zone à présenter à la fonction est constitué d'un en-tête suivi des données à charger dans le TLA :

1. En-tête des données à charger

TYP1	TYP2	Données à charger
------	------	-------------------

La taille de TYP1 et TYP2 est de 1 octet chacun.

Les champs TYP1 et TYP2 définissent le type de données à charger. Le format des données à charger est ensuite libre.

Sont réservées pour le GIE SESAM-Vitale, les valeurs comprises entre : 0x0000 et 0x00FF.

TYP1 –TYP2	Type de données
0x0000	Configuration TLA
0x0001 à 0x00FF	Réservé SESAM-Vitale pour utilisation future
0x0100 à 0xFFFF	Libre (utilisable éventuellement pour des données spécifiques au type de TLA connecté)

2. Structure des données à charger

Les données à charger pour SESAM-Vitale sont au format ASN.1 codage BER (TLV : Tag / Length / Value).

La donnée décrite ci-après permet d'initialiser la plage de numéros des FSE créées par le TLA en visite (cf. 2.2.7.1 Attribution des tranches de N° de FSE).

0x00	0x00	0xA0	0x05	0x80	0x03	VAL1	VAL2	VAL3
Entête = configuration TLA (Données figées)		Type de donnée = plage de numérotation FSE (Données figées)				Valeur de la plage de numéros sur 3 octets		

3. Exemples

1. Pour la tranche de numéros 001xxxxxx, il convient de charger les données suivantes :
0x00 0x00 0xA0 0x05 0x80 0x03 0x30 0x30 0x31.
2. Pour la tranche de numéros 999xxxxxx, il convient de charger les données suivantes :
0x00 0x00 0xA0 0x05 0x80 0x03 0x39 0x39 0x39.

3.10 La fonction « **Chargement application** »

La fonction « **Chargement Application** » a pour objet de charger une application dans le Terminal Lecteur Applicatif.

Les paramètres en entrée

- **Type d'application**
type de l'application à charger.
- **N° version**
no de version du logiciel à charger.
- **Logiciel à charger**
application à charger dans le TLA.

3.11 La fonction « Identification terminal »

La fonction « **Identification Terminal** » a pour objet de restituer au progiciel de santé l'ensemble des informations permettant l'identification par le Poste de Travail du TLA spécifié en entrée dans le nom de la ressource ou de tous les TLA connectés si aucun TLA n'est spécifié en entrée.

Les paramètres en entrée

- **Nom Ressource TLA**
Permet d'identifier un TLA donné connecté au Poste de Travail.
- **N° de version CDC**
n° de version du Cahier des Charges SESAM-Vitale.

Les paramètres en sortie

- Pour chaque Terminal connecté
 - **Identification logiciel Terminal**
identification de la version du Cahier des Charges mise en œuvre par le terminal. **N° version du logiciel lecteur**
N° de version du logiciel Lecteur.
 - **N° de série Terminal**
n° de série du Terminal Lecteur Applicatif.
 - **Identification des fonctions du Terminal**
identification du type de fonctions mises en œuvre par le terminal (TLA prescripteurs, TLA auxiliaires médicaux, TLA réduit, etc.).
 - **Plage des N° de FSE Terminal**
Plage des numéros de FSE (trois premiers caractères) utilisée par le Terminal Lecteur Applicatif lors de la création des FSE en visite.
 - **Nombre de Professionnels de Santé**
nombre de Professionnels de Santé ayant stocké des données dans le Terminal.
 - Pour chaque PS ayant stocké des informations
 - **Identification de facturation PS**
Identifiant de facturation du Professionnel de Santé pour l'Assurance Maladie.
 - **Nombre de Bénéficiaires**
nombre de bénéficiaires stockés pour le Professionnel de Santé dans le terminal.
 - **Nombre de FSE Terminal**
nombre de FSE Terminal créées par le Professionnel de Santé dans le terminal.
 - **Nombre de FSE Poste de Travail**

nombre de FSE Poste de Travail stockées pour le Professionnel de Santé dans le terminal (sécurisées ou en attente de sécurisation).

– **Nombre de FSE Poste de Travail sécurisées**

nombre de FSE Poste de Travail sécurisées par le Professionnel de Santé.

– **Nombre de FSE Poste de Travail partiellement sécurisées**

nombre de FSE Poste de Travail partiellement sécurisées par le Professionnel de Santé.

– **Nombre de DRE Terminal**

zone réservée pour utilisation future.

– **Nombre de DRE Poste de Travail**

nombre de DRE Poste de Travail stockées pour le Professionnel de Santé dans le terminal (sécurisées ou en attente de sécurisation).

– **Nombre de DRE Poste de Travail sécurisées**

nombre de DRE Poste de Travail sécurisées par le Professionnel de Santé.

– **Nombre de DRE Poste de Travail partiellement sécurisées**

nombre de DRE Poste de Travail partiellement sécurisées par le Professionnel de Santé.

3.12 La fonction « Sécuriser Facture »

La fonction « SSV_Sécuriser Facture » permet de sécuriser par une carte CPS une facture préalablement et partiellement sécurisée dans un TLA en visite.

Les paramètres en entrée

Si Sécurisation d'une FSE

Code porteur PS

Cette information peut être fournie par le progiciel du Professionnel de Santé.

N° logique de situation

N° identification de facturation PS

154 Groupe FSE PdT partiellement sécurisée

Complément FSE désynchronisée

FSE B2 sécurisée partiellement

Si Sécurisation d'une DRE

Code porteur PS

Cette information peut être fournie par le progiciel du Professionnel de Santé.

N° logique de situation

Issu de la lecture de la carte CPS

N° identification de facturation PS

164 Groupe DRE PdT partiellement sécurisée

Complément DRE désynchronisée

DRE sécurisée partiellement

Les paramètres en sortie

150 Groupe FSE

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 sécurisée

Cette zone contient la FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire et prête à mettre en lot.

160 Groupe DRE

CRL de DRE

160 Groupe DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE sécurisée

Cette zone contient la DRE selon la norme d'échange de l'Assurance
Maladie Complémentaire et prête à mettre en lot.

4 Lexique

Acte isolé	Prestation réalisée une seule fois au même patient.
Actes en série	Prestation réalisée plusieurs fois au même patient.
Complément DRE PdT	Données complémentaires à la DRE « Poste de Travail ». Ces données sont nécessaires pour reconstituer le CRL.
Complément Facture PdT	Données complémentaires à la FSE ou la DRE « Poste de Travail ».
Complément FSE PdT	Données complémentaires à la FSE « Poste de Travail » à charger dans le TLA. Ces données sont nécessaires pour reconstituer le CRL.
Complément FSE TLA	Données complémentaires à la FSE « TLA ». Ces données sont nécessaires pour reconstituer le CRL.
DRE	Demande de Remboursement Electronique (facture transmise à l'AMC).
DRE « PdT »	DRE réalisée sur le PdT et chargée dans le Terminal Lecteur Applicatif.
Facture	Ensemble FSE + DRE, FSE seule si aucune facturation complémentaire n'est effectuée ou DRE seule s'il s'agit d'une DRE rectificative ou d'annulation.
FSE	Feuille de Soins Electronique (facture transmise à l'AMO).
FSE « TLA »	FSE réalisée sur le Terminal Lecteur Applicatif lors d'une visite chez le patient.
FSE « PdT »	FSE réalisée sur le PdT et chargée dans le Terminal Lecteur Applicatif.
Facture « PdT »	FSE et/ou DRE réalisées sur le PdT et chargées dans le Terminal Lecteur Applicatif.
PdT	Poste de Travail.
TLA	Terminal Lecteur Applicatif.
TLA réduit	Terminal Lecteur Applicatif n'incluant pas la fonctionnalité de création de FSE en visite. Ce type de TLA accepte uniquement les factures préparées au cabinet pour les sécuriser en visite (ex FSE et/ou DRE).
TLA Complet	Terminal Lecteur Applicatif incluant la fonctionnalité de création de FSE en visite.



Annexe 1-C

Fonctions d'administration

Intégrant l'Addendum n°8

Ce document a été élaboré par le GIE SESAM-Vitale.

Conformément à l'article L.122-4 du Code de la Propriété Intellectuelle, toute représentation ou reproduction (intégrale ou partielle) du présent ouvrage, quel que soit le support utilisé, doit être soumise à l'accord préalable écrit de son auteur.

Il en est de même pour sa traduction, sa transformation, son adaptation ou son arrangement, quel que soit le procédé utilisé.

Tout manquement à ces obligations constituerait un délit de contrefaçon, au sens des articles L 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, susceptible d'entraîner des sanctions pour l'auteur du délit.

Sommaire

1	Présentation	4
2	L'administration de la configuration du Poste de Travail	5
	2.1.1.1 La fonction de lecture de la configuration du Poste de Travail	5
3	L'administration du Terminal Lecteur	7
	3.1 Liste des fonctions de l'API des Services SESAM-Vitale	7
	3.1.1 Liste des fonctions.....	7
	3.1.2 Les fonctions	7
	3.1.2.1 La fonction de chargement de l'application	7
	3.1.2.2 La fonction de mise à jour de la date et de l'heure du lecteur	7
	3.1.2.3 La fonction de lecture de la date et de l'heure du lecteur	8
4	L'administration des données sécuritaires.....	9
5	L'administration des données CCAM	10
	5.1 La fonction de Consultation de données CCAM	10
	5.2 La fonction Modification des données table CCAM	25
	5.3 La fonction Annulation d'une modification CCAM	28
	5.4 La fonction Version du référentiel	29
6	L'administration des modules de tarification complémentaire STS	30
	6.1 La fonction Version des modules STS	30

1 **Présentation**

Ce document constitue la partie C de l'annexe1 du CdC Éditeurs SESAM-Vitale.

Cette partie a pour objet de décrire spécifiquement les services des différents modules SESAM-Vitale n'entrant pas directement dans la constitution des flux de factures.

Ces services correspondent pour l'essentiel :

- à l'administration de la configuration du Poste de Travail ;
- à l'administration du terminal lecteur ;
- à l'administration des données CCAM : consultation et modification des données CCAM présentes sur le poste du Professionnel de Santé ;
- à l'administration des modules de tarification complémentaire STS.

2 L'administration de la configuration du Poste de Travail

2.1.1.1 La fonction de lecture de la configuration du Poste de Travail

Pour permettre cette fonctionnalité, le progiciel doit appeler la fonction « SSV_LireConfig » des API SSV.

La fonction a pour objet de restituer, sous forme d'une nomenclature, les données relatives aux fournitures SESAM-Vitale associées au progiciel du Professionnel de Santé.

La fonction remonte également des informations liées aux lecteurs PC/SC.

Fonction à utiliser : SSV Lire Config

Les paramètres en entrée

Cette fonction ne nécessite pas de paramètres en entrée.

Les paramètres en sortie

60	Groupe <i>En-tête configuration</i>	
	N° version SSV <i>Numéro de version du module SSV (sous la forme xx.xx : n° version. n° release)</i>	
	N° version du GALSS <i>Numéro de version du module GALSS (sous la forme xx.xx)</i>	
	N° version du PSS <i>Numéro de version du module PSS (sous la forme xx.xx)</i>	
61	Groupe <i>Configuration lecteur</i>	(0 à n occurrences)¹
	Nom du Constructeur du lecteur <i>Nom du constructeur ou de la marque du lecteur</i>	
	Type du lecteur <i>Libellé du type de lecteur ou modèle de lecteur dans la gamme du constructeur</i>	
	Numéro de série du lecteur <i>Numéro de série donné par le constructeur et identifiant le lecteur</i>	
	OS Lecteur <i>Code numérique d'identification de l'Operating System du lecteur</i>	
	Nombre de logiciels du lecteur (1 à 10 occurrences)² <i>Cette information donne le nombre de logiciels implantés dans le lecteur.</i>	
	Nom du logiciel Lecteur <i>Nom du logiciel implanté dans le lecteur</i>	
	N° version logiciel Lecteur	

¹ Lorsque le poste n'utilise que des lecteurs SESAM-Vitale le nombre n est fonction des ressources déclarées dans le GALSS.INI et du nombre de lecteurs réellement connectés au Poste de Travail.

² Cette valeur est susceptible d'évoluer dans l'avenir.

Numéro de la version du logiciel implanté dans le lecteur (sous la forme xx.xx)

Date et heure du lecteur

*Date et heure de création de la version du logiciel implanté dans le lecteur
(sous la forme AAAAMMJJHMMN)*

Checksum du logiciel Lecteur

Valeur du checksum du logiciel implanté dans le lecteur (format hexadécimal)

64 Groupe Composant SESAM-Vitale

Identifiant du composant

Identifiant du composant pour le suivi de parc

Libellé du composant

Libellé descriptif du composant

N° version du composant

67 Groupe Lecteur PCSC

Nom du lecteur PCSC

Nom du lecteur PC/SC tel que renseigné par le Ressource Manager PC/SC

Type de carte dans le lecteur

Identification du type de Carte dans le lecteur PC/SC (Carte Vitale ou CPS)

3 L'administration du Terminal Lecteur

3.1 Liste des fonctions de l'API des Services SESAM-Vitale

3.1.1 Liste des fonctions

- la fonction « Chargement » ;
- la fonction « Mise à jour date et heure du lecteur » ;
- la fonction « Lecture date et heure du lecteur ».

3.1.2 Les fonctions

3.1.2.1 La fonction de chargement de l'application

La fonction **Charger Application** permet au Professionnel de Santé de charger sur le lecteur, une application ou une mise à jour d'application déjà implémentée.

Fonction à
utiliser

SSV Charger Application

Les paramètres
en entrée

Type d'application

Numéro de version du logiciel à charger

Numéro de la version du logiciel à charger (prendre les quatre derniers caractères du nom du fichier à charger).

Données du logiciel

Contenu du fichier fourni et destiné au lecteur.

Les paramètres
en sortie

Cette fonction ne retourne pas de paramètres en sortie.

3.1.2.2 La fonction de mise à jour de la date et de l'heure du lecteur

Pour permettre cette fonctionnalité de mise à jour, le progiciel doit appeler la fonction « SSV_MajDateLecteur » des API SSV.

Fonction à
utiliser

SSV Maj Date Lecteur

Les paramètres
en entrée

Date et heure

Date et heure à mettre à jour dans le lecteur

Les paramètres en sortie

Cette fonction ne retourne pas de paramètres en sortie.

3.1.2.3 La fonction de lecture de la date et de l'heure du lecteur

Pour permettre cette fonctionnalité, le progiciel doit appeler la fonction « SSV_LireDateLecteur » des API SSV.

Fonction à utiliser

SSV Lire Date Lecteur

Les paramètres en entrée

Cette fonction ne nécessite pas de paramètre en entrée.

Les paramètres en sortie

Date et heure

Date et heure à mettre à jour dans le lecteur

4 L'administration des données sécuritaires

Les API SSV utilisent des certificats pour chiffrer les factures. Ces certificats sont installés sur le poste de travail du Professionnel de Santé.

Les nouveaux certificats de chiffrement ainsi que la liste de révocation des certificats de chiffrement (CRL) sont mis à disposition sur le poste de travail du PS via les éditeurs.

Les éditeurs de logiciel téléchargent les nouveaux certificats et la CRL sur la plateforme de diffusion du GIE SESAM-Vitale.

5 L'administration des données CCAM

5.1 La fonction de Consultation de données CCAM

Cette fonction permet au progiciel de consulter des données de la nomenclature CCAM contenues dans la base CCAM non seulement pour l'application des règles citées en Annexe1-A1 mais également à titre indicatif. (Exemple : sexe du bénéficiaire compatible avec l'acte).

Cette fonction permet de consulter des données associées :

- Soit à un code acte ;
- Soit à un code acte/activité ;
- Soit à un code acte/activité/phase.

Ces données sont caractérisées par un identifiant de type CCAM-xx

Elle permet également de consulter des données de tables connexes. Par définition, une donnée connexe est une donnée non associée à un code acte ou acte/activité ou acte/activité/phase. Ces données sont caractérisées par un identifiant de type TBxx.

Pour chaque donnée, il est nécessaire de préciser systématiquement la date à laquelle la valeur est recherchée.

Pour une donnée d'un acte CCAM (identifiant de consultation de type CCAM-xx), la date de référence doit être comprise entre la date de création de l'acte et sa date de fin éventuelle, à l'exception des consultations CCAM-1, CCAM-18 et CCAM-19.

Dans le cas particulier où le résultat de la consultation est une valeur issue d'une modification effectuée par le PS, la fonction retourne alors la date d'effet de la modification.

Ce cas particulier correspond aux champs modifiables (cf. § 5.2 La fonction Modification des données table CCAM).

Liste des données consultables

- CCAM-1 *existence du code de l'acte CCAM*
- CCAM-2 *activités applicables*
- CCAM-3 *code extension documentaire*
- CCAM-4a *nombre maximum de phases de traitement*
- CCAM-5 *code structuré de l'acte*
- CCAM-6 *modificateurs applicables*
- CCAM-7 *libellé court*
- CCAM-8 *libellé long*
- CCAM-9 *type d'acte*
- CCAM-10 *condition générale*
- CCAM-11 *notes*
- CCAM-9.1 *procédures auxquelles l'acte appartient*
- CCAM-12 *catégorie médicale*

- CCAM-13 *actes pouvant être associés*
- CCAM-14 *actes incompatibles*
- CCAM-15 *sexe compatible*
- CCAM-16a *arborescence*
- CCAM-18 *date de création*
- CCAM-19 *date de fin*
- CCAM-20 *numéros de recommandations médicales*
- CCAM-22 *admission au remboursement*
- CCAM-24 *acte soumis à entente préalable*
- CCAM-25 *codes « exonération du ticket modérateur »*
- CCAM-30.1 *natures d'assurance permises*
- CCAM-32a *spécialités autorisées à exécuter l'acte*
- CCAM-37 *prix unitaire de base*
- CCAM-39 *supplément de charges cabinet*
- CCAM-40a *nécessité d'un agrément radio*
- CCAM-41 *frais de déplacement*
- CCAM-42 *code regroupement pour les AMC*
- CCAM-43a *type acte dentaire et nombre minimum de dents à traiter*
- CCAM-44 *dents incompatibles*
- CCAM-45 *âge minimum*
- CCAM-46 *âge maximum*
- CCAM-47a *majoration du prix unitaire pour un DOM*
- CCAM-52a *Codes forfaits CMU-C compatibles*
- TB02-1 *règle tarifaire pour association non prévue*
- TB02-2 *codes association non prévue autorisés*
- TB06-1 *âge minimum pour un code modificateur*
- TB06-2 *âge maximum pour un code modificateur*
- TB07-1 *seuil minimum pour exonération TM*
- TB08-1 *jour férié*
- TB09-1 *compatibilité entre deux modificateurs*
- TB10-1 *top contrôle cohérence d'un modificateur*
- TB10-2 *top présence multiple d'un modificateur*
- TB11-1 *forfait associé à un modificateur*
- TB11-2 *taux associé à un modificateur*
- TB11-3 *modificateurs autorisés*
- TB12-1 *forfait à appliquer pour les PS non conventionnés*
- TB12-2 *taux de réduction à appliquer pour les PS non conventionnés*
- TB13-1 *codes regroupement existants*
- TB15-1 *modificateur pour les AMC*
- TB15-2 *nombre de modificateur transmissibles aux AMC*
- TB19-1 *nombre de modificateurs tarifants*
- TB20-1 *liste des codes association panachables*
- TB21-1 *liste des mots clé*

Consultation des données

Donnée recherchée			
Identifiant	Libellé	Données d'entrée	Données de sortie
CCAM-1	Existence du code de l'acte CCAM	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code de l'acte	Top
CCAM-2	Activités applicables	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code de l'acte	Liste de : - code activité - libellé du code
N occurrences. Identifie les actions réalisées pour un même acte par différents intervenants (anesthésie, chirurgie, ...)			
CCAM-3	Code extension documentaire	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code de l'acte Code activité	Liste de : - code extension documentaire - libellé du code
10 occurrences maximum. Code renseigné au fur et à mesure de la publication officielle. Ce code affine le code de l'acte en introduisant un niveau de détail supplémentaire (demande de sociétés savante, enquêtes particulières)			
CCAM-4a	Nombre maximum de phases de traitement	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code de l'acte Code activité	Nombre maximum de phases de traitement
Identifie le nombre de phases d'un traitement, pour les traitements qui se déroulent en plusieurs étapes dans le temps.			
CCAM-5	Code structuré de l'acte	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code de l'acte	Code
Code totalement structuré Non utilisé pour les échanges d'informations. Relation univoque du code de l'acte vers ce code structuré. Réalisation de traitements statistiques selon différentes dimensions. Cette donnée est informationnelle, elle n'est pas utilisée dans la constitution de la facture.			
CCAM-6	Modificateurs applicables	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code de l'acte Code activité	Liste de : - code modificateur - libellé du code
Précise les modificateurs (circonstances particulières de réalisation de l'acte) applicables à l'acte. (ex : F : Férié) 10 occurrences maximum			

CCAM-7	Libellé court	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code de l'acte	Texte
Constitution automatisée. Largeur permettant un affichage sur 1 ligne. (70 caractères max.) Signifiant et lien avec glossaire Cette donnée est informationnelle, elle n'est pas utilisée dans la constitution de la facture.			
CCAM-8	Libellé long	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code de l'acte	Texte
Permet d'obtenir le libellé exhaustif. Champ complété par le champ 11 (Notes) Cette donnée est informationnelle, elle n'est pas utilisée dans la constitution de la facture.			
CCAM-9	Type d'acte	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code de l'acte	Code type d'acte +Libellé
Précise, au plan médical, le caractère associable d'un acte ; l'association étant définie comme la réalisation d'actes au cours d'un même temps, ou pour les traitements étalés dans la durée au cours d'une même phase Valeurs : 0 : Acte isolé (valeur par défaut) 1 : Procédure 2 : Acte complémentaire.			
CCAM-9.1	Procédures auxquelles l'acte appartient	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code de l'acte	Liste de : - code acte
Procédures auxquelles le code acte appartient.			
CCAM-10	Condition générale	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code de l'acte	Texte
S'applique à un ensemble d'actes N occurrences. Le service SRT retourne en sortie un seul champ contenant toutes les conditions générales concaténées. Cette donnée est informationnelle, elle n'est pas utilisée dans la constitution de la facture.			

CCAM-11	Notes	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code de l'acte	Texte
<p>Type de notes :</p> <p>1- « A l'exclusion de... »</p> <p>2- « Comprend... »</p> <p>3- « Avec ou sans... »</p> <p>4- « Par..., on entend... »</p> <p>5- « Par exemple... »</p> <p>6- « Coder éventuellement... »</p> <p>7-« Modificateur implicite... »</p> <p>8- « Inclut... »</p> <p>9- type de notes non structurées</p> <p>Ce champ est indissociable du libellé de l'acte.</p> <p>Plusieurs occurrences sont possibles pour un même type de notes.</p> <p>Le service SRT retourne en sortie un seul champ contenant toutes les notes concaténées.</p> <p>Cette donnée est informationnelle, elle n'est pas utilisée dans la constitution de la facture.</p>			
CCAM-12	Catégorie médicale	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code de l'acte Code activité	Code catégorie Libellé de la catégorie
<p>Un code ne peut appartenir qu'à une catégorie et une seule. Catégorie de codes répondant à une même logique (ex : exérèse et curage en ORL, actes dentaires...)</p>			
CCAM-13	Actes pouvant être associés	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code de l'acte Code activité	Liste de - code acte
<p>N occurrences de codes pouvant être associés médicalement avec le code acte/activité donné</p>			
CCAM-14	Actes incompatibles	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code de l'acte	Liste de - code acte
<p>N occurrences de codes de l'acte incompatibles médicalement avec le code.</p> <p>Interdit certaines associations d'actes.</p>			
CCAM-15	Sexe compatible	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code de l'acte	Code
<p>1 : Homme ; 2 : Femme ;</p> <p>0 : sans objet</p> <p>Cette donnée est informationnelle, elle n'est pas utilisée dans la constitution de la facture.</p>			

CCAM-16a	Arborescence	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code de l'acte	Liste de - texte
<p>Liste des titres des différents niveaux de l'arborescence (chapitre, sous-chapitre, paragraphe et sous-paragraphe) du paragraphe dans lequel se situe l'acte CCAM dans la nomenclature. Pour chaque niveau, les SRT retournent le titre et éventuellement les notes associées. 10 occurrences maximum. Cette donnée est informationnelle, elle n'est pas utilisée dans la constitution de la facture.</p>			
CCAM-18	Date de création	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code de l'acte	Date
Date de création/inscription à la nomenclature par arrêté.			
CCAM-19	Date de fin	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code de l'acte	Date
Date unique correspondant à la suppression d'un code acte.			
CCAM-20	Numéros de recommandations médicales	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code de l'acte Code activité	Liste de - références médicales
<p>Indication du n° de recommandation médicale le cas échéant. Une référence médicale est un code alphanumérique de 5 caractères. 5 occurrences maximum. Cette donnée est informationnelle, elle n'est pas utilisée dans la constitution de la facture.</p>			
CCAM-22	Admission au remboursement	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code de l'acte	Code admission Libellé de ce code
<p>1 : Acte remboursable 2 : Acte non remboursable 3 : Acte remboursable ou non suivant circonstances. Si renseigné à 3, le professionnel indique sur le support de facturation, le cas échéant, une demande de remboursement exceptionnelle.</p>			
CCAM-24	Acte soumis à entente préalable	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code de l'acte	Top
<p>Positionné à « N » (Non) par défaut. Positionnée à « O » (Oui) si l'acte est soumis à entente préalable.</p>			

CCAM-25	Codes « exonération du ticket modérateur »	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code de l'acte	Liste de : code « exo TM » - libellé de ce code
<p>1 : acte pouvant être exonéré par la règle du seuil et exonérant alors la facture 2 : acte pouvant être exonéré par la règle du seuil mais n'exonérant pas la facture 3 : acte exonéré par nature et non exonérant pour la facture 4 : acte exonéré par nature et exonérant toute la facture 5 : Acte ne pouvant pas être exonéré par la règle du seuil 7 : acte pouvant être exonéré par nature dans le cadre d'un dispositif de prévention 2 occurrences au plus. La 1^{ère} occurrence doit comporter obligatoirement l'un des six choix possibles. La 2^{ème} occurrence est soit vide, soit comporte la valeur « 7 » (acte pouvant être exonéré par nature dans le cadre d'un dispositif de prévention).</p>			
CCAM-30.1	Natures d'assurance permises	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code de l'acte	Liste de - nature d'assurance permise - libellé de la nature d'assurance
<p>Natures d'assurance permise pour un acte AS = maladie, AT = accident du travail, MA = maternité, PS = prestation supplémentaire, DC = décès, PM = Prévention Maladie, SG = Soins Médicaux Gratuits</p>			
CCAM-32a	Spécialités autorisées à exécuter l'acte	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code de l'acte Code activité	Liste de - Code Spécialité
<p>Ensemble des spécialités autorisées à exécuter l'acte</p>			
CCAM-37	Prix unitaire de base	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code de l'acte Code activité Code phase Contexte tarifaire PS Contexte tarifaire BS	Montant (en centimes d'euros) Date de modification par le PS le cas échéant
<p>Prix unitaire de base de l'acte.</p>			
CCAM-39	Supplément de charges cabinet	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code de l'acte Code activité Code phase	Montant (en centimes d'euros) Date de modification par le PS le cas échéant
<p>Montant monétaire de charges supplémentaires, liées à l'exécution de l'acte en cabinet, à ajouter au Prix unitaire de l'acte. 0 par défaut.</p>			
CCAM-40a	Nécessité d'un agrément radio	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code de l'acte Code activité	Top
<p>Type d'agrément radio requis lié à l'appareil utilisé pour l'exécution de l'acte. 10 occurrences maximum Le service SRT renvoie le top à VRAI si au moins un agrément radio est requis.</p>			

CCAM-41	Compatibilité avec les frais de déplacement	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code de l'acte	Code+Libellé
A : autorise des frais de déplacement B : autorise des indemnités de déplacement C : autorise des indemnités kilométriques N : interdit des frais de déplacement Positionné à N par défaut.			
CCAM-42	Code regroupement pour les AMC	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code de l'acte Code activité	Code regroupement Libellé de ce code Date de modification par le PS le cas échéant
Permet des regroupements pertinents d'actes pour Organismes Complémentaires, décomptes assurés, etc.			
CCAM-43a	Type acte dentaire Nombre minimum de dents à traiter	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Code de l'acte Code activité Code phase	Top acte dentaire Nombre minimum de dents à traiter
Norme ISO 3960-1984 <u>actes dentaires</u> : - 00 : pas de nombre de dents - de 01 à 16 : nombre minimum de dents à traiter <u>actes non dentaires</u> : non renseigné			
CCAM-44	Dents incompatibles	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code de l'acte Code activité Code phase	Liste de numéros de dents
Liste des numéros de dents incompatibles avec l'acte. 52 occurrences au maximum.			
CCAM-45	Age minimum	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code de l'acte Code activité Code phase	Nombre d'années+ Nombre de jours
0 par défaut. Pour les actes dentaires ; borne comprise.			
CCAM-46	Age maximum	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code de l'acte Code activité Code phase	Nombre d'années+ Nombre de jours
0 par défaut. Pour les actes dentaires ; borne comprise.			

CCAM-47a	Majoration du prix unitaire pour un DOM	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Numéro de caisse de l'exécutant Code de l'acte Code activité Code phase	Coefficient (en millièmes) Date de modification par le PS le cas échéant
Le coefficient retourné correspond à la majoration du DOM dont le numéro de caisse exécutant est donné en entrée.			
CCAM-52a	Liste des Codes forfaits CMU-C compatibles	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code de l'acte	Liste de : - codes forfait CMU-C
TB02-1	Règle tarifaire pour association non prévue	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code association Contexte tarifaire PS Contexte tarifaire BS	Coefficient (en millièmes) Date de modification par le PS le cas échéant
Ce coefficient représente le taux de réduction applicable aux actes d'association non prévue (sauf acte de PU le plus fort)			
TB02-2	Codes association non prévue autorisés	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Contexte tarifaire PS Contexte tarifaire BS	Liste de : - code association - libellé de ce code
Liste des codes association non prévues gérés dans la base CCAM à une date donnée pour un contexte tarifaire donné			
TB06-1	Age minimum pour un code modificateur	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code modificateur	Nombre d'années Nombre de jours (inférieur à 366)
TB06-2	Age maximum pour un code modificateur	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code modificateur	Nombre d'années Nombre de jours (inférieur à 366)
TB07-1	Seuil minimum pour exonération TM	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Numéro de caisse de l'exécutant	Montant (en centimes d'euros) Date de modification par le PS le cas échéant
Le seuil retourné correspond au seuil métropole ou au seuil du DOM de l'exécutant selon le numéro de caisse exécutant donné en entrée.			
TB08-1	Jour férié	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Numéro de caisse de l'exécutant	Top jour férié
La consultation de cette donnée retourne vrai si la date de référence donnée est un jour férié et faux sinon.			
Les jours spécifiques à certaines caisses (DOM, Alsace-Moselle) sont connus et pris en compte en fonction du numéro de caisse exécutant donné en entrée.			

TB09-1	Compatibilités entre modificateurs	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code modificateur 1 Code modificateur 2	Top compatibilité
TB10-1	Top contrôle cohérence d'un modificateur	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code modificateur	Top cohérence
Si le top en sortie est à « vrai », le modificateur, s'il est appliqué à un acte CCAM, doit être positionné pour tous les exécutants de cet acte (même code de l'acte, même date de référence, quels que soient les codes activité et les exécutants).			
TB10-2	Top présence multiple d'un modificateur	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code modificateur	Top présence multiple
Si le top en sortie est à « faux », le modificateur, s'il est appliqué à un acte CCAM, ne doit être positionné qu'une seule fois pour un même exécutant et une même date de référence (quels que soient les codes des actes).			
TB11-1	Forfait associé à un modificateur	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code modificateur Contexte tarifaire PS Contexte tarifaire BS	Montant (en centimes d'euros) Date de modification par le PS le cas échéant
Significatif uniquement s'il s'agit d'un modificateur de type « forfait » ; sinon le champ vaut « 0 ».			
TB11-2	Taux associé à un modificateur	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code modificateur Contexte tarifaire PS Contexte tarifaire BS	Coefficient (en millièmes) Date de modification par le PS le cas échéant
Significatif uniquement s'il s'agit d'un modificateur de type « taux » ; sinon le champ vaut « 1 ».			
TB11-3	Modificateurs autorisés	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Contexte tarifaire PS Contexte tarifaire BS	Liste de : - code modificateur - libellé de ce code
Liste des codes modificateurs gérés dans la base CCAM à une date donnée pour un contexte tarifaire donné			
TB12-1	Forfait à appliquer sur la base de remboursement pour les PS non conventionnés	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence	Montant (en centimes d'euros) Date de modification par le PS le cas échéant
Ce forfait correspond à la notion de tarif d'autorité. Significatif uniquement s'il s'agit d'une réduction de type « forfait » ; sinon le champ vaut « 0 ».			

TB12-2	Taux de réduction à appliquer sur la base de remboursement pour les PS non conventionnés	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence	Coefficient (en millièmes) Date de modification par le PS le cas échéant
Significatif uniquement s'il s'agit d'une réduction de type « taux » ; sinon le champ vaut « 1 ».			
TB13-1	Codes regroupement existants	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence	Liste de : - code regroupement - libellé de ce code Date de modification par le PS le cas échéant
TB15-1	Modificateur pour les AMC	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code modificateur	Code
Code transmis aux organismes complémentaires à la place d'un modificateur.			
TB15-2	Nombre de modificateurs transmissibles pour les AMC	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence	Nombre
TB19-1	Nombre de modificateurs tarifants	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence	Nombre
Le nombre de modificateurs tarifants est paramétré pour pouvoir évoluer rapidement suite à une décision tarifaire. Il est fort probable qu'il soit fixé à 2.			
TB20-1	Codes association non prévue panachables	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence	Liste de : - code association - libellé de ce code
Liste des codes association non prévue panachables			
CCAM-TB21	Liste des mots clé	Données d'Entrée	Données de Sortie
			Liste des mots clés connus dans le référentiel électronique.
TB22-2	Grille tarifaire associée à un contexte tarifaire	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Contexte tarifaire PS Contexte tarifaire BS	Grille tarifaire Libellé de cette grille
TB23	Liste des grilles tarifaires de la base CCAM	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence	Liste de : - grille tarifaire - libellé de cette grille
Liste des grilles tarifaires gérées dans la base CCAM à une date donnée.			

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee

Les paramètres en entrée

Identifiant

Cette information précise le champ de la base recherché. Cf. « Tableau des données CCAM consultables » ci-après

Date de référence

Date de référence à laquelle on recherche la valeur du champ (format AAAAMMJJ).

Groupes d'entrée

Cf. tableau « Détail des groupes d'entrée » ci-après

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie

Cf. tableau « Détail des groupes de sortie » ci-après

Date de modification

Date d'effet de la modification

Quand cette date est renseignée, cela signifie que les données de sortie sont issues d'une modification effectuée par le PS.

Tableau des données CCAM consultables

Identifiant	Libellé de la donnée recherchée	Groupes d'entrée	Nb	Groupes de sortie	Nb
CCAM-1	Existence du code de l'acte	3100	1	3116	1
CCAM-2	activités applicables	3100	1	3118	n
CCAM-3	code extension documentaire	3101	1	3118	n
CCAM-4a	nombre maximum de phases de traitement	3101	1	3111	1
CCAM-5	code structuré de l'acte	3100	1	3110	1
CCAM-6	modificateurs applicables	3101	1	3118	n
CCAM-7	libellé court	3100	1	3112	1
CCAM-8	libellé long	3100	1	3112	1
CCAM-9	type d'acte	3100	1	3118	1
CCAM-9.1	procédures auxquelles l'acte appartient	3100	1	3110	n
CCAM-10	condition générale	3100	1	3112	1
CCAM-11	notes	3100	1	3112	1
CCAM-12	Catégorie médicale	3101	1	3118	1
CCAM-13	actes pouvant être associés	3101	1	3110	n
CCAM-14	actes incompatibles	3100	1	3110	n
CCAM-15	sexe compatible	3100	1	3110	1

Identifiant	Libellé de la donnée recherchée	Groupes d'entrée	Nb	Groupes de sortie	Nb
CCAM-16a	arborescence	3100	1	3119	1
CCAM-18	date de création	3100	1	3113	1
CCAM-19	date de fin	3100	1	3113	1
CCAM-20	numéros de recommandations médicales	3101	1	3110	n
CCAM-22	admission au remboursement	3100	1	3118	1
CCAM-24	acte soumis à entente préalable	3100	1	3116	1
CCAM-25	codes « exonération du ticket modérateur »	3100	1	3118	n
CCAM-30.1	natures d'assurance permises	3100	1	3118	n
CCAM-32a	spécialités autorisées à exécuter l'acte	3101	1	3110	n
CCAM-37	prix unitaire de base	3102 3103	1	3117 3130	1 1
CCAM-39	supplément de charges cabinet	3102	1	3117 3130	1 0..1
CCAM-40a	nécessité d'un agrément radio	3101	1	3116	1
CCAM-41	Compatibilité avec des frais de déplacement	3100	1	3118	1
CCAM-42	code regroupement pour les AMC	3101	1	3118 3130	1 0..1
CCAM-43a	Indication s'il s'agit d'un acte dentaire nombre minimum de dents à traiter le cas échéant	3102	1	3116 3111	1 0..1
CCAM-44	dents incompatibles	3102	1	3110	n
CCAM-45	âge minimum	3102	1	3115	1
CCAM-46	âge maximum	3102	1	3115	1
CCAM-47a	majoration du prix unitaire pour un DOM	3120 3102	1 1	3114 3130	1 0..1
CCAM-52a	Liste des codes forfaits CMU-C compatibles	3100	1	3110	0..n
TB02-1	règle tarifaire pour association non prévue	3122 3103	1	3114 3130	1 0..1
TB02-2	codes association non prévue autorisés	3103	-	3118	n
TB06-1	âge minimum pour un code modificateur	3121	1	3115	1
TB06-2	âge maximum pour un code modificateur	3121	1	3115	1
TB07-1	seuil minimum pour exonération TM ⁽³⁾	3120	1	3117 3130	1 0..1
TB08-1	jour férié	3120	1	3116	1
TB09-1	Compatibilité entre deux modificateurs	3121	2	3116	1
TB10-1	top contrôle cohérence d'un modificateur	3121	1	3116	1
TB10-2	top présence multiple d'un modificateur	3121	1	3116	1
TB11-1	forfait associé à un modificateur	3121 3103	1	3117 3130	1 0..1
TB11-2	taux associé à un modificateur	3121 3103	1	3114 3130	1 0..1
TB11-3	modificateurs autorisés	3103	-	3118	n

Identifiant	Libellé de la donnée recherchée	Groupes d'entrée	Nb	Groupes de sortie	Nb
TB12-1	forfait à appliquer pour les PS non conventionnés	-	-	3117 3130	1 0..1
TB12-2	taux de réduction à appliquer sur la base de remboursement pour les PS non conventionnés	-	-	3114 3130	1 0..1
TB13-1	Codes regroupement existants	-	-	3118 3130	N 0..n
TB15-1	modificateur pour les AMC	3121	1	3110	1
TB15-2	Nombre de modificateurs transmissibles aux AMC	-	1	3111	1
TB19-1	nombre de modificateurs tarifant	-	-	3111	1
TB20-1	codes association non prévue panachables	-	-	3118	n
TB21-1	liste des mots clés	-	-	3119	1

Détail des groupes d'entrée

Id Groupe	Descriptif du groupe	Données d'entrée	Min	Max	Type
3100	Niveau acte	Code de l'acte	7	13	A
3101	Niveau activité	Code de l'acte	7	13	A
		Code activité	1	1	A
3102	Niveau phase	Code de l'acte	7	13	A
		Code activité	1	1	A
		Code phase de traitement	0	1	N
3103	Contexte tarifaire	Contexte tarifaire PS	1	1	N
		Contexte tarifaire BS	1	1	N
3120	Numéro caisse	N° de caisse de l'exécutant	1	3	N
3121	Modificateur	Code modificateur	1	1	A
3122	Code association	Code association	1	1	A

Détail des groupes de sortie

Id Groupe	Descriptif du groupe	Données de sortie	Min	Max	Type
3110	Type Code	Code (général)	0	20	A
3111	Type Nombre	Nombre (général)	1	5	N
3112	Type Texte	Texte (général)	0	-	E
3113	Type Date	Date (général) (format « AAAAMMJJ0000 »)	0	12	D
3114	Type Coefficient	Coefficient (général) (en millièmes)	1	7	A
3115	Age	Nombre d'années	0	3	N
		Nombre de jours (inférieur à 366)	0	3	N
3116	Type Booléen	Booléen (général) (‘O’ = vrai, ‘N’ = faux)	1	1	A
3117	Type Montant	Montant (général) (en centimes d'euros)	1	7	N
3118	Type Code qualifié	Code qualifié	0	20	A
		Libellé du code qualifié	0	80	E
3119	Liste de textes	Nombre de textes	1	5	N
		Texte n° 1	1	-	E
		Texte n° 2	1	-	E
		...			
3130	Date modification	Date d'effet de la modification par le PS de la donnée dans le référentiel électronique (format « AAAAMMJJ0000 »)	12	12	D

5.2 La fonction Modification des données table CCAM

Le PS a la possibilité de modifier des données contenues dans la base CCAM. Les SRT utiliseront alors les nouvelles données lors de l'application des règles et du contrôle complet. Ces modifications sont pérennes et restent valables tant que la base CCAM n'est pas mise à jour sur le Poste de Travail.

Cette fonction permet au progiciel de modifier la valeur de certaines données de la nomenclature CCAM contenues dans la base CCAM à savoir :

- le prix unitaire d'un acte/activité/phase ;
- le supplément de charges cabinet d'un acte/activité/phase ;
- la majoration DOM du prix unitaire d'un acte/activité/phase ;
- le code regroupement (relatif à un acte CCAM donné) ;
- la liste des codes regroupement (nouveau code regroupement) ;
- la règle tarifaire pour une association non prévue ;
- le seuil minimum pour exonération du TM ;
- le forfait associé à un modificateur ;
- le taux associé à un modificateur ;
- le forfait à appliquer sur la base de remboursement pour les PS non conventionnés ;
- le taux de réduction à appliquer sur la base de remboursement pour les PS non conventionnés.

La modification d'une donnée rattachée à un acte CCAM doit se situer dans la période de validité de l'acte lui-même.

En conséquence, pour la modification de toute donnée rattachée à un acte CCAM, à savoir :

- le prix unitaire d'un acte/activité/phase ;
- le supplément de charges cabinet d'un acte/activité/phase ;
- la majoration DOM du prix unitaire d'un acte/activité/phase ;
- le code regroupement (associé à un acte CCAM donné).

Si la date de fin de l'acte est renseignée, il est nécessaire que la date d'effet de la modification soit antérieure ou égale à la date de fin de l'acte (champ CCAM-19 consultable).

Fonction à
utiliser

SRT_ModifierDonnee

**Les paramètres
en entrée****Identifiant**

Cette information précise le champ à modifier. Cf. « Tableau des données CCAM modifiables » ci-après.

Date de référence

Date d'effet de la modification. La modification n'est pas effectuée si cette date est antérieure à la dernière date d'effet de la valeur à modifier.

Groupes d'entrée

Cf. tableau « Détail des groupes d'entrée » ci-après.

**Les paramètres
en sortie**

Aucun.

**Tableau des
données CCAM
modifiables**

Identifiant	Libellé de la donnée à modifier	Groupes d'entrée	Nombre d'occurrences	Remarque
CCAM-37	prix unitaire	3102	1	
		3103	1	
		3117		
CCAM-39	supplément de charges cabinet	3102	1	
		3117	1	
CCAM-42	code regroupement	3101	1	Le code regroupement demandé doit exister dans la table des codes regroupements existant (TB13) à la date d'effet de la modification.
		3110	1	
CCAM-47	majoration du prix unitaire pour un DOM	3120	1	Il est nécessaire que la caisse de l'exécutant fournie en entrée soit située dans un DOM.
		3102	1	
		3114	1	
TB02-1	coefficient pour une association non prévue	3122	1	
		3103	1	
		3114		
TB07-1	seuil minimum pour exonération du TM	3120	1	La valeur de seuil donnée correspondant à la caisse exécutant donnée en entrée. Il existe 4 seuils différents : - Seuil métropole - Seuil Antilles (Martinique et Guadeloupe) - Seuil Guyane - Seuil Réunion
		3117	1	
TB11-1	forfait associé à un modificateur	3121	1	Taux et forfait sont exclusifs. Si un nouveau forfait est donné en entrée cela revient à modifier le forfait courant ou à supprimer le taux en cours.
		3103	1	
		3117		
TB11-2	taux associé à un modificateur	3121	1	
		3103	1	
		3114		

Identifiant	Libellé de la donnée à modifier	Groupes d'entrée	Nombre d'occurrences	Remarque
TB12-1	forfait à appliquer pour les PS non conventionnés	3117	1	Taux et forfait sont exclusifs. Si un nouveau forfait est donné en entré cela revient à modifier le forfait courant ou à supprimer le taux en cours.
TB12-2	taux de réduction à appliquer pour les PS non conventionnés	3114	1	
TB13-1	nouveau code regroupement	3118	1	Le nouveau code ne doit pas déjà exister dans le référentiel électronique (table TB13). Il ne doit pas être une lettre-clé NGAP (TB17).

Modification du code regroupement relatif à un acte CCAM

La modification du code regroupement d'un acte CCAM se traduit par la modification du champ 42 de cet acte (identifiant CCAM-42). Cependant, tout code regroupement utilisé dans la base CCAM doit être répertorié dans la table TB13 des codes regroupement. Dans le cas où la modification demandée du code regroupement d'un acte correspond à une nouvelle valeur de code regroupement, il est nécessaire pour des raisons de cohérence d'ajouter ce code regroupement dans la table TB13. Pour cela il convient d'effectuer la modification de l'identifiant TB13-1.

De plus, il est nécessaire que tout code regroupement ajouté soit différent d'une lettre clé NGAP. Dans le cas contraire, le service « ModifierDonnee » de SRT refusera la modification du champ TB13-1 et retournera un code erreur.

Détail des groupes d'entrée

Id Groupe	Descriptif du groupe	Données d'entrée	Min	Max	Type
3101	Niveau	Code de l'acte	7	13	A
	activité	Code activité	1	1	A
3102	Niveau	Code de l'acte	7	13	A
	phase	Code activité	1	1	A
		Code phase de traitement	0	1	N
3103	Contexte tarifaire	Contexte tarifaire PS	1	1	N
		Contexte tarifaire BS	1	1	N
3110	Type Code	Code (général)	1	20	A
3114	Type Coefficient	Coefficient (général) (en millièmes)	1	7	A
3117	Type Montant	Montant (général) (en centimes d'euros)	1	7	N
3118	Type Code qualifié	Code qualifié	1	20	A
		Libellé du code qualifié	0	80	E
3120	Numéro caisse	N° de caisse de l'exécutant	1	3	N
3121	Modificateur	Code modificateur	1	1	A
3122	Code association	Code association	1	1	A

5.3 La fonction Annulation d'une modification CCAM

Le PS a la possibilité d'annuler les modifications qu'il a faites sur une donnée du référentiel électronique.

Cette fonction supprime toutes les modifications effectuées sur la donnée spécifiée en entrée : la valeur originale de la donnée est rétablie telle qu'elle était dans le référentiel électronique fourni par le GIE SESAM-Vitale.

Fonction à utiliser

SRT_AnnulerModification

Les paramètres en entrée

Identifiant

Cette information précise le champ sur lequel porte l'annulation. Cf. « Tableau des données CCAM modifiables » ci-avant.

Groupes d'entrée

Cf. tableau « Détail des groupes d'entrée » ci-après.

Les paramètres en sortie

Aucun.

Détail des groupes d'entrée

Identifiant	Libellé de la donnée à modifier	Groupes d'entrée	Nombre d'occurrences
CCAM-37	prix unitaire	3102	1
CCAM-39	supplément de charges cabinet	3102	1
CCAM-42	code regroupement	3101	1
CCAM-47	majoration du prix unitaire pour un DOM	3120 3102	1 1
TB02-1	coefficient pour une association non prévue	3122	1
TB07-1	seuil minimum pour exonération du TM	3120	1
TB11	valeur (forfait ou taux) associée à un modificateur	3121	1
TB12	valeur (forfait ou taux) à appliquer sur la base de remboursement pour les PS non conventionnés	-	-
TB13-1	nouveau code regroupement	-	-

5.4 La fonction Version du référentiel

Cette fonction a pour objet de restituer les informations de version du référentiel électronique SRT ainsi que de la partie logicielle du module SRT.

Parmi ces informations, la version du référentiel électronique est à renseigner dans le groupe 1440 pour transmission dans la facture.

Fonction à
utiliser

SRT_LireVersion

Les paramètres
en entrée

Aucun.

Les paramètres
en sortie

3600 Groupe Version SRT

N° version du référentiel électronique SRT

1440-3

N° version base CCAM

Date modification référentiel électronique SRT

Variante référentiel électronique SRT

Commentaire du référentiel électronique SRT

Numéro de révision du référentiel électronique SRT

N° version partie logicielle

6 L'administration des modules de tarification complémentaire STS

6.1 La fonction Version des modules STS

Cette fonction a pour objet de restituer les informations de version des modules qui composent les STS.

Fonction à
utiliser

STS_LireVersion

Les paramètres
en entrée

Aucun.

Les paramètres
en sortie

3780 Groupe *Version des STS*

Identifiant du module STS

N° version du module STS

N°Version du fichier de table STS

Variante STS

Commentaire table STS

Il est retourné un groupe 3780 par module STS : Interface-STs, STS-CMU, STS-CTIP, STS-FFSA, STS-FNMF+FMF.

Cas particulier du module STS-A8 : il est retourné un groupe 3780 par fichier binaire de chaque famille de PS installée sur le Poste de Travail.



Annexe 1-D

Présentation fonctionnelle des Modules SESAM-Vitale

Récapitulatif des groupes de données

Intégrant l'Addendum n°8

Ce document a été élaboré par le GIE SESAM-Vitale.

Conformément à l'article L.122-4 du Code de la Propriété Intellectuelle, toute représentation ou reproduction (intégrale ou partielle) du présent ouvrage, quel que soit le support utilisé, doit être soumise à l'accord préalable écrit de son auteur.

Il en est de même pour sa traduction, sa transformation, son adaptation ou son arrangement, quel que soit le procédé utilisé.

Tout manquement à ces obligations constituerait un délit de contrefaçon, au sens des articles L 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, susceptible d'entraîner des sanctions pour l'auteur du délit.

Sommaire

1	Présentation du document	4
2	Zone d'échange de la facture	5
3	Zone d'échange SRT	7
	3.1.1 <i>Groupes utilisés par les Services Élémentaires SRT</i>	7
	3.1.2 <i>Utilisation des Groupes par les services élémentaires SRT</i>	9
4	Zone d'échange STS	15

1 Présentation du document

Ce document est une partie de l'annexe 1 du CdC Éditeurs SESAM-Vitale.

Cette partie a pour objet de décrire la composition des différentes zones d'échange de données :

- la liste des groupes constituant la zone d'échange de la facture ;
- la liste des groupes constituant la zone d'échange SRT ;
- la liste des groupes constituant la zone d'échange STS.

De plus, pour la zone d'échange facture est précisé pour chaque famille de Professionnel de Santé l'aspect obligatoire, facultatif, ou non utilisé de chaque groupe.

Enfin, pour la zone d'échange SRT l'utilisation de chaque groupe est précisée, à savoir :

- la liste des services SRT utilisant ce groupe ;
- s'il est utilisé en groupe de sortie ou en groupe d'entrée ;
- s'il est utilisé de façon mono ou multi occurrente.

La liste de tous les groupes utilisés dans le cadre du CdC 1.40 ainsi que leur composition, à savoir le détail de tous les champs qui les composent est présentée dans le Dictionnaire « Données du poste de travail » référence PDT-MR-003.

2 Zone d'échange de la facture

Groupe		Auxiliaires médicaux	Prescripteurs	Pharmaciens	Fournisseurs	Laboratoires
1110	Identification Facture	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
1120	Identification Professionnel de Santé	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
1130	Identification du bénéficiaire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
1140	Identification Structure	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1150	Identification Remplaçant	Facultatif	Facultatif	Facultatif	non utilisé	Facultatif
1160	Identification Individu	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1170	Identification Liste Opposition Carte Vitale	non utilisé	non utilisé	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1180	Identification Médecin Traitant	non utilisé	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
1211	Prescription PS libéral	Obligatoire (hors groupe 1212 non utilisé)	Facultatif	Obligatoire (hors groupe 1212 non utilisé)	Obligatoire (hors groupe 1212 non utilisé)	Obligatoire (hors groupe 1212 non utilisé)
1212	Prescription Chirugiens Dentistes/Stomatologues					
1213	Prescription PS salarié					
1214	Prescription PS bénévole					
1220	Arrêt de Travail	non utilisé	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
1230	Origine de la prescription	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1310	Organisme AMO	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
1321	Organisme complémentaire	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1330	Données Complémentaire Additionnelles	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1410	Cadre de remboursement	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
1420	Identification de pièce justificative pour l'AMO	Facultatif Obligatoire	Facultatif Obligatoire	Facultatif Obligatoire	Facultatif Obligatoire	Facultatif Obligatoire
1440	Forçage niveau Facture	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1450	Module de tarification complémentaire	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1511	Nature d'assurance Maladie	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
1512	Nature d'assurance Maternité					
1513	Nature d'assurance Accident du travail					
1514	Nature d'assurance Prévention					
1515	Nature d'assurance Soins Médicaux Gratuits					
1610	Prestation	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
1620	Prestation IFD	Facultatif	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
1630	Prestation IK	Facultatif	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
1710	Prestation détaillée NABM	non utilisé	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
1730	Prestation détaillée LPP	Obligatoire	non utilisé	Obligatoire	Obligatoire	non utilisé
1740	Prestation détaillée code CIP	non utilisé	Facultatif	Facultatif	non utilisé	Facultatif
1741	Prestation détaillée lot d'un code CIP	non utilisé	Facultatif	Facultatif	non utilisé	Facultatif
1820	Complément de prestation Exonération du TM	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1830	Complément de prestation DMT-MT	non utilisé	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé

Groupe		Auxiliaires médicaux	Prescripteurs	Pharmaciens	Fournisseurs	Laboratoires
		Facultatif		Facultatif		
1840	Complément de prestation Entente préalable	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1850	Complément de prestation Renouvellement	non utilisé	non utilisé	Facultatif	non utilisé	Facultatif
1860	Complément de prestation Dent traitée	non utilisé	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
1870	Complément de prestation Exécutant	Facultatif	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
1880	Complément de prestation Lieu d'exercice	Facultatif	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
1890	Complément de prestation Réseau ou filière de soins	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1910	Total Facture	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
2000	Forçage AMO niveau acte	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
2010	Forçage sur la part complémentaire niveau acte	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
2020	Base de Remboursement conventionnée AMO	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
2030	Prévention AMO/AMC	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
2100	Code acte CCAM	non utilisé	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
2200	Liste des dents traitées (acte CCAM)	non utilisé	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
3700	Contexte tarification AMC	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
3710	Formule AMC appliquée au niveau acte	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
3720	Formule AMC appliquée au niveau facture	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
3730	Paramètres de calcul STS	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
3740	Paramètres de calcul Contrats Responsables	non utilisé	Obligatoire	non utilisé	non utilisé	non utilisé
3770	Zone tampon AMC	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire

3 Zone d'échange SRT

3.1.1 Groupes utilisés par les Services Élémentaires SRT

Groupe	Libellé
3000	Liste de codes actes
3100	Niveau acte
3101	Niveau activité
3102	Niveau phase
3110	Type Code
3111	Type Nombre
3112	Type Texte
3113	Type Date
3114	Type Coefficient
3115	Age
3116	Type Booléen
3117	Type Montant
3118	Type Code qualifié
3119	Liste de textes
3120	Numéro caisse
3121	Modificateur
3122	Code association
3130	Date modification
3200	Paramètres du service C-Ccam
3210	Paramètres du service C-Age-1
3220	Paramètres du service C-Executant
3230	Paramètres du service C-Assurance
3240	Paramètres du service C-Radio
3250	Paramètres du service C-Age-2
3300	Ligne d'acte CCAM pour le service C-Dent
3301	Compatibilités dents
3310	Ligne d'acte CCAM pour les services C-Compatibilité et C-Association
3311	Compatibilité acte
3321	Association
3400	Informations PS
3410	Ligne d'acte CCAM pour le service C-Pu
3411	Prix unitaire
3420	Ligne d'acte CCAM pour le service C-Base
3421	Base de remboursement
3430	Ligne d'acte CCAM pour le service C-ExoPrevention

Groupe	Libellé
3431	<i>Taux de remboursement</i>
3440	<i>Ligne d'acte CCAM pour le service C-ExoActe</i>
3441	<i>Exonération autres actes (niveau acte)</i>
3450	<i>Ligne d'acte CCAM pour le service C-ExoFacture</i>
3460	<i>Prestation NGAP pour le service C-ExoFacture</i>
3462	<i>Frais de déplacement pour le service C-ExoFacture</i>
3500	<i>Données supplémentaires facture</i>
3520	<i>Diagnostic du Contrôle Complet</i>
3530	<i>Règle outrepassée</i>
3531	<i>Top traitement non effectué</i>
3600	<i>Version SRT</i>

3.1.2 Utilisation des Groupes par les services élémentaires SRT



Remarque : les groupes 2000 et 2200 ne font pas partie de la zone d'échange SRT mais de la zone d'échange facture. Cependant, ils sont utilisés par des services SRT et sont mentionnés dans ce tableau à ce titre.

Groupe	Libellé du groupe	Fonction	Identifiant	E/S	Occurrence
2000	Forçage AMO niveau acte	SRT_ContrôleCompletCCAM	---	Sortie	N
2200	Liste des dents traitées (acte CCAM)	SRT_AppliquerRegle	C_Dent	Entrée	1
3000	Liste de codes actes	SRT_RechercherParMotCle	---	Sortie	1
		SRT_RechercherParFiltre	---	Sortie	1
3100	Niveau acte	SRT_ConsulterDonnee	CCAM-1	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-2	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-5	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-7	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-8	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-9	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-9.1	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-10	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-11	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-14	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-15	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-16a	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-18	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-19	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-22	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-24	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-25	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-30.1	Entrée	1
SRT_ConsulterDonnee	CCAM-41	Entrée	1		
3101	Niveau activité	SRT_ConsulterDonnee	CCAM-3	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-4a	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-6	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-12	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-13	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-20	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-32A	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-40a	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-42	Entrée	1
SRT_ModifierDonnee	CCAM-42	Entrée	1		

Groupe	Libellé du groupe	Fonction	Identifiant	E/S	Occurrence
3102	Niveau Phase	SRT_ConsulterDonnee	CCAM-37	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-39	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-43a	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-44	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-45	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-46	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-47a	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	CCAM-37	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	CCAM-39	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	CCAM-47	Entrée	1
3110	Type Code	SRT_ConsulterDonnee	CCAM-5	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-9.1	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-13	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-14	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-15	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-20	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-32a	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-44	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	TB09-1	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	TB15-1	Sortie	1
		SRT_ModifierDonnee	CCAM-42	Entrée	1
3111	Type Nombre	SRT_ConsulterDonnee	CCAM-43A	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-4a	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB15-2	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB19-1	Entrée	1
3112	Type Texte	SRT_ConsulterDonnee	CCAM-7	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-8	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-10	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-11	Sortie	1
3113	Type Date	SRT_ConsulterDonnee	CCAM-18	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-19	Sortie	1
3114	Type Coefficient	SRT_ConsulterDonnee	CCAM-47a	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB02-1	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB11-2	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB12-2	Sortie	1
		SRT_ModifierDonnee	CCAM-47	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	TB02-1	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	TB11-2	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	TB12-2	Entrée	1

Groupe	Libellé du groupe	Fonction	Identifiant	E/S	Occurrence
3115	Age	SRT_ConsulterDonnee	CCAM-45	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-46	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB06-1	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB06-2	Sortie	1
3116	Type Booléen	SRT_ConsulterDonnee	CCAM-24	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-40a	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-43a	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB08-1	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB09-1	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB10-1	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB10-1	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB10-2	Sortie	1
3117	Type Montant	SRT_ConsulterDonnee	CCAM-37	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-39	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB07-1	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB11-1	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB12-1	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	CCAM-37	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	CCAM-39	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	TB07-1	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	TB11-1	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	TB12-1	Entrée	1
3118	Type Code qualifié	SRT_ConsulterDonnee	CCAM-2	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-3	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-6	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-9	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-12	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-22	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-25	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-30.1	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-41	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-42	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB02-2	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	TB11-3	Entrée	N
		SRT_ConsulterDonnee	TB13-1	Sortie	N
		SRT_ModifierDonnee	TB13-1	Entrée	1
3119	Liste de textes	SRT_ConsulterDonnee	CCAM-16a	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB21-1	Sortie	1

Groupe	Libellé du groupe	Fonction	Identifiant	E/S	Occurrence
3120	Numéro caisse	SRT_ConsulterDonnee	CCAM-47a	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB07-1	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB08-1	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB15-1	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	CCAM-47	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	TB07-1	Entrée	1
3121	Modificateur	SRT_ConsulterDonnee	TB06-1	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB06-2	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB09-1	Entrée	2
		SRT_ConsulterDonnee	TB10-1	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB10-2	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB11-1	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB11-2	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnees	TB15-1	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	TB11-1	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	TB11-2	Entrée	1
3122	Code association	SRT_ConsulterDonnee	TB02-1	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	TB02-1	Entrée	1
3130	Date Modification	SRT_ConsulterDonnee	CCAM-37	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-39	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-42	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-47a	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB02-1	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB07-1	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB11-1	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB11-2	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB12-1	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB12-2	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB13-1	Sortie	N
3200	Données du service C-Ccam	SRT_ControlerDonnees	C-Ccam	Entrée	1
3210	Données du service C-Age-1	SRT_ControlerDonnees	C-Age-1	Entrée	1
3220	Données du service C-Executant	SRT_ControlerDonnees	C-Executant	Entrée	1
3230	Données du service C-Assurance	SRT_ControlerDonnees	C-Assurance	Entrée	1
3240	Données du service C-Radio	SRT_ControlerDonnees	C-Radio	Entrée	1
3250	Données du service C-Age-2	SRT_ControlerDonnees	C-Age-2	Entrée	1
3300	Ligne d'acte CCAM pour le service C-Dent	SRT_AppliquerRegle	C-Dent	Entrée	1
3301	Compatibilités dents	SRT_AppliquerRegle	C-Dent	Sortie	1

Groupe	Libellé du groupe	Fonction	Identifiant	E/S	Occurrence
3310	Ligne d'acte CCAM pour les services C-Compatibilité et C-Association	SRT_AppliquerRegle	C- Association	Entrée	N
		SRT_AppliquerRegle	C-Compatibilité	Entrée	N
3311	Compatibilité acte	SRT_AppliquerRegle	C-Compatibilité	Sortie	N
3321	Association	SRT_AppliquerRegle	C-Association	Sortie	N
3400	Informations PS	SRT_AppliquerRegle	C-Base	Entrée	1
		SRT_AppliquerRegle	C-ExoActe	Entrée	1
		SRT_AppliquerRegle	C-ExoFacture	Entrée	1
		SRT_AppliquerRegle	C-Pu	Entrée	1
3410	Ligne d'acte CCAM pour le service C-Pu	SRT_AppliquerRegle	C-Pu	Entrée	N
3411	Prix unitaire	SRT_AppliquerRegle	C-Base	Entrée	N
		SRT_AppliquerRegle	C-Pu	Sortie	N
3420	Ligne d'acte CCAM pour le service C-Base	SRT_AppliquerRegle	C-Base	Entrée	N
3421	Base remboursement	SRT_AppliquerRegle	C-Base	Sortie	N
		SRT_AppliquerRegle	C-ExoFacture	Entrée	N
3430	Ligne d'acte CCAM pour le service C-ExoPrevention	SRT_AppliquerRegle	C-ExoPrevention	Entrée	1
3431	Taux de remboursement	SRT_AppliquerRegle	C-ExoActe	Sortie	1
		SRT_AppliquerRegle	C-ExoFacture	Entrée	N
		SRT_AppliquerRegle	C-ExoFacture	Entrée	N
		SRT_AppliquerRegle	C-ExoFacture	Sortie	N
		SRT_AppliquerRegle	C-ExoPrevention	Sortie	1
3440	Ligne d'acte CCAM pour le service C-ExoActe	SRT_AppliquerRegle	C-ExoActe	Entrée	1
3441	Exonération facture (niveau acte)	SRT_AppliquerRegle	C-ExoActe	Sortie	1
		SRT_AppliquerRegle	C-ExoFacture	Entrée	N
3450	Ligne d'acte CCAM pour le service C-ExoFacture	SRT_AppliquerRegle	C-ExoFacture	Entrée	N
3460	Prestation NGAP pour le service C-ExoFacture	SRT_AppliquerRegle	C-ExoFacture	Entrée	N
3462	Frais de déplacement pour le service C-ExoFacture	SRT_AppliquerRegle	C-ExoFacture	Entrée	N
3500	Données supplémentaires facture	SRT_ContrôleCompleetCCAM	---	Entrée	1
3520	Diagnostic du Contrôle Complet	SRT_ContrôleCompleetCCAM	---	Sortie	N
		SRT_AppliquerRegle	C-Association	Entrée	N
		SRT_AppliquerRegle	C-Base	Entrée	N

Groupe	Libellé du groupe	Fonction	Identifiant	E/S	Occurrence
3530	<i>Règle outrepassée</i>	SRT_AppliquerRegle	<i>C-Association</i>	Entrée	N
		SRT_AppliquerRegle	<i>C-Compatibilité</i>	Entrée	N
		SRT_AppliquerRegle	<i>C-Base</i>	Entrée	N
		SRT_AppliquerRegle	<i>C-ExoFacture</i>	Entrée	N
		SRT_AppliquerRegle	<i>C-Pu</i>	Entrée	N
		SRT_ContrôleCompletCCAM	---	Entrée	N
3531	<i>Top traitement non effectué</i>	SRT_AppliquerRegle	<i>C-Association</i>	Sortie	N
		SRT_AppliquerRegle	<i>C-Compatibilité</i>	Sortie	N
		SRT_AppliquerRegle	<i>C-Base</i>	Sortie	N
		SRT_AppliquerRegle	<i>C-ExoFacture</i>	Sortie	N
		SRT_AppliquerRegle	<i>C-Pu</i>	Sortie	N
		SRT_ContrôleCompletCCAM	---	Sortie	N
3600	<i>Version SRT</i>	SRT_LireVersion	---	Sortie	1

4 Zone d'échange STS

Groupe	Libellé
3700	Contexte tarification AMC
3710	Formule AMC appliquée au niveau acte
3715	Libellé de la formule AMC appliquée au niveau acte
3720	Formule AMC appliquée au niveau facture
3725	Libellé de la formule AMC appliquée au niveau facture
3730	Paramètres de calcul STS
3731	Participation Assuré
3740	Paramètres de calcul Contrats Responsables
3750	Diagnostic STS
3760	Description formule de calcul AMC
3770	Zone tampon AMC
3780	Version des STS
3790	Tops Affichage et Modification



Annexe 2

Réglementation - Tarification

Intégrant l'Addendum n°8

Ce document a été élaboré par le GIE SESAM-Vitale.

Conformément à l'article L.122-4 du Code de la Propriété Intellectuelle, toute représentation ou reproduction (intégrale ou partielle) du présent ouvrage, quel que soit le support utilisé, doit être soumise à l'accord préalable écrit de son auteur.

Il en est de même pour sa traduction, sa transformation, son adaptation ou son arrangement, quel que soit le procédé utilisé.

Tout manquement à ces obligations constituerait un délit de contrefaçon, au sens des articles L 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, susceptible d'entraîner des sanctions pour l'auteur du délit.

Sommaire

1	Présentation de l'annexe 2	5
1.1	Présentation générale	6
1.2	Présentation de la partie réglementation	7
1.3	Présentation de la partie calculs	7
1.4	Présentation de la partie tables	7
2	Tableaux de synthèse	9
3	1^{ère} partie : Réglementation	32
4	2^{ème} partie : Tarification	105
4.1	Chapitre 1 : Base de remboursement	106
4.1.1	Section 1 : Base de remboursement des codes prestations	106
4.1.2	Section 2 : Base de remboursement des frais de déplacement	123
4.1.3	Section 3 : Base de remboursement des frais pharmaceutiques	131
4.2	Chapitre 2 : Taux de remboursement	139
4.3	Chapitre 3 : Calcul du montant remboursable par l'A.M.O.	161
5	Annexe : Tables	173

1 Présentation de l'annexe 2

1.1 Présentation générale

Le document présente en première partie des règles vérifiant la bonne application de la réglementation et en deuxième partie des règles de calcul permettant la détermination de la part remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Ce séquençement des opérations permet d'effectuer les calculs sur des données validées par la partie " Réglementation ".

Le schéma d'enchaînement des règles données dans l'annexe 2 est le suivant :

- A partir des données saisies ou lues dans les cartes, il est possible de mettre en œuvre les contrôles réglementaires (1^{ère} partie).
- Chaque contrôle peut générer un message d'anomalie qui permet au Professionnel de Santé de corriger sa saisie. Néanmoins, il peut estimer devoir passer outre.
- A l'issue de cette première étape, les données contrôlées servent à renseigner les groupes de données décrits dans l'annexe 1.
- C'est à partir de ces éléments et de ceux restitués par le lecteur que les règles de calcul (2^{ème} partie) peuvent s'appliquer. Celles-ci permettent de compléter la valorisation des groupes de données décrits dans l'annexe 1.

La grille figurant au début du document croise les numéros des règles et les spécialités des Professionnels de Santé et permet de connaître la liste des règles applicables à une profession donnée.

Chaque règle décrit la liste des données qu'elle utilise. Au regard de chaque donnée est mentionné le numéro du groupe correspondant (décrit dans l'annexe 1) ainsi que son origine (saisie par le Professionnel de Santé ou lue sur une carte).

Les règles et tables mentionnées dans ce document pourront faire l'objet d'évolutions. Celles-ci seront répercutées dans le Cahier des Charges communiqué aux sociétés éditrices de progiciels par l'Assurance Maladie.

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'introduire dans la Feuille de Soins Electronique (par forçage) des données conformes à la nomenclature¹ en vigueur malgré les messages d'erreurs restitués par le progiciel.

Ce principe permet au Professionnel de Santé d'appliquer sans délai les évolutions réglementaires, en attente de la mise à jour du progiciel.

¹ La mise en œuvre de ce principe se traduit par la possibilité pour le PS de modifier la valorisation des données figurant dans les tables de cette annexe, hormis les tables hormis les tables 1.1, 8.x, 11.1, 50.x, 60, 61.1 et 61.2, et la colonne « Origine prestation » de la table 1.

1.2 Présentation de la partie réglementation

Ces contrôles devront être intégrés dans les progiciels médicaux du Professionnel de Santé.

1.3 Présentation de la partie calculs

Dans un but de clarification, les calculs nécessaires à la tarification ont été découpés en règles simples. De ce fait, ces règles possèdent un ordre d'enchaînement logique qui est traduit par les schémas figurant en annexe 1-A (Flux allers de FSE/DRE émis par le Professionnel de Santé) au §2.2 Phases AMO.

En effet certains de ces schémas mettent en œuvre des services SRT décrits dans l'annexe 1-A1 ainsi que des règles de l'annexe 2, aussi afin de donner une vue d'ensemble de la cinématique des traitements ont-ils été regroupés.

Dès lors que le Professionnel de Santé recourt à une procédure tiers payant, hors tiers payant ou à l'aide médicale d'Etat le progiciel devra activer les modules relatifs aux règles de calcul. Ainsi, les données correspondantes décrites dans l'annexe 1 pourront être valorisées (ex : Dans le groupe 1610 : Taux de remboursement, base de remboursement...).

1.4 Présentation de la partie tables

La structure des tables n'est donnée qu'à titre indicatif. Elle n'est nullement imposée par l'Assurance Maladie Obligatoire aux sociétés éditrices de progiciels qui peuvent donc les restructurer et les adapter en fonction des contraintes de mise en œuvre. Néanmoins, les évolutions seront répercutées dans le Cahier des Charges communiqué aux sociétés éditrices de progiciels par l'Assurance Maladie sur la base de la structure des tables actuellement proposée.

La société éditrice de progiciels devra prévoir un module permettant la mise à jour des tables dans le poste du Professionnel de Santé de façon à pouvoir prendre en compte dans un délai réduit les modifications réglementaires.

Certaines tables rassemblent les valeurs pour tous les Professionnels de Santé. Il va de soi que selon les professions ciblées chaque société ira chercher les lignes qui la concerne.

La table nationale de biologie n'est pas jointe à ce document. Elle peut être fournie par l'Assurance Maladie.

2 Tableaux de synthèse

		R1	R1bis	R2	R2bis	R3	R4	R5	R6	R6 bis	R7	R8	R8bis
01	Médecine générale	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
02	Anesthésie-Réanimation	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
03	Cardiologie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
04	Chirurgie générale	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
05	Dermatologie et Vénérologie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
06	Radiologie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
07	Gynécologie obstétrique	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
08	Gastro-Entérologie et Hépatologie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
09	Médecine interne	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
10	Neuro-Chirurgie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
11	Oto-Rhino-Laryngologie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
12	Pédiatrie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
13	Pneumologie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
14	Rhumatologie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
15	Ophthalmologie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
16	Chirurgie urologique	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
17	Neuro-Psychiatrie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
18	Stomatologie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
19	Chirurgien Dentiste	X		X	X	X	X	X		X	X	X	
20	Réanimation médicale	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
21	Sage-femme	X		X	X	X	X	X	X	X	X		
22	Spécialiste en Médecine générale avec diplôme	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
23	Spécialiste en Médecine générale reconnu par l'ordre	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
24	Infirmier	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	
26	Masseur Kinésithérapeute	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	
27	Pédicure Podologue	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	
28	Orthophoniste	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	
29	Orthoptiste	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	
30	Laboratoire d'analyses médicales	X		X	X	X	X	X	X	X	X		X
31	Rééducation Fonctionnelle Réadaptation	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
32	Neurologie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
33	Psychiatrie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
34	Gériatrie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
35	Néphrologie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
36	Chirurgien dentiste spécialité O.D.F.	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
37	Anatomo-Cyto-Pathologie	X	X	X	X	X	X	X		X	X		
38	Médecin biologiste	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
39	Laboratoire Polyvalent	X		X	X	X	X	X	X	X	X		X
40	Laboratoire d'anatomo-cyto-pathologie	X		X	X	X	X	X	X	X	X		X
41	Chirurgie orthopédique et traumatologie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
42	Endocrinologie et Métabolisme	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	

		R1	R1bis	R2	R2bis	R3	R4	R5	R6	R6 bis	R7	R8	R8bis
43	Chirurgie infantile	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
44	Chirurgie maxillo-faciale	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
45	Chirurgie Maxillo-faciale et stomatologie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
46	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
47	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
48	Chirurgie vasculaire	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
49	Chirurgie viscérale et digestive	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
50	Pharmacie d'officine	X		X	X	X	X	X	X	X			
51	Pharmacie mutualiste	X		X	X	X	X	X	X	X			
53	Chirurgien Dentiste spécialité C.O.	X		X	X	X	X	X		X	X	X	
54	Chirurgien Dentiste spécialité M.B.D.	X		X	X	X	X	X		X	X	X	
60	Prestataire de type société	X		X	X	X	X	X	X	X			
61	Prestataire de type artisan	X		X	X	X	X	X	X	X			
62	Prestataire de type association	X		X	X	X	X	X	X	X			
63	Orthésiste	X		X	X	X	X	X	X	X			
64	Opticien	X		X	X	X	X	X	X	X			
65	Audioprothésiste	X		X	X	X	X	X	X	X			
66	Epithésiste Oculariste	X		X	X	X	X	X	X	X			
67	Podo-orthésiste	X		X	X	X	X	X	X	X			
68	Orthoprothésiste	X		X	X	X	X	X	X	X			
69	Chirurgie orale	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
70	Gynécologie médicale	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
71	Hématologie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
72	Médecine nucléaire	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
73	Oncologie médicale	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
74	Oncologie radiothérapique	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
75	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
76	Radiothérapie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
77	Obstétrique	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
78	Génétique médicale	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
79	Obstétrique et Gynécologie médicale	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
80	Santé publique et médecine sociale	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
81	Médecine des Maladies infectieuses et tropicales	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
82	Médecine légale et expertises médicales	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
83	Médecine d'urgence	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
84	Médecine vasculaire	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
85	Allergologie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
86	Infirmier exerçant en Pratiques Avancées (IPA)	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	

		R8ter	R10	R11bis	R11ter	R12	R14	R15	R16	R17	R17bis	R17ter
01	Médecine générale		X		X	X	X	X	X	X	X	X
02	Anesthésie-Réanimation		X		X	X	X	X	X	X	X	X
03	Cardiologie		X		X	X	X	X	X	X	X	X
04	Chirurgie générale		X		X	X	X	X	X	X	X	X
05	Dermatologie et Vénérologie		X		X	X	X	X	X	X	X	X
06	Radiologie		X		X	X	X	X	X	X	X	X
07	Gynécologie obstétrique		X		X	X	X	X	X	X	X	X
08	Gastro-Entérologie et Hépatologie		X		X	X	X	X	X	X	X	X
09	Médecine interne		X		X	X	X	X	X	X	X	X
10	Neuro-Chirurgie		X		X	X	X	X	X	X	X	X
11	Oto-Rhino-Laryngologie		X		X	X	X	X	X	X	X	X
12	Pédiatrie		X		X	X	X	X	X	X	X	X
13	Pneumologie		X		X	X	X	X	X	X	X	X
14	Rhumatologie		X		X	X	X	X	X	X	X	X
15	Ophthalmologie		X		X	X	X	X	X	X	X	X
16	Chirurgie urologique		X		X	X	X	X	X	X	X	X
17	Neuro-Psychiatrie		X		X	X	X	X	X	X	X	X
18	Stomatologie		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
19	Chirurgien Dentiste		X	X	X	X	X	X	X	X	X	
20	Réanimation médicale		X		X	X	X	X	X	X	X	X
21	Sage-femme				X	X	X	X	X	X	X	
22	Spécialiste en Médecine générale avec diplôme		X		X	X	X	X	X	X	X	X
23	Spécialiste en Médecine générale reconnu par l'ordre		X		X	X	X	X	X	X	X	X
24	Infirmier				X	X	X	X	X	X	X	
26	Masseur Kinésithérapeute				X	X	X	X	X	X		
27	Pédicure Podologue	X			X	X	X		X	X	X	
28	Orthophoniste				X	X	X		X	X		
29	Orthoptiste				X	X	X	X	X	X		
30	Laboratoire d'analyses médicales				X	X	X	X	X	X		
31	Rééducation Fonctionnelle Réadaptation		X		X	X	X	X	X	X	X	X
32	Neurologie		X		X	X	X	X	X	X	X	X
33	Psychiatrie		X		X	X	X	X	X	X	X	X
34	Gériatrie		X		X	X	X	X	X	X	X	X
35	Néphrologie		X		X	X	X	X	X	X	X	X
36	Chirurgien dentiste spécialité O.D.F.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	
37	Anatomo-Cyto-Pathologie		X		X	X	X	X	X	X	X	X
38	Médecin biologiste		X		X	X	X	X	X	X	X	X
39	Laboratoire Polyvalent				X	X	X	X	X	X		
40	Laboratoire d'anatomo-cyto-pathologie				X	X	X	X	X	X		
41	Chirurgie orthopédique et traumatologie		X		X	X	X	X	X	X	X	X

		R8ter	R10	R11bis	R11ter	R12	R14	R15	R16	R17	R17bis	R17ter
42	Endocrinologie et Métabolisme		X		X	X	X	X	X	X	X	X
43	Chirurgie infantile		X		X	X	X	X	X	X	X	X
44	Chirurgie maxillo-faciale		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
45	Chirurgie Maxillo-faciale et stomatologie		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
46	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique		X		X	X	X	X	X	X	X	X
47	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire		X		X	X	X	X	X	X	X	X
48	Chirurgie vasculaire		X		X	X	X	X	X	X	X	X
49	Chirurgie viscérale et digestive		X		X	X	X	X	X	X	X	X
50	Pharmacied'officine	X			X	X	X		X	X	X	
51	Pharmacie mutualiste	X			X	X	X		X	X	X	
53	Chirurgien Dentiste spécialité C.O.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	
54	Chirurgien Dentiste spécialité M.B.D.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	
60	Prestataire de type société	X			X	X	X		X	X	X	
61	Prestataire de type artisan	X			X	X	X		X	X	X	
62	Prestataire de type association	X			X	X	X		X	X	X	
63	Orthésiste	X			X	X	X		X	X	X	
64	Opticien	X			X	X	X		X	X	X	
65	Audioprothésiste	X			X	X	X		X	X	X	
66	Epithésiste Oculariste	X			X	X	X		X	X	X	
67	Podo-orthésiste	X			X	X	X		X	X	X	
68	Orthoprothésiste	X			X	X	X		X	X	X	
69	Chirurgie orale		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
70	Gynécologie médicale		X		X	X	X	X	X	X	X	X
71	Hématologie		X		X	X	X	X	X	X	X	X
72	Médecine nucléaire		X		X	X	X	X	X	X	X	X
73	Oncologie médicale		X		X	X	X	X	X	X	X	X
74	Oncologie radiothérapique		X		X	X	X	X	X	X	X	X
75	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent		X		X	X	X	X	X	X	X	X
76	Radiothérapie		X		X	X	X	X	X	X	X	X
77	Obstétrique		X		X	X	X	X	X	X	X	X
78	Génétique médicale		X		X	X	X	X	X	X	X	X
79	Obstétrique et Gynécologie médicale		X		X	X	X	X	X	X	X	X
80	Santé publique et médecine sociale		X		X	X	X	X	X	X	X	X
81	Médecine des Maladies infectieuses et tropicales		X		X	X	X	X	X	X	X	X
82	Médecine légale et expertises médicales		X		X	X	X	X	X	X	X	X
83	Médecine d'urgence		X		X	X	X	X	X	X	X	X
84	Médecine vasculaire		X		X	X	X	X	X	X	X	X
85	Allergologie		X		X	X	X	X	X	X	X	X
86	Infirmier exerçant en Pratiques Avancées (IPA)				X	X	X	X	X	X	X	

	R18	R19	R20	R21	R22	R23	R24	R25.0	R25.1	R25.2	R25.4	R25.6
01 Médecine générale	X							X	X	X	X	X
02 Anesthésie-Réanimation	X							X	X	X	X	X
03 Cardiologie	X							X	X	X	X	X
04 Chirurgie générale	X							X	X	X	X	X
05 Dermatologie et Vénérologie	X							X	X	X	X	X
06 Radiologie	X							X	X	X	X	X
07 Gynécologie obstétrique	X							X	X	X	X	X
08 Gastro-Entérologie et Hépatologie	X							X	X	X	X	X
09 Médecine interne	X							X	X	X	X	X
10 Neuro-Chirurgie	X							X	X	X	X	X
11 Oto-Rhino-Laryngologie	X							X	X	X	X	X
12 Pédiatrie	X							X	X	X	X	X
13 Pneumologie	X							X	X	X	X	X
14 Rhumatologie	X							X	X	X	X	X
15 Ophtalmologie	X							X	X	X	X	X
16 Chirurgie urologique	X							X	X	X	X	X
17 Neuro-Psychiatrie	X							X	X	X	X	X
18 Stomatologie	X							X	X	X	X	X
19 Chirurgien Dentiste	X							X	X	X	X	X
20 Réanimation médicale	X							X	X	X	X	X
21 Sage-femme	X							X	X	X	X	X
22 Spécialiste en Médecine générale avec diplôme	X							X	X	X	X	X
23 Spécialiste en Médecine générale reconnu par l'ordre	X							X	X	X	X	X
24 Infirmier	X						X	X	X	X	X	X
26 Masseur Kinésithérapeute	X							X	X	X	X	X
27 Pédicure Podologue	X							X	X	X	X	X
28 Orthophoniste	X							X	X	X	X	X
29 Orthoptiste	X							X	X	X	X	X
30 Laboratoire d'analyses médicales	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
31 Rééducation Fonctionnelle Réadaptation	X							X	X	X	X	X
32 Neurologie	X							X	X	X	X	X
33 Psychiatrie	X							X	X	X	X	X
34 Gériatrie	X							X	X	X	X	X
35 Néphrologie	X							X	X	X	X	X
36 Chirurgien dentiste spécialité O.D.F.	X							X	X	X	X	X
37 Anatomie-Cyto-Pathologie	X							X	X	X	X	X
38 Médecin biologiste	X							X	X	X	X	X
39 Laboratoire Polyvalent	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
40 Laboratoire d'anatomo-cyto-pathologie	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
41 Chirurgie orthopédique et traumatologie	X							X	X	X	X	X
42 Endocrinologie et Métabolisme	X							X	X	X	X	X
43 Chirurgie infantile	X							X	X	X	X	X

		R18	R19	R20	R21	R22	R23	R24	R25.0	R25.1	R25.2	R25.4	R25.6
44	Chirurgie maxillo-faciale	X							X	X	X	X	X
45	Chirurgie Maxillo-faciale et stomatologie	X							X	X	X	X	X
46	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	X							X	X	X	X	X
47	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	X							X	X	X	X	X
48	Chirurgie vasculaire	X							X	X	X	X	X
49	Chirurgie viscérale et digestive	X							X	X	X	X	X
50	Pharmacie d'officine	X							X	X	X	X	X
51	Pharmacie mutualiste	X							X	X	X	X	X
53	Chirurgien Dentiste spécialité C.O.	X							X	X	X	X	X
54	Chirurgien Dentiste spécialité M.B.D.	X							X	X	X	X	X
60	Prestataire de type société	X							X	X	X	X	X
61	Prestataire de type artisan	X							X	X	X	X	X
62	Prestataire de type association	X							X	X	X	X	X
63	Orthésiste	X							X	X	X	X	X
64	Opticien	X							X	X	X	X	X
65	Audioprothésiste	X							X	X	X	X	X
66	Epithésiste Oculariste	X							X	X	X	X	X
67	Podo-orthésiste	X							X	X	X	X	X
68	Orthoprothésiste	X							X	X	X	X	X
69	Chirurgie orale	X							X	X	X	X	X
70	Gynécologie médicale	X							X	X	X	X	X
71	Hématologie	X							X	X	X	X	X
72	Médecine nucléaire	X							X	X	X	X	X
73	Oncologie médicale	X							X	X	X	X	X
74	Oncologie radiothérapique	X							X	X	X	X	X
75	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	X							X	X	X	X	X
76	Radiothérapie	X							X	X	X	X	X
77	Obstétrique	X							X	X	X	X	X
78	Génétique médicale	X							X	X	X	X	X
79	Obstétrique et Gynécologie médicale	X							X	X	X	X	X
80	Santé publique et médecine sociale	X							X	X	X	X	X
81	Médecine des Maladies infectieuses et tropicales	X							X	X	X	X	X
82	Médecine légale et expertises médicales	X							X	X	X	X	X
83	Médecine d'urgence	X							X	X	X	X	X
84	Médecine vasculaire	X							X	X	X	X	X
85	Allergologie	X							X	X	X	X	X
86	Infirmier exerçant en Pratiques Avancées (IPA)	X						X	X	X	X	X	X

		R26	R27	R28	R29	R30	R31	R32	R33	R33bis	R35	R36	R37	R37bis
01	Médecine générale	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
02	Anesthésie-Réanimation	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
03	Cardiologie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
04	Chirurgie générale	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
05	Dermatologie et Vénérologie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
06	Radiologie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
07	Gynécologie obstétrique	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
08	Gastro-Entérologie et Hépatologie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
09	Médecine interne	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
10	Neuro-Chirurgie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
11	Oto-Rhino-Laryngologie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
12	Pédiatrie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
13	Pneumologie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
14	Rhumatologie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
15	Ophthalmologie	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X
16	Chirurgie urologique	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
17	Neuro-Psychiatrie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
18	Stomatologie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
19	Chirurgien Dentiste	X	X	X	X	X				X	X	X	X	
20	Réanimation médicale	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
21	Sage-femme	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	
22	Spécialiste en Médecine générale avec diplôme	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
23	Spécialiste en Médecine générale reconnu par l'ordre	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
24	Infirmier	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	
26	Masseur Kinésithérapeute	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	
27	Pédicure Podologue	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	
28	Orthophoniste	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	
29	Orthoptiste	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	
30	Laboratoire d'analyses médicales	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	
31	Rééducation Fonctionnelle Réadaptation	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
32	Neurologie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
33	Psychiatrie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
34	Gériatrie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
35	Néphrologie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
36	Chirurgien dentiste spécialité O.D.F.	X	X	X	X	X				X	X	X	X	
37	Anatomo-Cyto-Pathologie	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X
38	Médecin biologiste	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	
39	Laboratoire Polyvalent	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	
40	Laboratoire d'anatomo-cyto-pathologie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	
41	Chirurgie orthopédique et traumatologie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X

		R26	R27	R28	R29	R30	R31	R32	R33	R33bis	R35	R36	R37	R37bis
42	Endocrinologie et Métabolisme	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
43	Chirurgie infantile	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
44	Chirurgie maxillo-faciale	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
45	Chirurgie Maxillo-faciale et stomatologie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
46	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
47	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
48	Chirurgie vasculaire	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
49	Chirurgie viscérale et digestive	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
50	Pharmacied'officine	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
51	Pharmacie mutualiste	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
53	Chirurgien Dentiste spécialité C.O.	X	X	X	X	X				X	X	X	X	
54	Chirurgien Dentiste spécialité M.B.D.	X	X	X	X	X				X	X	X	X	
60	Prestataire de type société	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
61	Prestataire de type artisan	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
62	Prestataire de type association	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
63	Orthésiste	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
64	Opticien	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
65	Audioprothésiste	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
66	Epithésiste Oculariste	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
67	Podo-orthésiste	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
68	Orthoprothésiste	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
69	Chirurgie orale	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
70	Gynécologie médicale	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
71	Hématologie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
72	Médecine nucléaire	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
73	Oncologie médicale	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
74	Oncologie radiothérapique	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
75	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
76	Radiothérapie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
77	Obstétrique	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
78	Génétique médicale	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
79	Obstétrique et Gynécologie médicale	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
80	Santé publique et médecine sociale	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
81	Médecine des Maladies infectieuses et tropicales	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
82	Médecine légale et expertises médicales	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
83	Médecine d'urgence	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
84	Médecine vasculaire	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
85	Allergologie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
86	Infirmier exerçant en Pratiques Avancées (IPA)	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	

		R37 ter	R37 quater	R38	R39	R40	R41	R42	R43	R44	R51	R55
01	Médecine générale	X	X	X	X	X	X	X			X	X
02	Anesthésie-Réanimation	X	X	X	X	X	X	X			X	X
03	Cardiologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
04	Chirurgie générale	X	X	X	X	X	X	X			X	X
05	Dermatologie et Vénérologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
06	Radiologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
07	Gynécologie obstétrique	X	X	X	X	X	X	X			X	X
08	Gastro-Entérologie et Hépatologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
09	Médecine interne	X	X	X	X	X	X	X			X	X
10	Neuro-Chirurgie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
11	Oto-Rhino-Laryngologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
12	Pédiatrie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
13	Pneumologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
14	Rhumatologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
15	Ophtalmologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
16	Chirurgie urologique	X	X	X	X	X	X	X			X	X
17	Neuro-Psychiatrie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
18	Stomatologie	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
19	Chirurgien Dentiste					X	X	X	X		X	X
20	Réanimation médicale	X	X	X	X	X	X	X			X	X
21	Sage-femme					X	X	X			X	X
22	Spécialiste en Médecine générale avec diplôme	X	X	X	X	X	X	X			X	X
23	Spécialiste en Médecine générale reconnu par l'ordre	X	X	X	X	X	X	X			X	X
24	Infirmier					X					X	X
26	Masseur Kinésithérapeute					X					X	X
27	Pédicure Podologue					X					X	X
28	Orthophoniste					X					X	X
29	Orthoptiste					X					X	X
30	Laboratoire d'analyses médicales					X					X	X
31	Rééducation Fonctionnelle Récupération	X	X	X	X	X	X	X			X	X
32	Neurologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
33	Psychiatrie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
34	Gériatrie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
35	Néphrologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
36	Chirurgien dentiste spécialité O.D.F.					X	X	X			X	X
37	Anatomo-Cyto-Pathologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
38	Médecin biologiste					X	X	X			X	X
39	Laboratoire Polyvalent					X					X	X
40	Laboratoire d'anatomo-cyto-pathologie					X					X	X
41	Chirurgie orthopédique et traumatologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X

		R37 ter	R37 quater	R38	R39	R40	R41	R42	R43	R44	R51	R55
42	Endocrinologie et Métabolisme	X	X	X	X	X	X	X			X	X
43	Chirurgie infantile	X	X	X	X	X	X	X			X	X
44	Chirurgie maxillo-faciale	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
45	Chirurgie Maxillo-faciale et stomatologie	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
46	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	X	X	X	X	X	X	X			X	X
47	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	X	X	X	X	X	X	X			X	X
48	Chirurgie vasculaire	X	X	X	X	X	X	X			X	X
49	Chirurgie viscérale et digestive	X	X	X	X	X	X	X			X	X
50	Pharmacie d'officine					X				X	X	X
51	Pharmacie mutualiste					X				X	X	X
53	Chirurgien Dentiste spécialité C.O.					X	X	X	X		X	X
54	Chirurgien Dentiste spécialité M.B.D.					X	X	X	X		X	X
60	Prestataire de type société					X				X	X	X
61	Prestataire de type artisan					X				X	X	X
62	Prestataire de type association					X				X	X	X
63	Orthésiste					X				X	X	X
64	Opticien					X				X	X	X
65	Audioprothésiste					X				X	X	X
66	Epithésiste Oculariste					X				X	X	X
67	Podo-orthésiste					X				X	X	X
68	Orthoprothésiste					X				X	X	X
69	Chirurgie orale	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
70	Gynécologie médicale	X	X	X	X	X	X	X			X	X
71	Hématologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
72	Médecine nucléaire	X	X	X	X	X	X	X			X	X
73	Oncologie médicale	X	X	X	X	X	X	X			X	X
74	Oncologie radiothérapique	X	X	X	X	X	X	X			X	X
75	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	X	X	X	X	X	X	X			X	X
76	Radiothérapie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
77	Obstétrique	X	X	X	X	X	X	X			X	X
78	Génétique médicale	X	X	X	X	X	X	X			X	X
79	Obstétrique et Gynécologie médicale	X	X	X	X	X	X	X			X	X
80	Santé publique et médecine sociale	X	X	X	X	X	X	X			X	X
81	Médecine des Maladies infectieuses et tropicales	X	X	X	X	X	X	X			X	X
82	Médecine légale et expertises médicales	X	X	X	X	X	X	X			X	X
83	Médecine d'urgence	X	X	X	X	X	X	X			X	X
84	Médecine vasculaire	X	X	X	X	X	X	X			X	X
85	Allergologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
86	Infirmier exerçant en Pratiques Avancées (IPA)					X					X	X

		R60	R61	R62	R63	R64	R65	R66	R70
01	Médecine générale								X
02	Anesthésie-Réanimation								
03	Cardiologie								
04	Chirurgie générale								
05	Dermatologie et Vénérologie								
06	Radiologie								
07	Gynécologie obstétrique								
08	Gastro-Entérologie et Hépatologie								
09	Médecine interne								
10	Neuro-Chirurgie								
11	Oto-Rhino-Laryngologie								
12	Pédiatrie								X
13	Pneumologie								
14	Rhumatologie								
15	Ophthalmologie								
16	Chirurgie urologique								
17	Neuro-Psychiatrie								
18	Stomatologie								
19	Chirurgien Dentiste								
20	Réanimation médicale								
21	Sage-femme								
22	Spécialiste en Médecine générale avec diplôme								X
23	Spécialiste en Médecine générale reconnu par l'ordre								X
24	Infirmier								
26	Masseur Kinésithérapeute								
27	Pédicure Podologue								
28	Orthophoniste								
29	Orthoptiste								
30	Laboratoire d'analyses médicales								
31	Rééducation Fonctionnelle Réadaptation								
32	Neurologie								
33	Psychiatrie								
34	Gériatrie								
35	Néphrologie								
36	Chirurgien dentiste spécialité O.D.F.								
37	Anatomo-Cyto-Pathologie								
38	Médecin biologiste								
39	Laboratoire Polyvalent								
40	Laboratoire d'anatomo-cyto-pathologie								
41	Chirurgie orthopédique et traumatologie								
42	Endocrinologie et Métabolisme								

	R60	R61	R62	R63	R64	R65	R66	R70
43	Chirurgie infantile							
44	Chirurgie maxillo-faciale							
45	Chirurgie Maxillo-faciale et stomatologie							
46	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique							
47	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire							
48	Chirurgie vasculaire							
49	Chirurgie viscérale et digestive							
50	Pharmacied'officine	X	X	X	X	X	X	
51	Pharmacie mutualiste	X	X	X	X	X	X	
53	Chirurgien Dentiste spécialité C.O.							
54	Chirurgien Dentiste spécialité M.B.D.							
60	Prestataire de type société							
61	Prestataire de type artisan							
62	Prestataire de type association							
63	Orthésiste							
64	Opticien							
65	Audioprothésiste							
66	Epithésiste Oculariste							
67	Podo-orthésiste							
68	Orthoprothésiste							
69	Chirurgie orale							
70	Gynécologie médicale							
71	Hématologie							
72	Médecine nucléaire							
73	Oncologie médicale							
74	Oncologie radiothérapique							
75	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent							
76	Radiothérapie							
77	Obstétrique							
78	Génétique médicale							
79	Obstétrique et Gynécologie médicale							
80	Santé publique et médecine sociale							
81	Médecine des Maladies infectieuses et tropicales							
82	Médecine légale et expertises médicales							
83	Médecine d'urgence							
84	Médecine vasculaire							
85	Allergologie							
86	Infirmier exerçant en Pratiques Avancées (IPA)							

		B1	B1 bis	B2	B3	B4	B5	B6	B6 bis	B7	B8	B9	B10
01	Médecine générale	X	X	X	X			X		X	X	X	X
02	Anesthésie-Réanimation	X		X				X		X	X	X	X
03	Cardiologie	X		X				X		X	X	X	X
04	Chirurgie générale	X		X				X		X	X	X	X
05	Dermatologie et Vénérologie	X		X				X		X	X	X	X
06	Radiologie	X		X		X	X	X		X	X	X	X
07	Gynécologie obstétrique	X		X				X		X	X	X	X
08	Gastro-Entérologie et Hépatologie	X		X				X		X	X	X	X
09	Médecine interne	X		X				X		X	X	X	X
10	Neuro-Chirurgie	X		X				X		X	X	X	X
11	Oto-Rhino-Laryngologie	X		X				X		X	X	X	X
12	Pédiatrie	X		X				X		X	X	X	X
13	Pneumologie	X		X				X		X	X	X	X
14	Rhumatologie	X		X				X		X	X	X	X
15	Ophthalmologie	X		X				X		X	X	X	X
16	Chirurgie urologique	X		X				X		X	X	X	X
17	Neuro-Psychiatrie	X		X				X		X	X	X	X
18	Stomatologie	X	X	X				X		X	X	X	X
19	Chirurgien Dentiste	X	X	X				X		X	X	X	X
20	Réanimation médicale	X		X				X		X	X	X	X
21	Sage-femme	X		X				X		X	X	X	X
22	Spécialiste en Médecine générale avec diplôme	X	X	X	X			X		X	X	X	X
23	Spécialiste en Médecine générale reconnu par l'ordre	X	X	X	X			X		X	X	X	X
24	Infirmier	X		X					X		X		
26	Masseur Kinésithérapeute	X		X					X		X		
27	Pédicure Podologue	X		X									
28	Orthophoniste	X		X									
29	Orthoptiste	X		X					X		X		
30	Laboratoire d'analyses médicales	X		X							X		
31	Rééducation Fonctionnelle Réadaptation	X		X				X		X	X	X	X
32	Neurologie	X		X				X		X	X	X	X
33	Psychiatrie	X		X				X		X	X	X	X
34	Gériatrie	X		X				X		X	X	X	X
35	Néphrologie	X		X				X		X	X	X	
36	Chirurgien dentiste spécialité O.D.F.	X	X	X				X		X	X	X	X
37	Anatomo-Cyto-Pathologie	X		X				X		X	X	X	X
38	Médecin biologiste	X		X				X		X	X	X	X
39	Laboratoire Polyvalent	X		X							X		
40	Laboratoire d'anatomo-cyto-pathologie	X		X							X		
41	Chirurgie orthopédique et traumatologie	X		X				X		X	X	X	X
42	Endocrinologie et Métabolisme	X		X				X		X	X	X	X

		B1	B1 bis	B2	B3	B4	B5	B6	B6 bis	B7	B8	B9	B10
43	Chirurgie infantile	X		X				X		X	X	X	X
44	Chirurgie maxillo-faciale	X	X	X				X		X	X	X	X
45	Chirurgie Maxillo-faciale et stomatologie	X	X	X				X		X	X	X	X
46	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	X		X				X		X	X	X	X
47	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	X		X				X		X	X	X	X
48	Chirurgie vasculaire	X		X				X		X	X	X	X
49	Chirurgie viscérale et digestive	X		X				X		X	X	X	X
50	Pharmacien d'officine												
51	Pharmacie mutualiste												
53	Chirurgien Dentiste spécialité C.O.	X	X	X				X		X	X	X	X
54	Chirurgien Dentiste spécialité M.B.D.	X	X	X				X		X	X	X	X
60	Prestataire de type société												
61	Prestataire de type artisan												
62	Prestataire de type association												
63	Orthésiste												
64	Opticien												
65	Audioprothésiste												
66	Epithésiste Oculariste												
67	Podo-orthésiste												
68	Orthoprothésiste												
69	Chirurgie orale	X	X	X				X		X	X	X	X
70	Gynécologie médicale	X		X				X		X	X	X	X
71	Hématologie	X		X				X		X	X	X	X
72	Médecine nucléaire	X		X				X		X	X	X	X
73	Oncologie médicale	X		X				X		X	X	X	X
74	Oncologie radiothérapique	X		X				X		X	X	X	X
75	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	X		X				X		X	X	X	X
76	Radiothérapie	X		X		X	X	X		X	X	X	X
77	Obstétrique	X		X				X		X	X	X	X
78	Génétique médicale	X		X				X		X	X	X	X
79	Obstétrique et Gynécologie médicale	X		X				X		X	X	X	X
80	Santé publique et médecine sociale	X		X				X		X	X	X	X
81	Médecine des Maladies infectieuses et tropicales	X		X				X		X	X	X	X
82	Médecine légale et expertises médicales	X		X				X		X	X	X	X
83	Médecine d'urgence	X		X				X		X	X	X	X
84	Médecine vasculaire	X		X				X		X	X	X	X
85	Allergologie	X		X				X		X	X	X	X
86	Infirmier exerçant en Pratiques Avancées (IPA)	X		X					X		X		

		B11	B12	B13	F1	F2	F3	F4	F5	S1	S2	S3	S403
01	Médecine générale	X	X	X	X			X			X		X
02	Anesthésie-Réanimation	X	X	X	X			X					
03	Cardiologie	X	X	X	X			X					
04	Chirurgie générale	X	X	X	X			X					
05	Dermatologie et Vénérologie	X	X	X	X			X					
06	Radiologie	X	X	X	X			X					
07	Gynécologie obstétrique	X	X	X	X			X					
08	Gastro-Entérologie et Hépatologie	X	X	X	X			X					
09	Médecine interne	X	X	X	X			X					
10	Neuro-Chirurgie	X	X	X	X			X					
11	Oto-Rhino-Laryngologie	X	X	X	X			X					
12	Pédiatrie	X	X	X	X			X					
13	Pneumologie	X	X	X	X			X					
14	Rhumatologie	X	X	X	X			X					
15	Ophthalmologie	X	X	X	X			X					
16	Chirurgie urologique	X	X	X	X			X					
17	Neuro-Psychiatrie	X	X	X	X			X					
18	Stomatologie	X	X	X	X			X					
19	Chirurgien Dentiste	X	X	X		X		X					
20	Réanimation médicale	X	X	X	X			X					
21	Sage-femme	X	X	X		X	X	X					
22	Spécialiste en Médecine générale avec diplôme	X	X	X	X			X					
23	Spécialiste en Médecine générale reconnu par l'ordre	X	X	X	X			X					
24	Infirmier	X		X			X	X	X				
26	Masseur Kinésithérapeute	X		X			X	X					
27	Pédicure Podologue			X			X	X		X	X	X	X
28	Orthophoniste			X			X	X					
29	Orthoptiste	X		X			X	X					
30	Laboratoire d'analyses médicales			X	X		X	X					
31	Rééducation Fonctionnelle Réadaptation	X	X	X	X			X					
32	Neurologie	X	X	X	X			X					
33	Psychiatrie	X	X	X	X			X					
34	Gériatrie	X	X	X	X			X					
35	Néphrologie	X	X	X	X			X					
36	Chirurgien dentiste spécialité O.D.F.	X	X	X		X		X					
37	Anatomo-Cyto-Pathologie	X	X	X	X			X					
38	Médecin biologiste	X	X	X	X			X					
39	Laboratoire Polyvalent			X	X		X	X					
40	Laboratoire d'anatomo-cyto-pathologie			X	X			X					
41	Chirurgie orthopédique et traumatologie	X	X	X	X			X					
42	Endocrinologie et Métabolisme	X	X	X	X			X					

		B11	B12	B13	F1	F2	F3	F4	F5	S1	S2	S3	S403
43	Chirurgie infantile	X	X	X	X			X					
44	Chirurgie maxillo-faciale	X	X	X	X			X					
45	Chirurgie Maxillo-faciale et stomatologie	X	X	X	X			X					
46	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	X	X	X	X			X					
47	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	X	X	X	X			X					
48	Chirurgie vasculaire	X	X	X	X			X					
49	Chirurgie viscérale et digestive	X	X	X	X			X					
50	Pharmacien d'officine			X						X	X	X	X
51	Pharmacie mutualiste			X						X	X	X	X
53	Chirurgien Dentiste spécialité C.O.	X	X	X		X		X					
54	Chirurgien Dentiste spécialité M.B.D.	X	X	X		X		X					
60	Prestataire de type société			X						X	X		X
61	Prestataire de type artisan			X						X	X		X
62	Prestataire de type association			X						X	X		X
63	Orthésiste			X						X	X		X
64	Opticien			X						X	X		X
65	Audioprothésiste			X						X	X		X
66	Epithésiste Oculariste			X						X	X		X
67	Podo-orthésiste			X						X	X		X
68	Orthoprothésiste			X						X	X		X
69	Chirurgie orale	X	X	X	X			X					
70	Gynécologie médicale	X	X	X	X			X					
71	Hématologie	X	X	X	X			X					
72	Médecine nucléaire	X	X	X	X			X					
73	Oncologie médicale	X	X	X	X			X					
74	Oncologie radiothérapique	X	X	X	X			X					
75	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	X	X	X	X			X					
76	Radiothérapie	X	X	X	X			X					
77	Obstétrique	X	X	X	X			X					
78	Génétique médicale	X	X	X	X			X					
79	Obstétrique et Gynécologie médicale	X	X	X	X			X					
80	Santé publique et médecine sociale	X	X	X	X			X					
81	Médecine des Maladies infectieuses et tropicales	X	X	X	X			X					
82	Médecine légale et expertises médicales	X	X	X	X			X					
83	Médecine d'urgence	X	X	X	X			X					
84	Médecine vasculaire	X	X	X	X			X					
85	Allergologie	X	X	X	X			X					
86	Infirmier exerçant en Pratiques Avancées (IPA)	X		X			X	X	X				

		T1	T3.1	T1 bis	T1 ter	T3.1 ter	T2	T2 bis	T2 ter	T2 quater	T2 quint	T3	T4	T5
01	Médecine générale	X	X				X				X	X	X	X
02	Anesthésie-Réanimation	X	X				X				X	X	X	X
03	Cardiologie	X	X				X				X	X	X	X
04	Chirurgie générale	X	X				X				X	X	X	X
05	Dermatologie et Vénérologie	X	X				X				X	X	X	X
06	Radiologie	X	X				X				X	X	X	X
07	Gynécologie obstétrique	X	X				X				X	X	X	X
08	Gastro-Entérologie et Hépatologie	X	X				X				X	X	X	X
09	Médecine interne	X	X				X				X	X	X	X
10	Neuro-Chirurgie	X	X				X				X	X	X	X
11	Oto-Rhino-Laryngologie	X	X				X				X	X	X	X
12	Pédiatrie	X	X				X				X	X	X	X
13	Pneumologie	X	X				X				X	X	X	X
14	Rhumatologie	X	X				X				X	X	X	X
15	Ophthalmologie	X	X				X				X	X	X	X
16	Chirurgie urologique	X	X				X				X	X	X	X
17	Neuro-Psychiatrie	X	X				X				X	X	X	X
18	Stomatologie	X	X	X			X				X	X	X	X
19	Chirurgien Dentiste	X	X	X			X				X	X	X	X
20	Réanimation médicale	X	X				X				X	X	X	X
21	Sage-femme	X	X				X				X	X		X
22	Spécialiste en Médecine générale avec diplôme	X	X				X				X	X	X	X
23	Spécialiste en Médecine générale reconnu par l'ordre	X	X				X				X	X	X	X
24	Infirmier	X	X					X			X	X		X
26	Masseur Kinésithérapeute	X	X					X			X	X		X
27	Pédicure Podologue	X	X		X	X		X			X	X		X
28	Orthophoniste	X	X					X			X	X		X
29	Orthoptiste	X	X					X			X	X		X
30	Laboratoire d'analyses médicales				X	X				X	X	X		X
31	Rééducation Fonctionnelle Récupération	X	X				X				X	X	X	X
32	Neurologie	X	X				X				X	X	X	X
33	Psychiatrie	X	X				X				X	X	X	X
34	Gériatrie	X	X				X				X	X	X	X
35	Néphrologie	X	X				X				X	X	X	X
36	Chirurgien dentiste spécialité O.D.F.	X	X	X			X				X	X	X	X
37	Anatomo-Cyto-Pathologie	X	X				X				X	X		X
38	Médecin biologiste	X	X				X				X	X		X
39	Laboratoire Polyvalent				X	X				X	X	X		X
40	Laboratoire d'anatomo-cyto-pathologie				X	X				X	X	X		X
41	Chirurgie orthopédique et traumatologie	X	X				X				X	X	X	X
42	Endocrinologie et Métabolisme	X	X				X				X	X	X	X

		T1	T3.1	T1 bis	T1 ter	T3.1 ter	T2	T2 bis	T2 ter	T2 quater	T2 quint	T3	T4	T5
43	Chirurgie infantile	X	X				X				X	X	X	X
44	Chirurgie maxillo-faciale	X	X				X				X	X	X	X
45	Chirurgie Maxillo-faciale et stomatologie	X	X				X				X	X	X	X
46	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	X	X				X				X	X	X	X
47	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	X	X				X				X	X	X	X
48	Chirurgie vasculaire	X	X				X				X	X	X	X
49	Chirurgie viscérale et digestive	X	X				X				X	X	X	X
50	Pharmacien d'officine				X	X			X		X	X		X
51	Pharmacie mutualiste				X	X			X		X	X		X
53	Chirurgien Dentiste spécialité C.O.	X	X	X			X				X	X	X	X
54	Chirurgien Dentiste spécialité M.B.D.	X	X	X			X				X	X	X	X
60	Prestataire de type société				X	X			X		X	X		X
61	Prestataire de type artisan				X	X			X		X	X		X
62	Prestataire de type association				X	X			X		X	X		X
63	Orthésiste				X	X			X		X	X		X
64	Opticien				X	X			X		X	X		X
65	Audioprothésiste				X	X			X		X	X		X
66	Epithésiste Oculariste				X	X			X		X	X		X
67	Podo-orthésiste				X	X			X		X	X		X
68	Orthoprothésiste				X	X			X		X	X		X
69	Chirurgie orale	X	X	X			X				X	X	X	X
70	Gynécologie médicale	X	X				X				X	X	X	X
71	Hématologie	X	X				X				X	X	X	X
72	Médecine nucléaire	X	X				X				X	X	X	X
73	Oncologie médicale	X	X				X				X	X	X	X
74	Oncologie radiothérapique	X	X				X				X	X	X	X
75	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	X	X				X				X	X	X	X
76	Radiothérapie	X	X				X				X	X	X	X
77	Obstétrique	X	X				X				X	X	X	X
78	Génétique médicale	X	X				X				X	X	X	X
79	Obstétrique et Gynécologie médicale	X	X				X				X	X	X	X
80	Santé publique et médecine sociale	X	X				X				X	X	X	X
81	Médecine des Maladies infectieuses et tropicales	X	X				X				X	X	X	X
82	Médecine légale et expertises médicales	X	X				X				X	X	X	X
83	Médecine d'urgence	X	X				X				X	X	X	X
84	Médecine vasculaire	X	X				X				X	X	X	X
85	Allergologie	X	X				X				X	X	X	X
86	Infirmier exerçant en Pratiques Avancées (IPA)	X	X					X			X	X		X

		T6	T7	T8	T12	T13	Tc8	P0	P0bis	P1	P1bis	P2	P3	P4
01	Médecine générale	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
02	Anesthésie-Réanimation	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
03	Cardiologie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
04	Chirurgie générale	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
05	Dermatologie et Vénérologie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
06	Radiologie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
07	Gynécologie obstétrique	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
08	Gastro-Entérologie et Hépatologie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
09	Médecine interne	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10	Neuro-Chirurgie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
11	Oto-Rhino-Laryngologie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12	Pédiatrie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13	Pneumologie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
14	Rhumatologie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
15	Ophthalmologie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
16	Chirurgie urologique	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
17	Neuro-Psychiatrie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
18	Stomatologie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
19	Chirurgien Dentiste	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X		
20	Réanimation médicale	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
21	Sage-femme	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X		
22	Spécialiste en Médecine générale avec diplôme	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
23	Spécialiste en Médecine générale reconnu par l'ordre	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
24	Infirmier	X	X	X	X	X		X	X	X		X		
26	Masseur Kinésithérapeute	X	X	X	X	X		X	X	X		X		
27	Pédicure Podologue	X	X	X	X	X		X	X	X		X		
28	Orthophoniste	X	X	X	X	X		X	X	X		X		
29	Orthoptiste	X	X	X	X	X		X	X	X		X		
30	Laboratoire d'analyses médicales		X	X	X	X		X	X	X		X		
31	Rééducation Fonctionnelle Réadaptation	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
32	Neurologie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
33	Psychiatrie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
34	Gériatrie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
35	Néphrologie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
36	Chirurgien dentiste spécialité O.D.F.	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X
37	Anatomo-Cyto-Pathologie		X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
38	Médecin biologiste		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
39	Laboratoire Polyvalent		X	X	X	X		X	X	X		X		
40	Laboratoire d'anatomo-cyto-pathologie		X	X	X	X		X	X	X		X		
41	Chirurgie orthopédique et traumatologie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
42	Endocrinologie et Métabolisme	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

43	Chirurgie infantile	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
44	Chirurgie maxillo-faciale	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
45	Chirurgie Maxillo-faciale et stomatologie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
46	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
47	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
48	Chirurgie vasculaire	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
49	Chirurgie viscérale et digestive	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
50	Pharmacien d'officine	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
51	Pharmacie mutualiste	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
53	Chirurgien Dentiste spécialité C.O.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
54	Chirurgien Dentiste spécialité M.B.D.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
60	Prestataire de type société	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
61	Prestataire de type artisan	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
62	Prestataire de type association	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
63	Orthésiste	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
64	Opticien	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
65	Audioprothésiste	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
66	Epithésiste Oculariste	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
67	Podo-orthésiste	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
68	Orthoprothésiste	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
69	Chirurgie orale	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
70	Gynécologie médicale	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
71	Hématologie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
72	Médecine nucléaire	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
73	Oncologie médicale	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
74	Oncologie radiothérapique	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
75	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
76	Radiothérapie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
77	Obstétrique	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
78	Génétique médicale	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
79	Obstétrique et Gynécologie médicale	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
80	Santé publique et médecine sociale	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
81	Médecine des Maladies infectieuses et tropicales	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
82	Médecine légale et expertises médicales	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
83	Médecine d'urgence	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
84	Médecine vasculaire	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
85	Allergologie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
86	Infirmier exerçant en Pratiques Avancées (IPA)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

		P5	P6	P7
01	Médecine générale			
02	Anesthésie-Réanimation			
03	Cardiologie			
04	Chirurgie générale			
05	Dermatologie et Vénérologie			
06	Radiologie			
07	Gynécologie obstétrique			
08	Gastro-Entérologie et Hépatologie			
09	Médecine interne			
10	Neuro-Chirurgie			
11	Oto-Rhino-Laryngologie			
12	Pédiatrie			
13	Pneumologie			
14	Rhumatologie			
15	Ophthalmologie			
16	Chirurgie urologique			
17	Neuro-Psychiatrie			
18	Stomatologie	X	X	
19	Chirurgien Dentiste	X	X	
20	Réanimation médicale			
21	Sage-femme			
22	Spécialiste en Médecine générale avec diplôme			
23	Spécialiste en Médecine générale reconnu par l'ordre			
24	Infirmier			
26	Masseur Kinésithérapeute			
27	Pédicure Podologue			
28	Orthophoniste			
29	Orthoptiste			
30	Laboratoire d'analyses médicales			
31	Rééducation Fonctionnelle Réadaptation			
32	Neurologie			
33	Psychiatrie			
34	Gériatrie			
35	Néphrologie			
36	Chirurgien dentiste spécialité O.D.F.		X	
37	Anatomo-Cyto-Pathologie			
38	Médecin biologiste			
39	Laboratoire Polyvalent			
40	Laboratoire d'anatomo-cyto-pathologie			
41	Chirurgie orthopédique et traumatologie			
42	Endocrinologie et Métabolisme			

		P5	P6	P7
43	Chirurgie infantile			
44	Chirurgie maxillo-faciale	X	X	
45	Chirurgie Maxillo-faciale et stomatologie	X	X	
46	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique			
47	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire			
48	Chirurgie vasculaire			
49	Chirurgie viscérale et digestive			
50	Pharmacien d'officine			X
51	Pharmacie mutualiste			X
53	Chirurgien Dentiste spécialité C.O.	X	X	
54	Chirurgien Dentiste spécialité M.B.D.	X	X	
60	Prestataire de type société			X
61	Prestataire de type artisan			X
62	Prestataire de type association			X
63	Orthésiste			X
64	Opticien			X
65	Audioprothésiste			X
66	Epithésiste Oculariste			X
67	Podo-orthésiste			X
68	Orthoprothésiste			X
69	Chirurgie orale	X	X	
70	Gynécologie médicale			
71	Hématologie			
72	Médecine nucléaire			
73	Oncologie médicale			
74	Oncologie radiothérapique			
75	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent			
76	Radiothérapie			
77	Obstétrique			
78	Génétique médicale			
79	Obstétrique et Gynécologie médicale			
80	Santé publique et médecine sociale			
81	Médecine des Maladies infectieuses et tropicales			
82	Médecine légale et expertises médicales			
83	Médecine d'urgence			
84	Médecine vasculaire			
85	Allergologie			
86	Infirmier exerçant en Pratiques Avancées (IPA)			

3 1^{ère} partie : Réglementation

Sommaire

R1 - Compatibilité du code prestation, du code indemnité forfaitaire de déplacement ou du type d'indemnité kilométrique avec la spécialité du Professionnel de Santé	35
R1bis- Compatibilité entre le code prestation et le contexte conventionnel du PS.....	36
R2 - Compatibilité entre le code prestation ou le code indemnité forfaitaire de déplacement ou le type d'indemnité kilométrique avec la qualité du bénéficiaire	37
R2 bis- Compatibilité entre le code prestation ou le code indemnité forfaitaire de déplacement ou le type d'indemnité kilométrique avec l'âge du bénéficiaire.....	38
R3 - Compatibilité du code prestation, du code indemnité forfaitaire de déplacement ou du type d'indemnité kilométrique avec la nature d'assurance	39
R4 - Compatibilité entre la nature d'assurance et la qualité du bénéficiaire	40
R5 - Contrôle de la nécessité d'une prescription pour un code prestation	41
R6 - Contrôle de la clé du numéro de prescripteur.....	42
R6 bis - Contrôle de la clé du numéro national d'immatriculation.....	43
R7 - Contrôle du coefficient des codes prestations effectués par un prescripteur, un auxiliaire médical ou un laboratoire d'analyses de biologie médicale.....	44
R8 - Nécessité d'une entente préalable pour un code prestation en fonction de la spécialité du Professionnel de Santé ...	45
R8bis - Contrôle de la nécessité d'une entente préalable pour les actes de biologie.....	46
R8ter - Contrôle de la nécessité d'une entente préalable pour les produits de la LPP.....	47
R10 - Vérification de la présence du numéro d'agrément de l'appareil pour les forfaits techniques	48
R11bis – Compatibilité des Soins Dentaires Forfaits CMU-C avec l'acte support.....	49
R11ter- Incompatibilité du code prestation avec une situation	50
R12 - Compatibilité du code prestation effectué avec une indemnité de déplacement	51
R14 - Compatibilité du code prestation avec le complément de « nuit » ou « dimanche ou jour férié », ou « urgence »	52
R15 - Contrôle de la validité d'une majoration de dimanche ou de jour férié	53
R16 - Compatibilité entre le montant des honoraires et le code qualificatif de la dépense	54
R17 - Compatibilité entre le code prestation et le code qualificatif de la dépense.....	55
R17 bis – Association obligatoire de code prestation.....	56
R17 ter – Contexte du parcours de soins pour des actes associés.....	57
R18 - Condition d'élaboration d'une Feuille de Soins Electronique en fonction de la situation du bénéficiaire	58
R19 - Contrôle de la présence d'actes incompatibles au regard des codes affinés de biologie	59
R20 - Contrôle du nombre maximum d'un même code affiné de biologie.....	60
R21 - Contrôle du respect des règles spécifiques en matière de codes affinés de biologie.....	61
R22 - Contrôle entre le coefficient facturé et le cumul des coefficients associés à chaque code affiné de biologie.....	62
R23 - Contrôle de la justification du complément à la cotation minimale liée aux actes sanguins	63
R24 – Taux d'abattement des indemnités kilométriques.....	64
R25.0 – Acquisition de l'organisme gestionnaire pour un accident du travail.....	65
R25.1 – Contrôle de l'existence d'une couverture au risque AT.....	67
R25.2 – Contrôle de l'acceptation d'une Feuille de Soins Electronique Accident du Travail pour un régime	68
R25.4– Contrôle de l'élaboration d'une FSE AT en l'absence d'organisme sur le support AT	69
R25.6 – Condition de sécurisation d'une FSE en fonction de l'organisme gestionnaire AT identifié.....	70
R26 - Acquisition de la date d'accident du travail et du numéro d'« Accident du travail » pour la nature d'assurance AT ...	71
R27 - Contrôle de la clé du numéro accident du travail.....	72
R28 - Contrôle de la date d'accident du travail pour la nature d'assurance « Accident du travail »	73
R29- Détermination du contexte tiers payant lié à des dispositions réglementaires spécifiques.....	74
R30 - Nécessité d'une date maternité pour la nature d'assurance « Maternité »	77
R31 - Contrôle de la date maternité pour la nature d'assurance « Maternité »	78
R32- Contrôle de la date de fin pour la prestation détaillée LPP.....	79
R33 – Contrôle du mode de sécurisation SESAM sans Vitale	80
R33 bis – Utilisation des modes de sécurisation SESAM sans Vitale ou dégradé.....	81
R35 Condition d'élaboration d'une FSE relative à un accident de la vie privée pour le régime agricole	82
R36 Contrôle de la date de l'accident	83
R37 – Détermination des cas d'exclusion du parcours de soins	84
R37bis –Détermination du contexte d'Urgence en fonction de la prestation	85
R37ter – Contextes particuliers au regard du parcours de soins.....	86
R37quater – Détermination de la position de la facture au regard du parcours de soins	87
R38 – Compatibilité de la spécialité du Professionnel de Santé avec les situations de parcours de soins « Accès Direct Spécifique » et « Hors Accès Direct Spécifique »	88
R39 – Compatibilité des majorations de coordination dans le parcours coordonné de soins.....	89
R40 – Déterminer la nécessité de supplément(s) dérogatoire(s) SMG dans la facture.....	90
R41 – Déterminer le contexte tarifaire Professionnel de Santé (PS) de la prestation	91
R42 – Déterminer le contexte tarifaire bénéficiaire (BS) de la prestation	92
R43 – Contrôler le non panachage des paniers de soins dentaires sur une même dent	93
R44 – Contrôler le non panachage des paniers de soins optiques entre verres	94
R51 – Déterminer la nécessité d'un complément AT dentaire	95
R55 – Déterminer le code prestation du dépassement à générer	96

R60 – Déterminer l'honoraire de dispensation simple à générer.....	97
R61 – Déterminer la nécessité de générer un honoraire complexe	98
R62 – Déterminer la nécessité de générer un honoraire pour médicament remboursable	99
R63 – Déterminer la nécessité de générer un honoraire lié à l'âge.....	100
R64 – Déterminer la nécessité de générer un honoraire pour médicament spécifique	101
R65 – Contrôler la validité du mode de prescription à la date de prescription.....	102
R66 – Contrôler la compatibilité entre le mode de prescription et l'indicateur de substitution pour délivrance du princeps.....	103
R70 – Détermination du code prestation en cas de consultation obligatoire enfant.....	104

R1 - Compatibilité du code prestation, du code indemnité forfaitaire de déplacement ou du type d'indemnité kilométrique avec la spécialité du Professionnel de Santé

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Les Professionnels de Santé ne peuvent exécuter que certains codes prestation.</p> <p>Cette règle a pour objet de vérifier que la spécialité du Professionnel de Santé et le code prestation sont compatibles et que ce dernier est valide à la date d'exécution des soins.</p>	<p>Spécialité du Professionnel de Santé : Lue sur la carte PS ou saisie dans le groupe 1870</p> <p>Code prestation : (1610) : Saisie par le PS</p> <p><u>ou</u></p> <p>Code indemnité forfaitaire de déplacement : (1620) : Saisie par le PS</p> <p><u>ou</u></p> <p>Type d'indemnité kilométrique : (1630) : Saisie par le PS</p> <p>Date d'exécution : (1610) : Saisie par le PS</p> <p><u>ou</u></p> <p>Date du déplacement IFD : (1620) : Saisie par le PS</p> <p><u>ou</u></p> <p>Date du déplacement IK : (1630) : Saisie par le PS</p>	<p>Table 1 Table 2</p>	<p>NGAP : Dispositions générales NABM : Dispositions générales</p>	<p>Les prestations CCAM sont régies par la règle équivalente Rc5 (cf. Annexe1-A1).</p> <p>* La présence du groupe 1870 rend la saisie prioritaire sur la lecture carte PS</p>

R1bis- Compatibilité entre le code prestation et le contexte conventionnel du PS

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier la compatibilité entre le code prestation saisi par le Professionnel de Santé et le contexte conventionnel du PS définis par</p> <ul style="list-style-type: none"> • son secteur conventionnel • son contrat tarifaire PS. <p>Le code prestation est</p> <ul style="list-style-type: none"> • soit compatible, • soit non compatible, • soit compatible sous condition de respect de la règle P3 • soit compatible sous condition de respect de la règle P4 	<p>Code prestation : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Code conventionnel : lu sur la carte PS ou saisi dans le groupe 1870</p> <p>Contrat tarifaire PS : paramétré sur le poste PS ou saisi par le PS</p> <p>Prestation compatible: Donnée Résultat-</p>	<p>Table 2bis</p>	<p>Convention Médicale 2016</p>	<p>Par construction, la règle P3 concerne des prestations de type « support » uniquement et la règle P4 des prestations de type « secondaire » uniquement</p>

R2 - Compatibilité entre le code prestation ou le code indemnité forfaitaire de déplacement ou le type d'indemnité kilométrique avec la qualité du bénéficiaire

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
Cette règle a pour objet de vérifier la compatibilité entre le code prestation saisi par le Professionnel de Santé et la qualité du bénéficiaire.	<p>Code prestation : (1610) : Saisie par le PS</p> <p><u>ou</u></p> <p>Code indemnité forfaitaire de déplacement : (1620) : Saisie par le PS</p> <p><u>ou</u></p> <p>Type d'indemnité kilométrique : (1630) : Saisie par le PS</p> <p>Qualité du bénéficiaire (1130)</p> <p>Code régime : (1310)</p>	Table 3	NGAP : Dispositions générales	

R2 bis- Compatibilité entre le code prestation ou le code indemnité forfaitaire de déplacement ou le type d'indemnité kilométrique avec l'âge du bénéficiaire

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier la compatibilité entre le code prestation saisi par le Professionnel de Santé et l'âge du bénéficiaire à la date d'exécution des soins.</p> <p>Certains codes prestations sont autorisés uniquement à partir d'un âge minimum ou jusqu'à un âge maximum. L'âge minimum s'entend à partir du jour anniversaire de l'âge indiqué en table. L'âge maximum s'entend jusqu'à la veille de la date anniversaire de l'âge indiqué en table.</p> <p>Remarque : en présence d'un mois lunaire la date de naissance est ramenée au 01/01 de l'année de naissance.</p> <p>Cette règle ne s'applique pas pour les soins facturés en nature d'assurance maternité.</p>	<p>Code prestation : (1610) : Saisie par le PS</p> <p><u>ou</u></p> <p>Code indemnité forfaitaire de déplacement : (1620) : Saisie par le PS</p> <p><u>ou</u></p> <p>Type d'indemnité kilométrique : (1630) : Saisie par le PS</p> <p>Date de naissance du bénéficiaire (1130)</p>	Table 3	<p>NGAP : Dispositions générales</p> <p>Réforme de l'Assurance Maladie : Loi du 13/08/2004</p>	Les prestations CCAM sont régies par les règles RC 4 et RC 13 CF annexe 1A-1)

R3 - Compatibilité du code prestation, du code indemnité forfaitaire de déplacement ou du type d'indemnité kilométrique avec la nature d'assurance

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier la compatibilité du code prestation avec la nature d'assurance (maladie, maternité, accident du travail ou soins médicaux gratuits).</p>	<p>Code prestation : (1610) : Saisie par le PS</p> <p><u>ou</u></p> <p>Code indemnité forfaitaire de déplacement : (1620) : Saisie par le PS</p> <p><u>ou</u></p> <p>Type d'indemnité kilométrique : (1630) : Saisie par le PS</p> <p>Groupe nature d'assurance : (151x) : Saisie par le PS</p>	<p>Table 4</p>		<p>Les prestations CCAM sont régies par la règle équivalente Rc8 (cf. Annexe1-A1).</p>

R4 - Compatibilité entre la nature d'assurance et la qualité du bénéficiaire

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>La nature d'assurance "Maladie" est <u>compatible</u> avec toutes les qualités de bénéficiaires, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • assuré • ascendant, descendant, collatéraux ascendants • conjoint • conjoint divorcé • concubin • conjoint séparé • enfant • conjoint veuf • autre ayant droits <p>La nature d'assurance "Maternité" est <u>incompatible</u> avec les bénéficiaires suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ascendant, descendant, collatéraux ascendants, <p>La nature d'assurance "Accident du travail" n'est compatible qu'avec la qualité de bénéficiaire "assuré" sauf pour les non salariés agricoles pour lesquels la qualité de bénéficiaire peut être différente de "assuré".</p> <p>La nature d'assurance « SMG » est compatible avec toutes les qualités de bénéficiaire.</p>	<p>Groupe nature d'assurance : (151x) : Saisie par le PS</p> <p>Qualité du bénéficiaire (1130)</p>		<p>Art L313-3 et L161.14 du code de la Sécurité Sociale Art L615.10 pour le RSI</p>	<p>Pour la nature d'assurance "Maternité", la feuille de soins électronique sécurisée est toujours établie au nom de la mère, quel que soit le bénéficiaire des soins (père, enfant).</p> <p>Les non salariés agricoles (i.e. les exploitants) sont caractérisés par n° de code caisse gestionnaire dont le dernier caractère est 1. Les salariés agricoles sont caractérisés par n° de code caisse gestionnaire dont le dernier caractère est 5.</p>

R5 - Contrôle de la nécessité d'une prescription pour un code prestation

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Certains codes prestation ne peuvent être pris en charge que dans la mesure où ils ont fait l'objet d'une prescription.</p> <p>Cette règle a pour objet de déterminer si le code prestation qui a été exécuté est soumis à prescription médicale.</p> <p>Dès lors que cette obligation existe, une date de prescription ainsi que le numéro du prescripteur doivent être renseignés.</p> <p>Dans le cas contraire, le Professionnel de Santé doit toutefois pouvoir saisir ces informations.</p>	<p>Code prestation : (1610) : Saisie par le PS</p> <p><u>ou</u></p> <p>Code indemnité forfaitaire de déplacement : (1620) : Saisie par le PS</p> <p><u>ou</u></p> <p>Type d'indemnité kilométrique : (1630) : Saisie par le PS</p> <p>Date de prescription : (1211) : Saisie par le PS</p> <p><u>ou</u></p> <p>Date début : (1212) : Saisie par le PS</p> <p>Numéro du prescripteur : (à valoriser dans les groupes 1211 et 1212)</p>	Table 4		<p>Exemple : Pour les actes SF la prescription est nécessaire dans certains cas seulement :</p> <p>L'observation et le traitement à domicile d'une grossesse demandant une surveillance intensive est soumise à prescription médicale.</p> <p>Remarque :</p> <ul style="list-style-type: none"> pour des prestations effectuées par des prescripteurs, la prescription n'est jamais obligatoire sauf s'il s'agit d'une sage-femme pour des prestations de type secondaire, ce contrôle n'a pas à être effectué : la nécessité d'une prescription est contrôlée par rapport à l'acte support associé.

R6 - Contrôle de la clé du numéro de prescripteur

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier la clé des numéros de prescripteur après saisie de ces numéros par l'exécutant.</p> <p>Ces numéros correspondent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • au numéro d'identification de facturation • au n° RPPS <p>Cette vérification est faite à partir de l'algorithme de calcul suivant :</p> <p>Numéroter les chiffres du numéro de la droite vers la gauche Multiplier par 1 les chiffres de rang pair Multiplier par 2 les chiffres de rang impair Additionner l'ensemble de ces résultats, chiffre par chiffre Déterminer le complément à 10 du chiffre unitaire de cette somme : il constitue la clé</p> <p><i>Cas particulier</i> : Dans le cas de numéros renfermant des lettres, le calcul de clé se réalise par transposition de la lettre par un chiffre de la manière suivante :</p> <p>A par 1, B par 2, C par 3, D par 4 etc...</p> <p>La clé ainsi calculée doit être égale à la clé saisie</p>	<p>Numéro d'identification de facturation (1211 ou 1213 ou 1214) : Saisie par le PS</p> <p>Clé du numéro d'identification de facturation : (1211 ou 1213 ou 1214) : Saisie par le PS</p> <p>Identifiant RPPS (1211 ou 1213 ou 1214) : Saisie par le PS</p> <p>Clé du RPPS : (1211 ou 1213 ou 1214) : Saisie par le PS</p>			

R6 bis - Contrôle de la clé du numéro national d'immatriculation

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier la clé du numéro national d'immatriculation lorsque celui-ci est saisi par le Professionnel de Santé (SESAM sans Vitale, mode dégradé)</p> <p>Cette vérification est faite à partir de l'algorithme de calcul suivant :</p> <p>La clé est calculée à partir des 13 caractères significatifs ;</p> <p>Il faut diviser par 97 le nombre constitué par les 13 caractères ;</p> <p>Le complément à 97 du reste de cette division constitue la clé.</p> <p>Pour les assurés nés en Corse, le couple 2A prend la valeur 19 et le couple 2B la valeur 18, pour le calcul de la clé.</p>	<p>Numéro national d'immatriculation (1130) saisi par le PS</p> <p>Clé (1130) saisi par le PS</p>			<p>Exemple :</p> <p>1 29 02 78 551 031 divisé par 97 = 13301840732</p> <p>reste 27</p> <p>Complément = 97 - 27 = 70</p> <p>Clé = 70</p>

R7 - Contrôle du coefficient des codes prestations effectués par un prescripteur, un auxiliaire médical ou un laboratoire d'analyses de biologie médicale

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de déterminer si le code prestation doit être ou non affecté d'un coefficient.</p> <p>L'obligation d'un coefficient pour certains actes est imposée par sa nomenclature.</p> <p>On recherche à partir d'une table si la présence d'un coefficient est obligatoire pour l'acte concerné et si celui-ci ne se situe pas à l'extérieur des valeurs minimales et maximales données dans une table.</p>	<p>Coefficient : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Code prestation : (1610) : Saisie par le PS</p>	Table 4	<p>NGAP : Dispositions générales</p> <p>NABM : Dispositions générales</p>	<p>Dans la table des compatibilités (table 4) certaines valeurs à " Non " sont suivies d'un astérisque (N*). Cette mention indique que le coefficient, s'il n'est pas saisi par le Professionnel de Santé, doit être renseigné à 1 par défaut.</p>

R8 - Nécessité d'une entente préalable pour un code prestation en fonction de la spécialité du Professionnel de Santé

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier si un code prestation est susceptible d'être soumis à la formalité de l'entente préalable pour une spécialité de Professionnel de Santé. Cette règle est à réaliser une seule fois par facture pour toutes les prestations de même couple (code prestation, coefficient) (les dates d'exécution peuvent être différentes).</p> <p>Cette règle concerne les prestations de la nomenclature « NGAP ».</p>	<p>Code prestation : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Code accord entente préalable : (1840) : Saisie par le PS</p> <p>Coefficient : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Spécialité du professionnel de santé : Lue sur la carte PS</p> <p>Type de nomenclature : Lu en table 1</p>	<p>Table 1 Table 6</p>	<p>NGAP</p>	<p>Les prestations CCAM sont régies par la règle équivalente Rc7 (cf. Annexe1-A1).</p> <p>Gestion de l'entente préalable :</p> <p>La caisse dispose d'un délai de 15 jours pour se prononcer sur la demande d'entente préalable, à défaut de réponse dans ce délai, son accord est réputé acquis.</p> <p>Remarques : Concernant les actes dentaires, la demande d'entente préalable n'est plus requise sauf pour les actes d'orthopédie dento-faciale et les actes de chirurgie pré-prothétique qui restent soumis à la formalité d'entente préalable.</p>

R8bis - Contrôle de la nécessité d'une entente préalable pour les actes de biologie

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier la nécessité d'une entente préalable pour chaque code affiné présent sur la facture. Dès lors qu'au moins un code affiné est soumis à entente préalable, ce contrôle doit être effectué.</p> <p>Cette règle concerne les prestations de la nomenclature « NABM ».</p>	<p>Code affiné de l'acte : 1710 : saisie par le PS.</p> <p>Code accord entente préalable (1840) : saisie par le PS.</p> <p>Type de nomenclature : Lu en table 1</p>	<p>Table 1</p> <p>Table nationale de biologie.</p>	<p>NABM</p>	<p>Gestion de l'entente préalable La caisse dispose d'un délai de 15 jours pour se prononcer sur la demande d'entente préalable, à défaut de réponse dans ce délai, son accord est réputé acquis</p>

R8ter - Contrôle de la nécessité d'une entente préalable pour les produits de la LPP

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier la nécessité d'une entente préalable pour chaque code affiné présent sur la facture. Dès lors qu'au moins un code affiné est soumis à entente préalable, ce contrôle doit être effectué.</p> <p>Cette règle concerne les prestations de la nomenclature « LPP ».</p>	<p>Code affiné de l'acte : (1730) : saisie par le PS.</p> <p>Code accord entente préalable (1840). : saisie par le PS.</p> <p>Type de nomenclature : Lu en table 1</p>	<p>Table 1 Base LPP</p>		

R10 - Vérification de la présence du numéro d'agrément de l'appareil pour les forfaits techniques

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Lorsque l'acte facturé est un forfait technique l'appareil ayant exécuté ces actes doit comporter un numéro d'agrément.</p> <p>Ce numéro d'agrément doit figurer sur la facture.</p> <p>Cette règle concerne les prestations du groupe fonctionnel « Forfaits Techniques ».</p>	<p>Code prestation : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Identification Appareillage : (1830) : Saisie par le PS</p> <p>Groupe fonctionnel : Lu en table 1</p>	<p>Table 1</p>		

R11bis – Compatibilité des Soins Dentaires Forfaits CMU-C avec l'acte support

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Dans le cadre de la CMU complémentaire C2S, des dépassements fixés par arrêté ministériel peuvent être pris en charge en plus des tarifs de responsabilités.</p> <p>Ces dépassements sont facturés sous la forme d'un forfait, i.e. une prestation du groupe fonctionnel « soins dentaires / forfait CMU-C ».</p> <p>Ils sont compatibles avec certaines prestations des groupes fonctionnels suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « soins dentaires / ODF », 	<p>Code prestation : (1610) : Saisie par le PS (NGAP) ou code regroupement CCAM renseigné par le progiciel. Groupe fonctionnel : Lu en table 1</p>	<p>Table 1 Table 12</p>	<p>arrêté du 31/12/99 pris par application des articles L162-9 et L861-3 du code de la Sécurité Sociale (JO du 01/01/2000)</p> <p>arrêté du 30 mai 2006 (J.O. du 2 juin 2006)</p>	<p>Les prestations CCAM sont régies par la règle équivalente Rc19 (cf. Annexe1-A1).</p>

R11ter- Incompatibilité du code prestation avec une situation

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet d'interdire la facturation de certains codes prestation selon la situation particulière du bénéficiaire des soins.</p> <p>Exemple d'incompatibilité : Si le bénéficiaire des soins est identifié bénéficiaire Victime d'Attentat, le professionnel de santé ne doit pas pouvoir facturer de prestations dédiées à la CMU-C C2S.</p> <p>Ces prestations sont identifiées en fonction de leur groupe fonctionnel général et détaillé.</p>	<p>Code prestation : (1610) : Saisie par le PS (NGAP) ou code regroupement CCAM renseigné par le progiciel.</p> <p>Groupe fonctionnel : Lu en table 1</p> <p>Situation particulière du bénéficiaire : *</p>	<p>Table 1 Table 3bis</p>		

R12 - Compatibilité du code prestation effectué avec une indemnité de déplacement

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier la compatibilité de l'indemnité de déplacement avec l'acte qui supporte cette indemnité.</p> <p>Pour que les frais de déplacement soient facturables, il est nécessaire qu'ils soient compatibles avec le code prestation auquel ils se rapportent.</p> <p>Spécificité sage-femme : Pour les sages-femmes, l'acte en C est compatible avec les frais de déplacement exclusivement lorsqu'il s'agit d'une C0,9, d'une C2 ou d'une C2,50 (séances de préparation à l'accouchement psychoprophylactique).</p>	<p>Code indemnité forfaitaire de déplacement : (1620) : Saisie par le PS</p> <p><u>ou</u></p> <p>Type d'indemnité kilométrique : (1630) : Saisie par le PS</p> <p>Code prestation : (1610) : Saisie par le PS</p>	<p>Table 4</p>	<p>NGAP : Dispositions générales : Art. 13 NABM : Dispositions générales : Art. 10</p>	<p>Les prestations CCAM sont régies par la règle équivalente Rc6 (cf. Annexe1-A1).</p>

R14 - Compatibilité du code prestation avec le complément de « nuit » ou « dimanche ou jour férié », ou « urgence »

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Les actes effectués la nuit, le dimanche ou un jour férié, ou en situation d'urgence, donnent lieu à une majoration qui s'ajoute à la valeur de l'acte.</p> <p>Cette règle a pour objet de déterminer si le code prestation est compatible avec le complément de nuit, dimanche ou jour férié, ou urgence, lorsque celle-ci est valorisée.</p>	<p>Code prestation : (1610-4) : Saisie par le PS</p> <p>Code complément de prestation : (1610-5) : Saisie par le PS</p>	Table 4	<p>NGAP : Dispositions générales : Art. 14</p> <p>NABM : Dispositions générales : Art. 6 et 9</p>	Les prestations CCAM sont régies par la règle équivalente Rc3 (cf. Annexe1-A1).

R15 - Contrôle de la validité d'une majoration de dimanche ou de jour férié

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>La majoration du dimanche ou jour férié peut être facturée</p> <ul style="list-style-type: none"> - le dimanche ou un jour férié (jour férié = fête légale), - le samedi par certaines spécialités de Professionnels de Santé. <p>Le contrôle de cette majoration comporte un contrôle calendrier et si la majoration est facturée un samedi, un contrôle de la spécialité de Professionnel de Santé.</p> <p style="text-align: center;">1 - <u>Contrôle calendrier</u></p> <p>On recherche si la date des soins correspond à un dimanche ou à un jour férié, un samedi ou un jour " autre " .</p> <ul style="list-style-type: none"> - la date des soins correspond à un dimanche ou à un jour férié, aucun contrôle supplémentaire n'est nécessaire - la date des soins correspond à un samedi. <p>Pour savoir si la majoration peut être facturée, il faut contrôler la spécialité du Professionnel de Santé qui l'a facturée.</p> <ul style="list-style-type: none"> - la date des soins correspond à un jour " autre " la majoration est impossible. <p style="text-align: center;">2 - <u>Contrôle de la spécialité du Professionnel de Santé</u></p> <p>La majoration de dimanche ou de jour férié ne peut pas être facturée un samedi par les spécialités spécifiées dans la table 22.1</p>	<p>Code prestation : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Code complément de prestation : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Spécialité du professionnel de santé : Lue sur la carte PS</p> <p>Date d'exécution : (1610) : Saisie par le PS</p>	<p>Table 22.1</p>	<p>NGAP : Dispositions générales : Art 14 NABM : Dispositions générales : Art. 6 et 9</p> <p>Conventions Nationales Des Professionnels de Santé.</p>	<p>Les prestations CCAM sont régies par la règle équivalente Rc11 (cf. Annexe1-A1).</p>

R16 - Compatibilité entre le montant des honoraires et le code qualificatif de la dépense

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier la compatibilité entre le montant des honoraires et le code qualificatif de la dépense</p> <p>Si le code qualificatif de la dépense est égal à " Acte gratuit ", le montant des honoraires doit être égal à zéro.</p>	<p>Montant des honoraires : (1610) : Saisie par le PS.</p> <p>Qualificatif de la dépense : (1610) : Saisie par le PS</p>			

R17 - Compatibilité entre le code prestation et le code qualificatif de la dépense

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
Cette règle a pour objet de vérifier la compatibilité entre le code prestation et le code qualificatif de la dépense.	Code prestation : (1610) : Saisie par le PS (NGAP) ou code regroupement CCAM renseigné par le progiciel. Qualificatif de la dépense : (1610) : Saisie par le PS	Table 7		

R17 bis – Association obligatoire de code prestation

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Certains codes prestation ne peuvent être facturés seuls. Il s'agit des codes prestation de type « secondaire ». Ils accompagnent nécessairement un code prestation de type « support » facturé à la même date d'exécution.</p> <p>De plus, parmi les codes prestation de type « secondaires », certains sont associés à une liste définie et exhaustive de codes prestation « supports » compatibles.</p>	<p>Code prestation : (1610) : Saisie par le PS (NGAP)</p> <p>Date d'exécution : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Type de prestation : Lu en table 1</p>	<p>Table 1 Table 12</p>		<p>Remarque :</p> <p>D'autres actes peuvent être compatibles mais pas obligatoirement associés. Ex : CS + K 6.50 + MPC</p> <p>Un acte de type secondaire est nécessairement un acte NGAP. Par contre un acte de type support peut relever de tout type de nomenclature.</p> <p>Les règles d'associations d'actes CCAM entre eux ne sont pas concernés par la présente règle mais relèvent de l'annexe 1-A1. <i>C'est pourquoi les codes regroupement CCAM sont de type « acte support ».</i></p>

R17 ter – Contexte du parcours de soins pour des actes associés

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Dans le cadre du parcours de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un code prestation de type « secondaire », s'il relève des contextes particuliers d'exclusion du parcours de soins (cf. règle R37 – table 15.3) ou d'Urgence (cf. règle R37bis – table 5bis) alors ce contexte s'applique également au code prestation de type « support » associé. • Inversement un code prestation de type « support », s'il relève des contextes particuliers d'exclusion du parcours de soins (cf. règle R37 – table 15.3) ou d'Urgence (cf. règle R37bis – table 5bis) alors ce contexte s'applique également aux codes prestation de type « secondaire » associés. 	<p>Code prestation : (1610) : Saisie par le PS (NGAP)</p> <p>Date d'exécution : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Type de prestation : Lu en table 1</p>	<p>Table 1</p>		

R18 - Condition d'élaboration d'une Feuille de Soins Electronique en fonction de la situation du bénéficiaire

Préambule : D'autres situations non décrites dans cette règle peuvent ne pas donner lieu à l'élaboration d'une Feuille de Soins Electronique sécurisée SESAM-Vitale (R25.x).

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
Pour la CAVIMAC et pour les codes situation 9020 à 9024, il ne faut pas effectuer de Feuille de Soins électronique Sécurisée SESAM-Vitale.	Code couverture : <i>Issue du lecteur.</i>			

R19 - Contrôle de la présence d'actes incompatibles au regard des codes affinés de biologie

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>S'il n'y a pas d'incompatibilité entre les codes affinés présents sur la facture, la facture est prise en compte.</p> <p>Cette règle concerne les prestations de la nomenclature « NABM ».</p>	<p>Code affiné de l'acte : (1710) : <i>saisie par le PS.</i></p> <p>Code(s) incompatible(s) : <i>lue en table</i></p> <p>Type de nomenclature : Lu en table 1</p>	<p>Table 1</p> <p>Table nationale de biologie</p>	<p>NABM</p>	

R20 - Contrôle du nombre maximum d'un même code affiné de biologie.

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Si l'acte à traiter n'est pas limité en nombre sur une même facture, la facture est prise en compte.</p> <p>Si le nombre d'actes, pour un même code affiné, est inférieur ou égal au nombre maximum autorisé, la facture est prise en compte.</p> <p>Cette règle concerne les prestations de la nomenclature « NABM ».</p>	<p>Code affiné de l'acte : 1710 : saisie par le PS.</p> <p>Nombre maximum : lu en table</p> <p>Type de nomenclature : Lu en table 1</p>	<p>Table 1</p> <p>Table nationale de biologie.</p>	<p>NABM</p>	

R21 - Contrôle du respect des règles spécifiques en matière de codes affinés de biologie

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Si l'acte à traiter ne possède pas de " règle spécifique ", la facture est prise en compte.</p> <p>Si une " règle spécifique " est associée à cet acte, il faut vérifier si elle est respectée.</p> <p>La règle spécifique est un numéro auquel correspond une quantité maximale des codes régis par cette même règle, qui peuvent être simultanément présents sur une même facture.</p> <p>Cette règle concerne les prestations de la nomenclature « NABM ».</p>	<p>Code affiné de l'acte : 1710 : saisie par le PS.</p> <p>Règle spécifique : lue en table</p> <p>Type de nomenclature : Lu en table 1</p>	<p>Table 1</p> <p>Table nationale de biologie.</p>	<p>NABM</p>	<p>Il existe actuellement une seule règle spécifique. Elle concerne l'hépatite B</p>

R22 - Contrôle entre le coefficient facturé et le cumul des coefficients associés à chaque code affiné de biologie

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Pour réaliser ce contrôle il faut, au préalable, déterminer les coefficients correspondant aux codes affinés et éventuellement au complément à l'acte sanguin présents sur la facture et les cumuler.</p> <p>Le contrôle sur la cohérence est réalisé en comparant les coefficients ainsi cumulés au montant du coefficient facturé.</p> <p>Si le cumul ainsi constitué est égal au coefficient facturé, la facture est acceptée.</p> <p>Cette règle concerne les prestations de la nomenclature « NABM ».</p>	<p>Code affiné de l'acte : (1710) : saisie par le PS</p> <p>Coefficient du code affiné : lu en table.</p> <p>Coefficient : (1610) saisie par le PS</p> <p>Total des coefficients des codes affinés (donnée intermédiaire).</p> <p>Type de nomenclature : Lu en table 1</p>	<p>Table 1</p> <p>Table nationale de biologie.</p>	<p>NABM</p>	

R23 - Contrôle de la justification du complément à la cotation minimale liée aux actes sanguins

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Si aucun complément à la cotation minimale n'a été facturé, ce contrôle n'est pas effectué.</p> <p>S'il existe au moins un complément à la cotation minimale sur la facture, il faut contrôler si sa présence et son coefficient sont justifiés.</p> <p>Pour réaliser ce contrôle, on vérifie dans un premier temps la présence d'au moins un examen sanguin.</p> <p>1. Si l'analyse est unique :</p> <p>On effectue le cumul des coefficients de l'ensemble des codes affinés présents sur la facture et pouvant être sanguins, sans tenir compte du forfait de sécurité.</p> <p>Le contrôle consiste à comparer ce cumul à la valeur de la cotation minimale (B20).</p> <p>Si ce cumul additionné au coefficient du complément à la cotation minimale est supérieur ou égal à B20, alors le complément est justifié et la facture est prise en compte.</p> <p>2. Si l'analyse est répétée plusieurs fois dans la journée, il est nécessaire d'effectuer ce contrôle pour chacune des analyses réalisées :</p> <p>Pour chaque analyse (distinguée par un numéro d'ordre), on effectue le cumul des coefficients des codes affinés pouvant être sanguins, sans tenir compte du forfait de sécurité.</p> <p>Le contrôle consiste à comparer ce cumul à la valeur de la cotation minimale (B20).</p> <p>Si ce cumul additionné au coefficient du complément à la cotation minimale est supérieur ou égal à B20, alors le complément est justifié et pris en compte pour l'analyse considérée.</p> <p>Si l'ensemble des compléments à la cotation minimale est justifié, la facture est prise en compte.</p> <p>Cette règle concerne les prestations de la nomenclature « NABM »</p>	<p>Code affiné de l'acte : 1710 : saisie par le PS.</p> <p>Examen sanguin : lu en table.</p> <p>Numéro d'ordre d'analyse dans la journée : saisie par le PS</p> <p>Type de nomenclature : Lu en table 1</p>	<p>Table 1</p> <p>Table nationale de biologie.</p>	<p>NABM : dispositions générale : Art.4</p>	<p>Forfait de sécurité : sa cotation diffère selon qu'il s'agit d'un échantillon sanguin ou non.</p> <p>Les examens liés à la glycémie peuvent être répétés plusieurs fois dans la journée.</p>

R24 – Taux d'abattement des indemnités kilométriques

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet d'acquies le taux d'abattement utilisé pour le calcul du montant de l'indemnité kilométrique concernant les infirmiers</p> <p>Le taux d'abattement est soit calculé par le logiciel du PS, soit saisi pas le PS. Si le taux d'abattement est calculé par le logiciel du PS, le PS doit pouvoir modifier ce taux si nécessaire.</p> <p>À noter que le calcul du taux d'abattement par le logiciel du PS ne fait pas partie du périmètre de la facturation SESAM-Vitale et n'est donc pas spécifié ici.</p> <p>Le taux d'abattement doit correspondre à un des taux définis réglementairement et être valide à la date d'exécution du déplacement (table 24).</p>	Taux d'abattement : Donnée résultat	Table 24	Avenant 6 à la convention nationale des Infirmiers	Exemple : valeur des taux appliqués en 2020 : 0%, 50%, 100%

R25.0 – Acquisition de l'organisme gestionnaire pour un accident du travail

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p><u>Organisme gestionnaire issu d'un support AT (autre que le support de droits AMO)</u></p> <p>Le Professionnel de Santé renseigne, le cas échéant, l'organisme gestionnaire à partir d'un support AT présenté par le bénéficiaire des soins.</p> <p>Le terme « support AT » correspond à l'un des supports suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ soit le feuillet AT mentionnant l'organisme gestionnaire de l'AT, ➤ soit une attestation « d'affiliation/appartenance » à un organisme gestionnaire AT, ➤ soit un courrier de l'organisme gestionnaire de l'AT, ➤ soit la déclaration de la victime. <p><u>Organisme gestionnaire issu du support de droits AMO</u></p> <p>L'organisme gestionnaire issu du support de droits AMO correspond :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ en priorité à l'organisme gestionnaire associé à l'accident du travail identifié par la date d'accident* ou le n° d'accident si l'accident est présent sur le support de droits AMO (groupe 103 - blocs 2 et 3), ➤ si l'accident n'est pas présent sur le support de droits AMO : <ul style="list-style-type: none"> ○ à l'organisme gestionnaire du risque AT par défaut identifié dans la zone « données accident de travail » (groupe 103 – bloc 1) si ce groupe est renseigné, ou sinon à l'organisme de gestion de la maladie (groupe 101) en l'absence de « donnée accident de travail » sur le support de droits AMO (absence de groupe 103). 	<p>N° d'accident du travail : (1513) : <i>Saisie par le PS issu de la R26</i></p> <p>Date accident du travail : (1513) : <i>Saisie par le PS issu de la R26</i></p>		<p>Art. L441-5 du Code de la Sécurité Sociale</p>	<p>Remarque Les supports AT autres que le support de droits AMO ne permettent pas nécessairement d'identifier un organisme gestionnaire.</p> <p>* Identification de l'accident issu du support de droits AMO à partir de la date AT lue sur le FAT (cf. R26) : L'identifiant AT issu du support de droits AMO est constitué par 9 caractères renseignés comme suit : date de l'accident sous la forme AAAAMMJJ (8 caractères) cadrée à gauche complétée par 1 caractère à droite</p>

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p><u>Organisme gestionnaire de l'AT</u></p> <p>L'organisme gestionnaire de l'AT est déterminé par comparaison entre celui issu du support de droits AMO et celui issu du support AT fourni par la victime.</p> <p>En priorité, il convient de prendre pour organisme gestionnaire de l'AT l'organisme gestionnaire figurant sur le support AT.**</p> <p>Si l'organisme gestionnaire issu du support AT n'est pas identifié, il convient de prendre pour organisme gestionnaire de l'AT celui issu du support de droits AMO.</p> <p><u>Cas d'erreur : Organisme gestionnaire de l'AT non identifié</u></p> <p>En l'absence du support de droits AMO (absence de réponse ADR et de carte Vitale, et si l'organisme gestionnaire de l'AT n'a pu être identifié à partir du support AT, le Professionnel de Santé ne peut effectuer de feuille de soins électronique. Il établit une feuille de soins papier</p> <p><u>Origine de l'organisme gestionnaire de l'AT</u></p> <p>L'origine de l'organisme gestionnaire de l'AT correspond au support d'où est issu cet organisme.</p> <p>Il s'agit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ soit du support de droits AMO, zone « données accident du travail », AT 1 ou AT2 (groupe 103 bloc 2 ou 3), ➤ soit du support de droits AMO, zone « données accident du travail », gestionnaire AT par défaut (groupe 103, bloc 1), ➤ soit du support de droits AMO, zone « données assuré » (groupe 101), ➤ soit du feuillet AT mentionnant l'organisme gestionnaire de l'AT, ➤ soit d'une attestation « d'affiliation/appartenance » à un organisme gestionnaire AT, ➤ soit d'un courrier de l'organisme gestionnaire de l'AT ➤ soit de la déclaration de la victime. <p>Si l'organisme gestionnaire issu du support de droits AMO et celui issu du support AT sont identiques, on retient prioritairement le support de droits AMO* comme origine de l'organisme gestionnaire AT.</p>	<p>Organisme gestionnaire issu de la carte : issue de la carte vitale (groupe 103) ou (groupe 101) sinon.</p> <p>Organisme gestionnaire issu d'un support AT: issue de l'attestation du feuillet AT ou de la déclaration de la victime.</p> <p>Organisme gestionnaire de l'AT : issue de la carte, de l'attestation du feuillet AT ou de la déclaration de la victime.</p> <p>Origine de l'organisme gestionnaire AT : (donnée intermédiaire résultat)</p>			<p>* L'organisme gestionnaire AT est considéré issu du support de droits AMO si son origine prend l'une des valeurs suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • support de droits AMO, zone « données accident du travail », AT 1 ou AT2 (groupe 103 bloc 2 ou 3), • support de droits AMO, zone « données accident du travail », gestionnaire AT par défaut (groupe 103, bloc 1), • support de droits AMO, zone « données assuré » (groupe 101). <p>** Absence de support de droits AMO</p> <p>En l'absence d'appel au service ADR et de carte Vitale, l'organisme gestionnaire de l'AT est identifié à partir du support AT.</p>

R25.1 – Contrôle de l'existence d'une couverture au risque AT

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier que l'assuré est couvert pour le risque Accident du Travail par l'organisme gestionnaire de l'AT identifié.</p> <p>Si l'assuré n'est pas couvert pour le risque Accident du Travail par l'organisme gestionnaire de l'AT identifié, le Professionnel de Santé réalise une feuille de soins électronique sécurisée au risque Maladie.</p> <p>Ce contrôle est sans objet dès lors que l'organisme gestionnaire de l'AT est issu des données AT du support de droits AMO, i.e. si l'origine de l'organisme gestionnaire AT est :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ soit support de droits AMO, zone « données accident du travail », AT 1 ou AT2 (groupe 103 bloc 2 ou 3), ○ soit support de droits AMO, zone « données accident du travail », gestionnaire AT par défaut (groupe 103, bloc 1) 	<p>Organisme gestionnaire de l'AT : <i>donnée issue de la règle R25.0</i></p> <p>Origine de l'organisme gestionnaire AT : <i>(donnée issue de la règle R25.0)</i></p> <p>Top Régime accepte l'AT : <i>(donnée intermédiaire résultat) issue de la table T11.1</i></p>	<p>Table 11.1</p>		<p>Un régime peut couvrir ses assurés pour le risque AT sans pour autant gérer ce risque. Exemple : les assurés affiliés au régime CRPCEN sont couverts pour le risque AT, mais la gestion de ce risque AT est effectuée par le Régime Général Dans ce cas l'organisme gestionnaire de l'AT est le régime Général alors que l'organisme d'affiliation du bénéficiaire est le régime CRPCEN</p>

R25.2 – Contrôle de l'acceptation d'une Feuille de Soins Electronique Accident du Travail pour un régime

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier que l'organisme gestionnaire de l'AT identifié accepte une feuille de soins électronique au risque Accident du Travail.</p> <p>Si l'organisme gestionnaire de l'AT identifié n'accepte pas une Feuille de Soins Electronique, le Professionnel de Santé établit une feuille de soins papier au risque Accident du Travail.</p> <p>Ce contrôle est sans objet dès lors que l'organisme gestionnaire de l'AT est issu des données AT du support de droits AMO, i.e. si l'origine de l'organisme gestionnaire AT est :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ soit support de droits AMO, zone « données accident du travail », AT 1 ou AT2 (groupe 103 bloc 2 ou 3), ○ soit support de droits AMO, zone « données accident du travail », gestionnaire AT par défaut (groupe 103, bloc 1) 	<p>Organisme gestionnaire de l'AT : donnée issue de la règle R25.0</p> <p>Code gestion : Issu du support de droits AMO</p> <p>Top FSE AT acceptée : (donnée intermédiaire résultat) issu de la table T11.2</p>	<p>Table 11.2</p>		<p>Cas particulier pour un assuré affilié à l'ENIM (06) :</p> <p>Si les soins sont en rapport avec la nature d'assurance « Accident du travail » et si l'accident n'est pas pris en charge par l'armateur alors le PS établit une FSE. Dans le cas contraire, il établit une feuille de soins papier.</p>

R25.4– Contrôle de l'élaboration d'une FSE AT en l'absence d'organisme sur le support AT

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Si l'organisme gestionnaire n'est pas identifié sur le support AT et qu'il est issu des données AT du support de droits AMO* alors une Feuille de Soins électronique au risque AT est acceptée.</p> <p>Si l'organisme gestionnaire n'est pas identifié sur le support AT et qu'il est issu des données « maladie » du support de droits AMO** alors le Professionnel de Santé établit en fonction de cet organisme et du code gestion de l'assuré (table 11.3) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • soit une feuille de soins électronique au risque AT • soit une feuille de soins papier au risque AT ou maladie selon que l'assuré est couvert pour le risque AT (table 11.1) 	<p>Organisme gestionnaire de l'AT : <i>donnée issue de la règle R25.0</i></p> <p>Code gestion : <i>Issu du support de droits AMO</i></p> <p>Origine de l'organisme gestionnaire AT : <i>(donnée issue de la règle R25.0)</i></p>	<p>Table 11.3 Table 11.1</p>		<p>* L'organisme gestionnaire AT est considéré issu des données AT du support de droits AMO si son origine prend l'une des valeurs suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • support de droits AMO, zone « données accident du travail », AT 1 ou AT2 (groupe 103 bloc 2 ou 3), • support de droits AMO, zone « données accident du travail », gestionnaire AT par défaut (groupe 103, bloc 1), <p>** L'organisme gestionnaire AT est considéré issu des données maladie du support de droits AMO si son origine est :</p> <ul style="list-style-type: none"> • du support de droits AMO, zone « données assuré » (groupe 101).

R25.6 – Condition de sécurisation d'une FSE en fonction de l'organisme gestionnaire AT identifié

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Le Professionnel de Santé peut réaliser une Feuille de Soins Electronique sécurisée, si l'organisme gestionnaire AT est issu du support de droits AMO*.</p> <p>Dans le cas contraire, il réalise une Feuille de Soins Electronique en mode SESAM-Vitale dégradé.</p>	<p>Origine de l'organisme gestionnaire AT : <i>donnée intermédiaire issue de R25.0</i></p> <p>Organisme gestionnaire AT : <i>donnée issue de la règle R25.0</i></p>			<p>* L'organisme gestionnaire AT est considéré issu du support de droits AMO si son origine prend l'une des valeurs suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • support de droits AMO, zone « données accident du travail », AT 1 ou AT2 (groupe 103 bloc 2 ou 3), • support de droits AMO, zone « données accident du travail », gestionnaire AT par défaut (groupe 103, bloc 1), • support de droits AMO, zone « données assuré » (groupe 101).

R26 - Acquisition de la date d'accident du travail et du numéro d'« Accident du travail » pour la nature d'assurance AT

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Date d'accident du travail Si les soins sont en rapport avec la nature d'assurance "Accident du travail", le renseignement de la date d'Accident de Travail est obligatoire. Cette date est renseignée par le Professionnel de Santé à partir du FAT.</p> <p>N° de l'accident du travail Le n° d'accident, clé incluse, est renseigné par le Professionnel de Santé s'il le connaît.</p>	<p>Date d'accident du travail : (1513) : Saisie par le PS</p> <p>N° accident du travail : (1513) : Saisie par le PS</p> <p>Clé : (1513) Saisie par le PS</p>			<p>* Cette information figure sur le feuillet Accident de Travail.</p> <p>Pour le Régime Général, le Professionnel de Santé est tenu de renseigner le n° d'accident du travail, lorsque celui-ci a été attribué.</p>

R27 - Contrôle de la clé du numéro accident du travail

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier la clé du numéro accident du travail après saisie de ce numéro par le Professionnel de Santé.</p> <p>Cette vérification est faite à partir de l'algorithme de calcul suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sélectionner les 8 premiers chiffres du numéro d'accident du travail • Numéroté les chiffres de cette sélection de la droite vers le gauche • Multiplier par 1 les chiffres de rang pair • Multiplier par 2 les chiffres de rang impair • Additionner l'ensemble de ces résultats, chiffre par chiffre • Déterminer le complément à 10 du chiffre unitaire de cette somme : il constitue la clé <p>La clé issue du calcul doit être égale à la clé saisie.</p>	<p>N° accident du travail : (1513) : Saisie par le PS</p> <p>Clé : (1513) Saisie par le PS</p>			<p>Cette règle concerne uniquement les Accidents du Travail gérés par le régime général.</p>

R28 - Contrôle de la date d'accident du travail pour la nature d'assurance « Accident du travail »

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Si les soins sont en rapport avec la nature d'assurance « Accident du travail », la date d'accident doit être :</p> <ul style="list-style-type: none"> • antérieure ou égale à la date des soins, • et antérieure ou égale à la date de la facture. 	<p>Date accident du travail : (1513) : Saisie par le PS</p> <p>Date d'exécution (1610) : : Saisie par le PS</p> <p>Date d'élaboration de la facture (1110) : Saisie par le PS</p>			

R29- Détermination du contexte tiers payant lié à des dispositions réglementaires spécifiques

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet d'identifier les situations réglementaires génératrices de la dispense d'avance de frais sur les parts AMO et/ou AMC ;</p> <p>Attention : elle ne préjuge en rien de l'existence d'autres situations de tiers payant issues d'accords conventionnels AMO/AMC/PS qui ne sont pas décrites dans le présent Cahier des Charges.</p> <p>Dans les cas identifiés ci-après, le contexte tiers payant est obligatoire, i.e. :</p> <ul style="list-style-type: none"> la dispense d'avance des frais doit être proposée par le Professionnel de Santé, selon les cas, <ul style="list-style-type: none"> soit sur la part AMO uniquement, soit sur les parts AMO et AMC, dans la limite du tarif de responsabilité⁽¹⁾. Dans tous les cas le bénéficiaire des soins peut refuser la dispense d'avance des frais proposée. 	<p>Groupe nature d'assurance : (151x) : Saisie par le PS</p> <p>Cadre de remboursement : (1410) Saisie par le PS</p> <p>Option conventionnelle * : Saisie par le PS</p> <p>Code prestation (1610). Saisie par le PS.</p> <p>Coefficient de l'acte (1610). Saisie par le PS.</p> <p>Groupe fonctionnel : lu en table 1</p>		<p>Art L 432-1 et L432-3 du Code de la Sécurité Sociale.</p> <p>Conventions Nationales des médecins.</p> <p>Art L 861-3 du code de la sécurité Sociale</p> <p>Article 83 du projet de loi de modernisation du système de santé L. 161-36-4.du code de la sécurité sociale modifié</p>	<p>(1) le tarif de responsabilité correspond à la donnée " prix unitaire " décrite dans le groupe 1610 de l'annexe 1. Rappel : les dépassements ne sont pas pris en charge par l'AMO</p> <p>(2) Cf. règle P1</p> <p>(3) ces situations sont identifiées selon les règles définies dans l'annexe 1 – partie A :</p> <ul style="list-style-type: none"> fonction « Lecture droits Vitale » identification des bénéficiaires §2.1.3.4 ou fonction « Acquérir les droits en ligne » <p>(4) si le support Vitale est une ApCV, un appel au service ADR est obligatoire.</p>
<p>Les cas concernés par le tiers payant réglementaire sont les suivants :</p> <p>1. Cas général : le Professionnel de Santé doit accorder à l'assuré le tiers payant sur la part AMO dans la mesure où le Bénéficiaire des Soins (hors « autre situation de migrant ») est identifié avec un support Vitale⁽⁴⁾ la carte Vitale.</p> <p>Les bénéficiaires « autre situation de migrant »⁽³⁾ ne sont pas concernés par cette obligation de tiers payant AMO si leur date de fin de droits AMO est dépassée.</p> <p>2. Nature d'assurance " Accident du Travail " : part AMO</p> <p>3. Nature d'assurance " Maternité " : part AMO</p> <p>4. Couverture maladie universelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> Bénéficiaire de la C2S CMU-C⁽³⁾ : parts AMO et AMC Dans ce cas, le montant de la participation de l'AMC est au minimum équivalent au ticket modérateur sauf cas particuliers (ex : prothèse dentaire...) pour lesquels le tarif de responsabilité⁽¹⁾ peut être dépassé. Sortant de C2S CMU-C⁽³⁾ : part AMO 				

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>5. Permanence des soins : part AMO Ce cas s'applique dans le cadre d'une intervention du médecin d'astreinte suite à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appel de l'association de la permanence de soins</p>		Table 1	Arrêté du 28/07/2005 Approbation de l'avenant n°8 à la convention nationale des médecins	<ul style="list-style-type: none"> L'option conventionnelle est connue du PS
<p>6. AME : parts AMO et AMC Dans ce cas, le montant de la participation de l'AMC est au minimum équivalent au ticket modérateur. Remarque : Pour un bénéficiaire de l'AME, ce tiers-payant se traduit par une avance de frais sur la part complémentaire, la part obligatoire étant à zéro.</p>				
<p>7. ACS ⁽⁵⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> TP Social AMO : part AMO / médecin Ce cas concerne les bénéficiaires de l'ACS n'ayant pas souscrit un contrat complémentaire ACS encadré et les Professionnel de Santé médecin uniquement. TPi ACS : parts AMO et AMC Ce cas concerne les bénéficiaires ayant souscrit un contrat complémentaire encadré ACS. 		A-T1	<p>TP Social AMO : convention médecins</p> <p>TPi ACS : Décret n°2014-1144 du 8 octobre 2014</p> <p>L162-32 du code de la Sécurité Sociale</p>	(5) Cf. §3.2.2.6.3 Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire du Cahier des Charges SESAM-Vitale
<p>8. Centre de Santé : part AMO Ce cas concerne les soins réalisés en Centre de santé.</p>				
<p>9. Soins conformes au protocole ALD: part AMO Ce cas concerne les factures dont l'une au moins des prestations de la facture correspond à des soins conformes au protocole ALD</p>	Soins conformes au protocole ALD : saisie par le PS	Tables 8.x	Projet de Loi de modernisation de notre système de santé, texte adopté N°505 par l'ASSEMBLÉE NATIONALE, le 14/04/2015- Article 18	

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>10. Examens relatifs à la contraception des mineures d'au moins 15 ans part AMO Lors de la facturation de prestations relatives à la contraception des mineures d'au moins 15 ans, qu'il s'agisse d'examens médicaux ou d'examens de biologie médicale, le contexte Tiers Payant est obligatoire : la dispense d'avance des frais sur la part AMO doit être proposée par le Professionnel de Santé, dans la limite du tarif de responsabilité.</p>			Article 64 de la LFSS	
<p>11. Situation particulière Victime d'attentat part AMO Si le bénéficiaire des soins est identifié bénéficiaire Victime d'attentat alors la dispense d'avance de frais doit être proposée par le Professionnel de Santé sur la part AMO **</p>	Situation particulière du bénéficiaire *		Article 60 de la LFSS 2017	* Voir Annexe1-A § 2.1.3.3.7 ** En cas de Victime d'Attentat, la part AMC est nécessairement à zéro.
<p>12. Consultations Obligatoires Enfant part AMO Lors de la facturation d'une prestation de type Consultation Obligatoire Enfant, le contexte Tiers Payant est obligatoire : la dispense d'avance des frais sur la part AMO doit être proposée par le Professionnel de Santé, dans la limite du tarif de responsabilité.</p>			Alinéa 25 de l'article L160-14 du code de la sécurité sociale	

R30 - Nécessité d'une date maternité pour la nature d'assurance « Maternité »

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Si les soins sont en rapport avec la nature d'assurance « Maternité », la saisie de la date maternité est obligatoire.</p> <p>Cette date correspond soit à la date présumée de début de grossesse, soit à la date d'accouchement, soit à la date d'adoption.</p> <p>Si ces dates ne sont pas connues, la date de maternité peut correspondre à la date des soins la plus ancienne de la facture.</p>	<p>Date de maternité : (1512) : Saisie par le PS</p>			<p>Ces informations sont portées sur le Guide Maternité</p>

R31 - Contrôle de la date maternité pour la nature d'assurance « Maternité »

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
Si les soins sont en rapport avec la nature d'assurance « Maternité », la date maternité doit être antérieure ou égale à la date des soins de chaque prestation de la facture.	Date de maternité : (1512) : Saisie par le PS Date d'exécution (1610) : Saisie par le PS			La date de maternité est décrite dans la règle R30.

R32- Contrôle de la date de fin pour la prestation détaillée LPP

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier la nécessité d'une date de fin de période pour la prestation détaillée LPP lorsque le type de prestation est à la valeur " Location " ou " Service " .</p> <p>Par ailleurs, lorsque cette date de fin est renseignée, elle doit être postérieure ou égale à la date de début de cette même prestation détaillée LPP.</p> <p>Cette règle concerne les prestations de la nomenclature « LPP ».</p>	<p>Date de fin de location ou de service : (1730) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Type de prestation fournie : (1730) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Type de nomenclature : Lu en table 1</p> <p>Date de début de location ou date d'achat ou de délivrance : (1730) : <i>Saisie par le PS</i></p>	<p>Table 1</p>	<p>LPP (ex TIPS)</p>	<p>La date de facturation ne peut pas être antérieure à la date de fin de location ou Service.</p>

R33 – Contrôle du mode de sécurisation SESAM sans Vitale

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Le mode de sécurisation SESAM sans Vitale est ouvert :</p> <ul style="list-style-type: none"> aux laboratoires d'analyse de biologie médicale, aux médecins spécialisés en anatomo-cyto-pathologie, aux directeurs de laboratoire médecins (hors Centre de Santé), aux ophtalmologistes dans le cadre du dépistage de la rétinopathie diabétique en coopération entre l'orthoptiste et l'ophtalmologiste, aux prestations utilisées dans le cadre de la télémédecine (hors prestations d'accompagnement à la téléconsultation) : ces prestations sont caractérisées par leur groupe fonctionnel général : « Télémédecine » et un groupe fonctionnel détail différent de « Accompagnement ». ainsi qu'aux pharmaciens et aux fournisseurs dans la limite des cas cités ci-dessous : <p>1. Pour les FSE anonymisées (Pharmaciens)</p> <p>Dans le cadre de la délivrance du contraceptif d'urgence à la mineure, le pharmacien ne doit pas utiliser de support Vitale carte Vitale ; il est donc exceptionnellement autorisé à utiliser le mode de sécurisation SESAM sans Vitale.</p> <p>Les informations constitutives de la FSE concernant le bénéficiaire des soins, le prescripteur et la caisse de rattachement du Professionnel de Santé sont issues du paramétrage présent sur le poste du Professionnel de Santé garantissant l'anonymisation de la FSE.</p> <p>Par ailleurs, dans le cadre de la délivrance à la mineure d'un contraceptif autre que le contraceptif d'urgence, le pharmacien a la possibilité d'utiliser le mode de sécurisation SESAM sans Vitale dans le cas où la mineure souhaite bénéficier de la confidentialité.</p> <p>2. Pour certains produits de la LPP (Pharmaciens et Fournisseurs)</p> <p>Lors de la délivrance de certains produits de la LPP destinés à la location ainsi que des prestations délivrées au long cours inscrites au Titre I et Titre II de la LPP² le pharmacien ou le fournisseur est, dans ces deux cas, autorisé à utiliser le mode de sécurisation SESAM sans Vitale.</p> <p>Cette partie de règle concerne les prestations de la nomenclature « LPP ».</p>	NIR : groupe 1130	Table 1	L 5134- 1 du code de la santé publique. Décret n°2014-1523 R161-43-1-II du code sécurité sociale Arrêté du 10/02/2004 modifié	<p>1. FSE anonymisées</p> <p>les éléments issus du paramétrage du poste sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - NIR fictif - Clé du NIR fictif - Date de naissance fictive par défaut (<i>modifiable si la mineure accepte de la communiquer</i>) - N° fictif du prescripteur + Clé du N° fictif du prescripteur (<i>non utilisé pour un contraceptif autre que le contraceptif d'urgence et si la mineure ne souhaite pas bénéficier de la confidentialité</i>) - L'identifiant de la caisse de rattachement du PS (CPAM de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie). <p>2. LPP</p> <p>la liste des produits de la LPP pour laquelle le mode de sécurisation SESAM sans Vitale est autorisé est fixée par arrêté.</p>
	LPP : groupe 1730	Type de nomenclature : Lu en table 1		

R33 bis – Utilisation des modes de sécurisation SESAM sans Vitale ou dégradé

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>En l'absence de code couverture, il est nécessaire de déterminer le taux de remboursement et le code justificatif d'exonération à partir du libellé mentionné sur le justificatif papier des droits AMO fourni par le bénéficiaire des soins.</p> <p>Dans ce cas le mode de sécurisation est nécessairement SESAM sans Vitale ou dégradé.</p>		Table 50.x		

R35 Condition d'élaboration d'une FSE relative à un accident de la vie privée pour le régime agricole

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Mode de sécurisation avec Vitale Si le numéro de la caisse gestionnaire maladie appartient à la table des caisses gestionnaires ne gérant pas les accidents de la vie privée alors le Professionnel de Santé ne peut pas effectuer de feuille soins électronique.</p> <p>Mode de sécurisation sans Vitale Lorsque le libellé indique la mention « Taux Alsace Moselle » et lorsque l'acte effectué est en rapport avec un accident de la vie privée alors il ne faut pas effectuer de feuille de soins électronique</p>	<p>Mode de sécurisation :saisi</p> <p>Code régime (1310)</p> <p>Numéro de caisse gestionnaire AT(1310)</p>	<p>Table 11.4</p>		

R36 Contrôle de la date de l'accident

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Si les soins sont en rapport avec un accident de droit commun ou un accident de la vie privée (régime agricole), le Professionnel de Santé doit indiquer la date de celui-ci sur la feuille de soins électronique maladie qu'il établit.</p> <p>Cette date doit être antérieure ou égale à la date de la facture.</p>	<p>Date de l'accident de droit commun (1511) : saisie par le PS</p> <p>Groupe nature d'assurance maladie : (1511) : Saisi par le PS</p> <p>Date d'élaboration de la facture (1110) : Saisie par le PS</p>			

R37 – Détermination des cas d'exclusion du parcours de soins

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle caractérise la facture au regard du parcours de soins :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Non concernée par le parcours de soins, 2. Concernée par le parcours de soins. <p>Cette règle s'applique à compter du 01/07/2005.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sont non concernés par le parcours de soins : <ol style="list-style-type: none"> 1. Les cas d'exclusion du parcours de soins qui dépendent : <ul style="list-style-type: none"> ▪ de la situation du bénéficiaire, ▪ de la spécialité du Professionnel de Santé, ▪ de la nature d'assurance et du code régime gestionnaire de la facture, ▪ de la nature des soins, ▪ de la catégorie médicale de l'acte pour un acte de nomenclature CCAM. 2. Les cas d'urgence. 2. Dans le cas contraire les factures sont concernées par le parcours de soins. <p>Les notions d'âge définies dans les tables utilisées s'entendent du premier jour de l'âge min à la veille de la date anniversaire de l'âge max.</p> <p>RUPTURE DE FACTURE POUR UNE SEQUENCE DE SOINS Les cas d'exclusion et d'urgence du parcours de soins sont liés à des paramètres soit de niveau facture, soit de niveau prestation. Le top « facture concernée par le parcours de soins » étant unique pour l'ensemble de la facture, il n'est pas possible de cumuler sur une même facture des prestations concernées par le parcours et des prestations non concernées par le parcours. Il est donc nécessaire dans ce cas là d'effectuer une rupture de facture. Exemple : patient atteignant 16 ans durant une séquence de soins (par exemple : séquence de désensibilisation par un allergologue).</p>	<p>Spécialité du professionnel de santé (1870 s'il existe ou 1120 sinon) : <i>Lue sur la carte PS ou saisie dans le groupe 1870.</i></p> <p>Groupe nature d'assurance : (151x) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Code prestation : (1610) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Code affiné CCAM : (2100) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Code de justification d'exonération du ticket modérateur : (1820)</p> <p>Code régime (1310)</p> <p>Caisse gestionnaire de l'assuré (1310)</p> <p>NIR du bénéficiaire (1130)</p> <p>Identification mutuelle (1321) : <i>saisi par le PS d'après la notification d'AME</i></p> <p>Date de naissance du bénéficiaire (1130)</p> <p>Date d'exécution : (1610) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Catégorie médicale de l'acte CCAM : issue de SRT_ConsulterDonnee(CCAM-12)</p> <p>Code régime gestionnaire : (1310)</p> <p>Top « facture concernée par le parcours de soins » : <i>Donnée résultat</i></p>	<p>Table 15.1 Table 15.2 Table 15.3 Table 15.4 Table 15.5</p>	<p>Réforme d'Assurance Maladie : loi du 13-08-04</p>	

R37bis –Détermination du contexte d’Urgence en fonction de la prestation

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Certaines <i>prestations</i> induisent nécessairement le contexte d’ « Urgence » au regard du parcours de soins.</p> <p>Ces prestations sont caractérisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Par le code prestation ▪ Par le complément de prestation ▪ Le code modificateur pour les actes CCAM <p>Ce contexte s’applique alors également à tous les actes de la facture effectués à la même date.</p>		Table 5bis	Réforme d’Assurance Maladie : loi du 13-08-04	

R37ter – Contextes particuliers au regard du parcours de soins

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Certains contextes du parcours de soins ne sont possibles que pour certaines spécialités de Professionnel de Santé et pendant une durée limitée. Cette règle a pour objet de vérifier, à la date des soins, la validité du contexte saisi par le Professionnel de Santé:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. « généraliste récemment installé » par rapport à la date de première installation en exercice libéral du Professionnel de Santé 2. « médecin installé en zone sous médicalisée » par rapport à la date d'installation en zone sous médicalisée. 	<p>Situation au regard du parcours de soins : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Spécialité du professionnel de santé : <i>Lue sur la carte PS</i></p> <p>Date d'exécution (1610) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Date de première installation en exercice libéral : <i>saisie par le PS</i></p> <p>Date d'installation en zone sous médicalisée : <i>saisie par le PS</i></p>	<p>Table 18</p>	<p>Réforme d'Assurance Maladie : loi du 13-08-04</p>	

R37quater – Détermination de la position de la facture au regard du parcours de soins

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>➤ Pour les factures concernées par le parcours de soins, le Professionnel de Santé indique le contexte du parcours de soins à savoir la situation au regard du parcours et le cas échéant, l'existence de la déclaration d'un Médecin traitant déclaré par le patient.</p> <p>En fonction de ces 2 informations, le progiciel détermine la position par rapport au parcours de soins : dans ou hors du parcours.</p> <p>➤ Pour les factures non concernées par le parcours de soins, la position par rapport au parcours de soins prend la valeur « non concerné ».</p>	<p>Top facture concernée par le parcours de soins : Donnée intermédiaire issue de la R37</p> <p>Situation au regard du parcours de soins : Saisie par le PS</p> <p>Existence de la déclaration d'un Médecin Traitant : saisi par le PS.</p> <p>Position de la facture par rapport au parcours de soins : Donnée résultat</p>	<p>Cf. Table A0-T1</p>	<p>Réforme d'Assurance Maladie : loi du 13-08-04</p>	

R38 – Compatibilité de la spécialité du Professionnel de Santé avec les situations de parcours de soins « Accès Direct Spécifique » et « Hors Accès Direct Spécifique »

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier la compatibilité des situations d'« Accès Direct Spécifique » et de « Hors Accès Direct Spécifique » en fonction de la spécialité du Professionnel de Santé et, le cas échéant, de l'âge du bénéficiaire des soins.</p> <p>Les notions d'âge définies dans les tables utilisées s'entendent du premier jour de l'âge min à la veille de la date anniversaire de l'âge max.</p>	<p>Situation au regard du parcours de soins : Saisie par le PS</p> <p>Spécialité du professionnel de santé : Lue sur la carte PS</p> <p>Date de naissance du bénéficiaire (1310)</p>	<p>Table 16.1 Table 16.2</p>	<p>Réforme d'Assurance Maladie : loi du 13-08-04</p>	<p>Remarque : pour certaines spécialités la saisie de la situation « accès direct spécifique » ou « hors accès direct spécifique » est fonction de la nature des soins et relève dans ce cas de la responsabilité du Professionnel de Santé.</p>

R39 – Compatibilité des majorations de coordination dans le parcours coordonné de soins

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier si la majoration de coordination facturée est compatible avec le parcours de soins.</p> <p>Pour certaines situations au regard du parcours de soins et dans le cas où la position de la facture par rapport au parcours de soins est « dans le parcours », les Professionnels de Santé sont autorisés à facturer une majoration de coordination en fonction de leur code conventionnel, de leur adhésion-à un contrat tarifaire et suivant que le bénéficiaire bénéficie ou non de la CMU-C C2S ou de l'ACS.</p> <p>Une exception à cette règle concerne l'autorisation de facturer certaines majorations de coordination pour les patients de moins de 16 ans, dans les conditions définies supra</p>	<p>Situation au regard du parcours de soins : Saisie par le PS</p> <p>Position de la facture par rapport au parcours de soins : Donnée intermédiaire issue de la R37quater</p> <p>Code conventionnel PS : Saisie par le PS</p> <p>Contrat tarifaire PS : Saisie par le PS ou renseignée par le progiciel (cf. A1-A §3.2.1.2)</p> <p>Type de contrat (1321) : renseigné par le progiciel</p>	<p>Table 17</p> <p>Table 17 bis</p> <p>Table 17ter</p>	<p>Réforme d'Assurance Maladie : loi du 13-08-04</p> <p>Avenant 8 à la convention médicale du 26 juillet 2011</p> <p>Convention médicale 2016</p>	

R40 – Déterminer la nécessité de supplément(s) dérogatoire(s) SMG dans la facture

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Dans le cadre d'une prise en charge SMG, il est nécessaire de générer automatiquement une ou 2 prestations de supplément dérogatoire SMG dans l'un au moins des cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • si le supplément SMG pour la facture est non nul et positif, i.e. la prise en charge au titre des SMG est supérieure à la prise en charge au titre de la maladie. • si l'un (au moins) des codes prestation saisis par le Professionnel de Santé fait partie de la liste des prestations pour lesquelles un supplément dérogatoire SMG est toujours attendu (table 30) <p>Cas particulier :</p> <p>Dans le cas d'une facture SMG contenant uniquement des prestations non identifiées par l'Assurance Maladie, (de code prestation SGS), il ne faut pas générer automatiquement de supplément dérogatoire SMG.</p>	<p>Groupe nature d'assurance : (151x) : Saisie par le PS</p> <p>Code prestation : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Supplément SMG facture : issu de la règle VF401 (cf. A1-A3)</p> <p>Montant de la prise en charge SMG : (1515-1)</p>	<p>Table 30</p>		<p>Cette règle est mise en œuvre dans la phase « Finalisation SMG »</p>

R41 – Déterminer le contexte tarifaire Professionnel de Santé (PS) de la prestation

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de déterminer le contexte tarifaire lié au Professionnel de Santé (PS) exécutant la prestation. Ce contexte est utilisé pour la tarification de la prestation CCAM (cf. règles de l'A1-A1). Ce contexte dépend</p> <ul style="list-style-type: none"> • de la spécialité du PS, • de son secteur conventionnel • de son adhésion ou pas à un contrat tarifaire PS, • et de la date d'exécution de la prestation 	<p>Spécialité du PS : <i>lue sur la carte PS ou saisie dans le groupe 1870</i></p> <p>Code conventionnel : <i>lue sur la carte PS ou saisie dans le groupe 1870</i></p> <p>Contrat tarifaire PS : <i>paramétré sur le poste PS ou saisi par le PS *</i></p> <p>Date d'exécution : <i>(1610) : Saisie par le PS.</i></p> <p>Contexte tarifaire PS : Donnée résultat</p>	<p>Table 41 Table 41bis</p>		<p>* Si le PS exécutant est différent du PS facturant (présence d'un groupe 1870), le contrat tarifaire du PS exécutant doit être précisé pour cette règle. Dans le cas contraire, utiliser le contrat tarifaire paramétré sur le poste PS : cf. Annexe1-A § 2.1.2</p>

R42 – Déterminer le contexte tarifaire bénéficiaire (BS) de la prestation

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de déterminer le contexte tarifaire lié au bénéficiaire des soins (BS) à utiliser pour la tarification de la prestation CCAM (cf. règles de l'A1-A1).</p> <p>Ce contexte dépend</p> <ul style="list-style-type: none"> de la situation particulière du bénéficiaire à la date d'exécution de la prestation. et de la date d'exécution de la prestation. 	<p>Situation particulière du bénéficiaire : *</p> <p>Date d'exécution : (1610) : Saisie par le PS.</p> <p>Contexte tarifaire BS : Donnée résultat</p>	<p>Table 42</p>		<p>* Voir Annexe1-A § 2.1.3.3</p>

R43 – Contrôler le non panachage des paniers de soins dentaires sur une même dent

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier la cohérence des paniers de soins des actes CCAM facturés sur une même dent.</p> <p>Cette règle concerne tous les actes CCAM pour lesquels pour lequel au moins un n° de dent est renseigné dans la facture. Pour tout acte CCAM, il peut y avoir jusqu'à 16 numéros de dent identifiés</p> <p>Pour tout acte CCAM, il convient de vérifier pour tout n° de dent sur lequel cet acte CCAM porte s'il existe dans la facture un acte CCAM portant sur ce même numéro de dent. Dans ce cas, les deux actes CCAM doivent relever du même panier.</p> <p>Le panier de tout acte CCAM dentaire se déduit de la table des plafonds dentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • soit l'acte est présent dans la table et une valeur de panier lui est associée, à savoir : <ul style="list-style-type: none"> ○ 0 : pour panier reste à charge zéro ○ 1 : pour panier reste à charge modéré. • soit l'acte est absent de la table et il relève du panier « Honoraires Libres ». <p>La présence et le type de panier d'un acte CCAM dans la table des plafonds s'apprécie à la date d'exécution de cet acte.</p> <p> Cette table des plafonds contient également les plafonds C2S. Ceux-ci sont associés au panier de valeur 2 : il convient d'ignorer cette valeur 2 pour le présent contrôle.</p> <p>En cas d'incohérence des paniers de soins sur une même dent, le logiciel doit déclencher un message d'alerte au PS.*</p>	<p>Code acte CCAM (2100-2) : saisi par le PS</p> <p>Panier de soin de l'acte CCAM : DF_PFD</p> <p>Numéro de dent (2200-2 à 2200-17) : saisi par le PS</p>	<p>Table des plafonds dentaires (DF_PFD)</p>	<p>Réforme gouvernementale dite du reste à charge zéro « 100% santé »</p>	<p>* L'alerte déclenchée par le LPS ne doit pas bloquer le PS dans la suite de son processus de facturation, mais dans ce cas le panachage entraîne la valorisation de l'indicateur de forçage AMO niveau prestation Cf. A1-A §3 sur chaque prestation concernée.</p>

R44 – Contrôler le non panachage des paniers de soins optiques entre verres

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier la cohérence des paniers de soins pour les verres d'un même appareillage d'optique : pour tout verre facturé, il convient de vérifier que le second verre facturé à la même date d'exécution appartient au même panier de soins, i.e. est de même sous-groupe fonctionnel.</p> <p>La facturation d'un verre se traduit dans la facture par une prestation de groupe fonctionnel « Optique » et de sous-groupe fonctionnel de type verre (« Verre A » ou « Verre B »),</p> <p> A noter qu'il peut être facturé au maximum 2 verres à une même date d'exécution, hors cas particulier prévu ci-après.</p> <p>En cas d'incohérence des paniers de soins, le logiciel doit déclencher un message d'alerte au PS.*</p> <p><u>Cas particuliers</u> : Présence de 4 verres</p> <p>Dans le cas particulier de la délivrance de 2 appareillages d'optique à la même date, la facture peut comporter 4 prestations de type verre de même date d'exécution.</p> <p>Il convient alors de vérifier que ces 4 prestations sont de même panier deux à deux i.e. :</p> <ul style="list-style-type: none"> soit les quatre prestations relèvent du même panier soit deux prestations relèvent du panier A et les deux autres du panier B 	<p>Code prestation (1610) : saisi par le PS</p> <p>Date d'exécution (1610) : saisi par le PS</p> <p>Groupe fonctionnel du code prestation : Table 1</p> <p>Sous-groupe fonctionnel du code prestation : Table 1</p>	<p>Table 1</p>	<p>Réforme gouvernementale dite du « 100% santé »</p>	<p>* L'alerte déclenchée par le LPS ne doit pas bloquer le PS dans la suite de son processus de facturation, mais dans ce cas le panachage entraîne la valorisation de l'indicateur de forçage AMO niveau prestation Cf. A1-A §3 sur chaque prestation concernée.</p> <p><u>Cas particuliers</u> : Présence de 4 verres : en cas de panachage des verres (3 verres de Classe A / 1 verre de Classe B ou 1 verre de Classe A / 3 verres de Classe B) l'indicateur de forçage AMO niveau prestation est positionné sur chacune des 4 prestations.</p>

R51 – Déterminer la nécessité d'un complément AT dentaire

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>En nature d'assurance « accident du travail », ou pour un bénéficiaire en situation de Victime d'Attentat, il est nécessaire de générer une prestation de complément AT dentaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'une part si l'acte support saisi par le PS relève <ul style="list-style-type: none"> ○ d'un type de nomenclature, ○ d'un code de la prestation ○ et d'une catégorie médicale de l'acte (pour une prestation CCAM) ouvrant droit à un complément AT dentaire (cf. table 51). • et d'autre part si le montant remboursable par l'AMO de cet acte support est strictement inférieur à son montant des honoraires. 	<p>Nature d'assurance (151x) : Saisie par le PS</p> <p>Situation particulière du bénéficiaire : *</p> <p><u>Prestation saisie par le PS</u></p> <p>Code prestation : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Catégorie médicale de l'acte : SRT_ConsulterDonnees (CCAM-12)</p> <p>Qualificatif de la dépense : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Montant des honoraires : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Montant remboursable par l'AMO : (1610) : cf. règle P1</p> <p><u>Prestation à générer :</u></p> <p>Code prestation : Donnée résultat</p>	<p>Table 1</p> <p>Table 51</p>		<p>* Voir Annexe1-A § 2.1.3.3.7</p>

R55 – Déterminer le code prestation du dépassement à générer

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Dans le cas d'un bénéficiaire en situation de Victime d'Attentat, il est nécessaire de générer une prestation de dépassement dans le cas où le cumul des montants remboursables par l'AMO de l'acte support et du complément AT éventuel est strictement inférieur au montant des honoraires de cet acte support.</p> <p>Dans le cas contraire, le code prestation du dépassement à générer est non renseigné.</p> <p>Le code de prestation de ce dépassement dépend du type de nomenclature et du groupe fonctionnel de l'acte support.</p> <p>Cas particulier : Frais PH et refus de substitution</p> <p>Le logiciel ne doit pas générer de code prestation de dépassement dans le cas d'un refus de substitution du médicament princeps par l'assuré (indicateur de substitution = 'N') ; dans cette situation, le montant remboursable AMO est inférieur au montant des honoraires et la différence est à la charge de l'assuré</p>	<p>Situation particulière du bénéficiaire : <i>Victime d'attentat</i></p> <p>Prestation saisie par le PS :</p> <p>Code prestation : (1610) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Montant des honoraires : (1610) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Montant remboursable par l'AMO : (1610) : <i>cf. règle P1</i></p> <p>Prestation de complément AT générée par le LPS :</p> <p>Montant remboursable par l'AMO : (1610) : <i>cf. règle P1</i></p> <p>Indicateur de substitution (1740-7)</p> <p>Prestation à générer :</p> <p>Code prestation : <i>Donnée résultat</i></p>	<p>Table 1 Table 55</p>		

R60 – Déterminer l'honoraire de dispensation simple à générer

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet, pour toute prestation saisie par le PS, de déterminer la nécessité d'ajouter une prestation automatique et la valeur de son code prestation.</p> <p>La nécessité de cette création dépend des données de la prestation saisie par le PS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ son code de la prestation ○ son qualificatif de la dépense ○ la présence d'un code affiné* ○ son type de conditionnement pour une prestation de type « médicament » 	<p>Prestation saisie par le PS</p> <p>Code prestation : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Qualificatif de la dépense : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Type de conditionnement : : lu en base médicament</p> <p>Groupe Prestation détaillée code CIP : 1640 Données saisies par le PS</p> <p>Prestation à générer :</p> <p>Code prestation : Donnée résultat</p>	<p>Table 60</p> <p>Base médicament</p>		<p>Cette règle concerne dans un premier temps les prestations de nomenclature « Frais PH » et a pour objet la génération automatique par le LPS des prestations de type honoraires de dispensation</p> <p>* Seuls les médicaments ayant un code CIP permettent de générer un honoraire de dispensation</p> <p>Remarque : La prestation générée par le LPS ne doit pas être modifiée par le PS.</p>

R61 – Déterminer la nécessité de générer un honoraire complexe

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de déterminer si la facture doit contenir une prestation d'honoraire complexe. Cette prestation devra être générée automatiquement par le LPS.</p> <p>Une prestation d'honoraire complexe est déclenchée lorsque, dans la facture, le nombre de codes CIP différents et ayant donné lieu à honoraire simple est supérieur ou égal au nombre minimum de codification CIP différentes permettant de facturer un Honoraire Complexe.</p>	<p><u>Pour toute prestation saisie par le PS :</u></p> <p>Groupe Prestation détaillée code CIP : 1740-Données saisies par le PS</p> <p>Code prestation : (1610) : Saisie par le PS</p>	<p>Table 61 Base médicament</p> <p>Table 60</p>		<p>Remarque : La prestation générée par le LPS ne doit pas être modifiée par le PS.</p>

R62 – Déterminer la nécessité de générer un honoraire pour médicament remboursable

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>« Cette règle a pour objet de déterminer si la facture doit contenir une prestation d'honoraire pour médicament remboursable (HDR). Cette prestation devra être générée automatiquement par le LPS. La prestation d'honoraire pour médicament remboursable est déclenchée lorsque, est présente dans la facture, au moins une prestation médicament remboursable, i.e. une prestation de groupe fonctionnel général « Médicament » et de groupe fonctionnel détail « ouvrant à HD », et présentant un code affiné (groupe 1740 associé au 1610).</p>	<p>Groupe Prestation détaillée code CIP : 1740-Données saisies par le PS</p> <p>Code prestation : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Données Résultat : « top honoraire pour médicament remboursable »</p>	<p>Table 1</p>	<p>Avenant n° 11 à la convention nationale signé le 20 juillet 2017</p>	

R63 – Déterminer la nécessité de générer un honoraire lié à l'âge

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de déterminer si la facture doit contenir une prestation d'honoraire lié à l'âge (HDA). Cette prestation devra être générée automatiquement par le LPS.</p> <p>La présence dans la facture d'une prestation d'honoraire lié à l'âge dépend à la fois :</p> <ul style="list-style-type: none"> • du type des prestations saisies par le PS : la facture doit contenir au moins un médicament remboursable, (cette condition est vérifiée par la règle R62 précédente) • et de l'âge du bénéficiaire : il est calculé à la date de référence AMO d'élaboration de la facture,, il doit être inclus dans l'une des tranches d'âge spécifiées en table 63. 	<p>Top honoraire pour médicament remboursable</p> <p>Date de référence AMO</p> <p>Date d'élaboration de la facture (1110) : Saisie par le PS</p> <p>Age du bénéficiaire</p> <p>Date de naissance du bénéficiaire (1130)</p> <p>Données Résultat : « top honoraire pour médicament lié à l'âge »</p>	<p>Table 63</p>	<p>Avenant n° 11 à la convention nationale signé le 20 juillet 2017</p>	

R64 – Déterminer la nécessité de générer un honoraire pour médicament spécifique

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de déterminer si la facture doit contenir une prestation d'honoraire pour médicament spécifique (HDE). Cette prestation devra être générée automatiquement par le LPS.</p> <p>La présence dans la facture d'une prestation d'honoraire pour médicament spécifique dépend à la fois :</p> <ul style="list-style-type: none"> • du type des prestations saisies par le PS : la facture doit contenir au moins un médicament remboursable, (cette condition est vérifiée par la règle R62 précédente), • du type des médicaments : la facture doit contenir au moins un médicament spécifique. Cette caractéristique est identifiée dans la base nationale médicaments 	<p>Top honoraire pour médicament remboursable</p> <p>Données Résultat : « top honoraire pour médicament spécifique »</p>	<p>Base médicament nationale</p>	<p>Avenant n° 11 à la convention nationale signé le 20 juillet 2017</p>	

R65 – Contrôler la validité du mode de prescription à la date de prescription

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>En cas de facturation de médicament, cette règle a pour objet de contrôler la validité du mode de prescription à la date de prescription</p> <ul style="list-style-type: none"> Le mode de prescription saisi par le pharmacien doit être présent dans la table 65 et valide à la date de prescription <p>Cas d'erreur n° 1 : Si le mode de prescription n'est pas présent dans la table, le logiciel doit alerter le Professionnel de Santé et bloquer la facturation.</p> <p>Cas d'erreur n° 2 : Si le mode de prescription est présent dans la table mais n'est pas valide à la date de prescription, le logiciel doit alerter le Professionnel de Santé sans bloquer la facturation. Le Professionnel de Santé propose la substitution et indique au LPS l'accord ou le refus du bénéficiaire des soins</p> <p>Le mode de prescription saisi par le professionnel de santé, s'il existe dans la table, est dans tous les cas renseigné dans la facture (qu'il soit valide ou non à la date de prescription).</p>	<p>Mode de prescription (1740-12)</p>	<p>Table 65</p>		<p>Dans le cas où le mode de prescription saisi par le Professionnel de Santé n'est pas valide (cf. cas d'erreur 2), le Professionnel de Santé est alerté, il propose alors à l'assuré la substitution, si celui-ci la refuse, le Professionnel de Santé valorise l'indicateur de substitution à « N » (cf. groupe 1740) et le logiciel applique le tarif ajusté (voir règle S1)</p>

R66 – Contrôler la compatibilité entre le mode de prescription et l'indicateur de substitution pour délivrance du princeps

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>L'objet de cette règle est de vérifier, en cas de délivrance d'un princeps, l'indicateur de substitution et le mode de prescription sont correctement renseignés : en cas de délivrance d'un médicament princeps non soumis à un tarif forfaitaire de responsabilité et pour lequel il existe un tarif ajusté en base médicaments, le logiciel doit vérifier que les valeurs du mode de prescription et de l'indicateur de substitution sont compatibles. La liste des valeurs compatibles fait l'objet de la table 66.</p> <p>Cas d'erreur : Si le mode de prescription et l'indicateur sont incompatibles ou sont tous les deux non renseignés, le logiciel doit alerter le Professionnel de Santé et bloquer la facturation.</p>	<p>Mode de prescription (1740-12)</p> <p>Indicateurs de substitution (1740-7)</p>	<p>Table 66</p> <p>Base médicaments</p>		

R70 – Détermination du code prestation en cas de consultation obligatoire enfant

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>En cas de facturation d'une prestation de type « consultation obligatoire enfant », le système de facturation détermine le « code prestation à transmettre dans la facture en fonction de l'âge du bénéficiaire et du Professionnel de Santé, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • sa spécialité, • son code conventionnel, • son contrat tarifaire, • sa caisse de rattachement, • éventuellement son choix entre une prestation à tarif revalorisé sans dépassement ou une prestation à tarif non revalorisé avec dépassement possible: le LPS doit proposer ce choix au Professionnel de Santé, soit sous forme de question, soit en lui permettant d'opter entre l'un ou l'autre des 2 codes prestation correspondant en table, • éventuellement sa fonction de pédiatre traitant (le LPS pose la question au PS). <p>Cette détermination s'appuie sur la table 70 de l'Annexe2bis.</p> <p>Dans les cas où le code prestation ne peut pas être déterminé par la table (par exemple en fonction de l'âge du bénéficiaire des soins), il revient au PS de saisir le code prestation.</p> <p> Dans tous les cas, le Professionnel de Santé doit toujours pouvoir modifier le code prestation déterminé par cette règle.</p> <p> A noter que cette règle concerne uniquement les médecins généralistes et les pédiatres.</p>	<p>Date de naissance du bénéficiaire (1130)</p> <p>Date d'exécution : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Spécialité du PS : lue sur la carte PS ou saisie dans le groupe 1870</p> <p>Code conventionnel : lue sur la carte PS ou saisie dans le groupe 1870</p> <p>Contrat tarifaire PS : paramétré sur le poste PS ou saisi par le PS *</p> <p>Caisse de rattachement du PS : paramétrée sur le poste (cf. A1-A)</p> <p>Code prestation : (1610) : Donnée résultat</p>	<p>Table 70</p>		<p>* Si le PS exécutant est différent du PS facturant (présence d'un groupe 1870), le contrat tarifaire du PS exécutant doit être précisé pour cette règle. Dans le cas contraire, utiliser le contrat tarifaire paramétré sur le poste PS : cf. Annexe1-A § 2.1.2</p> <p>A noter que le code prestation une fois généré, est soumis aux règles de contrôle habituelles : cf. A1-A schéma SR1</p>

4 2^{ème} partie : Tarification

4.1 Chapitre 1 : Base de remboursement

4.1.1 Section 1 : Base de remboursement des codes prestations

B1 - Déterminer la date à retenir pour la base de remboursement d'un code prestation effectué par un prescripteur (hors soins dentaires) ou un auxiliaire médical, ou un laboratoire d'analyses de biologie médicale	107
B1 bis - Déterminer la date à retenir pour la base de remboursement des soins dentaires	108
B2 - Déterminer le tarif de la lettre-clé à retenir pour le calcul de la base de remboursement	109
B3 - Montant de la majoration d'urgence.....	110
B4 - Déterminer la base de remboursement du forfait technique d'un acte de scanographie	111
B5 - Déterminer la base de remboursement du forfait technique d'un acte d'I.R.M.	112
B6 - Déterminer la nature du montant de la majoration pour les codes prestation effectués par des prescripteurs.....	113
B6 bis- Déterminer la nature du montant de la majoration pour les codes prestation effectués par un auxiliaire médical .	114
B7 - Montant de la majoration de nuit au pourcentage.....	115
B8 - Montant de la majoration de nuit forfaitaire.....	116
B9 - Déterminer le montant de la majoration de nuit	117
B10 - Montant de la majoration en pourcentage de dimanche ou jour férié	118
B11 - Montant de la majoration de dimanche ou jour férié forfaitaire	119
B12 - Déterminer le montant de la majoration de dimanche ou jour férié	120
B13 - Déterminer la base de remboursement d'un code prestation NGAP, NABM et actes secondaires	121

B1 - Déterminer la date à retenir pour la base de remboursement d'un code prestation effectué par un prescripteur (hors soins dentaires) ou un auxiliaire médical, ou un laboratoire d'analyses de biologie médicale

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
La date à retenir pour le calcul de la base de remboursement est la date d'exécution de chaque acte, c'est-à-dire la date des soins.	Date d'exécution : (1610) : Saisie par le PS			Remarque : cette règle concerne également les pharmaciens facturant des actes de biologie (lettre clé B)

B1 bis - Déterminer la date à retenir pour la base de remboursement des soins dentaires

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Pour les soins dentaires, la date à retenir pour le calcul de la base de remboursement est :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La date d'achèvement des travaux (c'est à dire la date d'exécution du dernier code prestation), si le code prestation est " SPR " ou " SC ". • La date de fin de chaque fraction de traitement, si le code prestation est " TO ". • La date d'achèvement des travaux (date d'exécution du dernier code prestation) si le code prestation est de type " PRO " ou " SCM " • La date de fin de chaque fraction de traitement si le code prestation est " ORT ". • La date d'exécution de l'acte s'il s'agit d'un autre code prestation. <p>Pour les actes CCAM, et quelle que soit la spécialité du Professionnel de Santé, la date à retenir est la date d'achèvement des soins.</p>	<p>Code prestation : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Date d'exécution : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Code Spécialité du PS : Lue sur la carte PS</p> <p>Type de nomenclature : Lu en table 1</p>	<p>Table 1</p>		

B2 - Déterminer le tarif de la lettre-clé à retenir pour le calcul de la base de remboursement

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>- Si le Professionnel de Santé est conventionné (code 1, 2, 3) le prix unitaire nécessaire pour le calcul de la base de remboursement est un tarif conventionnel différent selon le code prestation et la spécialité du Professionnel de Santé.</p> <p>* Si le Professionnel de Santé n'est pas conventionné, le prix unitaire est égal à un tarif d'autorité, fonction du code prestation, de la spécialité du Professionnel de Santé et de sa zone tarifaire. S'il n'existe pas de tarif d'autorité la base de remboursement est égale à zéro.</p> <p>Cas particulier d'un complément AT</p> <p>Le prix unitaire (PU) d'un complément AT (ATD ou ATL) correspond à un % de la base de remboursement (BR) de l'acte support, plafonné au montant du dépassement de l'acte support, i.e son montant des honoraires (MtH) diminué de son montant remboursable AMO (MRO) :</p> $PU_{ATx} = \text{MIN} (\text{Coeff}_{ATx} * BR_{\text{Acte support}}, MtH_{\text{Acte support}} - MRO_{\text{Acte support}})$ <p>Avec :</p> <p>Coeff_{ATx} = coefficient à prendre en table 52</p> <p>Ce coefficient dépend du code prestation, de la nature d'assurance et de la situation du bénéficiaire</p> <p>Cas particulier d'un dépassement pour Victime d'Attentat</p> <p>Le prix unitaire (PU) d'un dépassement pour Victime d'Attentat généré par le LPS correspond au montant des honoraires (MtH) de l'acte support diminué de son montant remboursable AMO (MRO) et du montant remboursable AMO du complément AT (ATD ou ATL) éventuellement associé à l'acte support</p> $PU_{\text{dépassement}} = MtH_{\text{Acte support}} - MRO_{\text{Acte support}} - MRO_{ATx}$	<p>Code prestation : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Code conventionnel du professionnel de santé : Lue sur la carte PS</p> <p>Code spécialité du professionnel de santé : Lue sur la carte PS</p> <p>Code zone tarifaire : Lue sur la carte PS</p> <p>Nature d'assurance (151x) : Saisie par le PS</p> <p>Situation particulière du bénéficiaire : *</p> <p>Prix unitaire : (1610) : Lue dans la table des tarifs</p>	<p>Table 1 Table 52</p>	<p>N.G.A.P. : Dispositions générales : Valeurs des lettres-clés</p> <p>NABM : Dispositions générales</p> <p>Conventions Nationales des Professionnels de santé</p>	<p>Remarque : le montant des honoraires de l'acte support correspond au montant total de la dépense de l'acte support sans diminution du montant du complément AT.</p> <p>* Voir Annexe1-A § 2.1.3.3.7</p> <p>La table des tarifs (conventionnel et d'autorité) n'est pas fournie dans le Cahier des Charges</p>

B3 - Montant de la majoration d'urgence

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<ul style="list-style-type: none"> • Si le médecin généraliste est conventionné (code 1, 2, 3), le montant de la majoration d'urgence est un montant forfaitaire. • Si le médecin généraliste est non conventionné (code 0), le montant de la majoration d'urgence est nul. 	<p>Code conventionnel du professionnel de santé : Lue sur la carte PS</p> <p>Code spécialité du professionnel de santé : Lue sur la carte PS</p> <p>Montant de la majoration : donnée intermédiaire utilisées dans B13.</p> <p>Code complément de prestation (1610 : saisie par le PS</p>		<p>Convention nationales des généralistes</p>	<p>Remarque : Les médecins généralistes sont définis dans le glossaire (Corps du CDC §6)</p>

B4 - Déterminer la base de remboursement du forfait technique d'un acte de scanographie

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>La nature du forfait technique se détermine de façon différente selon la date d'installation de l'appareil.</p> <p>1 - <u>La date d'installation est strictement inférieure au 1^{er} août 1991</u></p> <p>Si l'appareil est installé depuis moins de 7 ans à la date d'examen, il s'agit d'un forfait technique normal. Si l'appareil est installé depuis au moins 7 ans à la date d'examen, il s'agit d'un forfait technique réduit.</p> <p>Dans ces cas, le montant de la base de remboursement du forfait technique est un montant forfaitaire.</p> <p>2 - <u>La date d'installation est supérieure au 1^{er} août 1991</u></p> <p>En fonction de la classe ou puissance et de la zone d'implantation de l'appareil, il existe un nombre d'actes maximum, effectué par cet appareil, au-delà duquel s'applique le forfait technique réduit. En deçà de ce seuil, s'applique le forfait technique normal.</p> <p>Une fois ce montant déterminé, le montant de la base de remboursement correspondra au minimum entre le montant des honoraires et le montant déterminé précédemment.</p>	<p>Date d'installation de l'appareil : (1830) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Puissance ou classe de l'appareil : (1830) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Zone d'implantation de l'exploitant de l'appareil : (1830) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Numéro d'ordre de l'examen : (1830) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Montant des honoraires : (1610) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Base de remboursement : (1610)</p>			

B5 - Déterminer la base de remboursement du forfait technique d'un acte d'I.R.M.

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>En fonction de la classe ou puissance de l'appareil, il existe un nombre d'acte maximum, effectué par l'appareil, au-delà duquel s'applique un forfait technique réduit.</p> <p>En deçà de ce seuil, s'applique un forfait technique normal, fonction de la zone d'implantation de l'exploitant de l'appareil.</p> <p>Une fois ce montant déterminé, le montant de la base de remboursement correspondra au minimum entre le montant des honoraires et le montant déterminé précédemment.</p>	<p>Date d'installation de l'appareil : (1830) : Saisie par le PS</p> <p>Puissance ou classe de l'appareil : (1830) : Saisie par le PS</p> <p>Zone d'implantation de l'exploitant de l'appareil : (1830) : Saisie par le PS</p> <p>Numéro d'ordre de l'examen : (1830) : Saisie par le PS</p> <p>Montant des honoraires : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Base de remboursement : (1610)</p>			

B6 - Déterminer la nature du montant de la majoration pour les codes prestation effectués par des prescripteurs

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>La majoration est soit de type forfaitaire, soit de type pourcentage. Le type de la majoration dépend du code prestation coté et éventuellement du coefficient associé.</p>	<p>Code prestation : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Code complément de prestation : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Spécialité du professionnel de santé : Lue sur la carte PS</p> <p>Nature de la majoration : Donnée utilisée dans les règles B9 et B12</p>	<p>Table 23</p>	<p>NGAP : Dispositions générales</p>	

B6 bis- Déterminer la nature du montant de la majoration pour les codes prestation effectués par un auxiliaire médical

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
Le montant de la majoration est toujours forfaitaire	Code prestation : (1610) : Saisie par le PS Code complément de prestation : (1610) : Saisie par le PS Nature de la majoration : Donnée utilisée dans les règles B8 et B11		NGAP NABM	

B7 - Montant de la majoration de nuit au pourcentage

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Le montant de la majoration de nuit au pourcentage est le résultat du calcul suivant :</p> $\begin{array}{r} \text{coefficient} \\ \times \\ 10 \% \\ \times \\ \text{prix unitaire} \end{array}$	<p>Coefficient : (1610) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Prix unitaire : (1610) : <i>Calculée dans la règle B2</i></p> <p>Montant de la majoration de nuit au pourcentage : <i>Donnée intermédiaire utilisée dans la règle B9.</i></p>		NGAP	

B8 - Montant de la majoration de nuit forfaitaire

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p><u>Cas d'un Professionnel de Santé conventionné</u></p> <p>Le montant de la majoration de nuit forfaitaire est fonction de la spécialité du Professionnel de Santé et, pour les sages femmes, de la nature des soins dispensés.</p> <p><u>Cas d'un Professionnel de Santé non conventionné</u></p> <p>Le montant de la majoration de nuit forfaitaire est fonction de la spécialité du Professionnel de Santé et de sa zone tarifaire.</p>	<p>Code conventionnel du professionnel de santé : Lue sur la carte PS</p> <p>Code prestation : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Code zone tarifaire du professionnel de santé : Lue sur la carte PS</p> <p>Spécialité du professionnel de santé : Lue sur la carte PS</p> <p>Montant de la majoration de nuit forfaitaire : Donnée intermédiaire utilisée dans la règle B9, B13 ou B14.</p>		<p>N.G.A.P. : Dispositions générales : Valeurs des lettres-clés</p> <p>NABM : Dispositions générales.</p> <p>Conventions Nationales des Professionnels de Santé</p>	

B9 - Déterminer le montant de la majoration de nuit

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>1 - <u>La nature de la majoration (déterminée en B6 ou B6 bis) est une majoration forfaitaire</u></p> <p>Le montant de la majoration correspondra au montant de la majoration de nuit forfaitaire (calculé en B8).</p> <p>2 - <u>La nature de la majoration (déterminée en B6 ou B6 bis) est une majoration au pourcentage</u></p> <p>Si le montant de la majoration en pourcentage (calculé en B7) est inférieur ou égal au montant de la majoration forfaitaire (calculé en B8), le montant de la majoration correspond au montant de la majoration forfaitaire.</p> <p>Si le montant de la majoration en pourcentage (calculé en B 7) est supérieur au montant de la majoration forfaitaire (calculé en B8), il est nécessaire d'effectuer une comparaison afin de retenir comme montant de la majoration le montant le moins important entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> * le montant de la majoration en pourcentage (calculé en B7), * 15 fois le prix unitaire <p>Si le montant de la majoration calculée issue de la comparaison est strictement inférieur au montant de la majoration forfaitaire alors il convient de retenir le montant de la majoration forfaitaire</p>	<p>Nature de la majoration : Donnée intermédiaire calculée dans les règles B6 ou B6 bis</p> <p>Montant de la majoration de nuit forfaitaire : Donnée intermédiaire calculée dans les règles B8</p> <p>Montant de la majoration de nuit au pourcentage : Donnée intermédiaire calculée dans la règle B7</p> <p>Prix unitaire : (1610) : Déterminé en B2</p> <p>Montant de la majoration Donnée intermédiaire utilisée dans la règle B13 ou B14</p>		<p>NGAP : Dispositions Générales.</p>	

B10 - Montant de la majoration en pourcentage de dimanche ou jour férié

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Le montant de la majoration de dimanche ou jour férié en pourcentage est le résultat du calcul suivant :</p> $\begin{array}{l} \text{Coefficient} \\ \times \\ 5 \% \\ \times \\ \text{prix unitaire} \end{array}$	<p>Coefficient : (1610) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Prix unitaire : (1610) : <i>Donnée intermédiaire calculée dans la règle B2</i></p> <p>Montant de la majoration de dimanche ou jour férié au pourcentage : <i>Donnée intermédiaire utilisée dans la règle B12.</i></p>		<p>NGAP : Dispositions Générales.</p>	

B11 - Montant de la majoration de dimanche ou jour férié forfaitaire

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>1 - <u>Cas d'un Professionnel de Santé conventionné</u></p> <p>Le montant de la majoration de dimanche ou jour férié forfaitaire est fonction de la spécialité du Professionnel de Santé et pour les sages femmes, de la nature des soins dispensés.</p> <p>2 - <u>Cas d'un Professionnel de Santé non conventionné</u></p> <p>Le montant de la majoration de dimanche ou jour férié forfaitaire est fonction de la spécialité du Professionnel de Santé et de sa zone tarifaire.</p>	<p>Code conventionnel du professionnel de santé : Lue sur la carte PS</p> <p>Code zone tarifaire du professionnel de santé : Lue sur la carte PS</p> <p>Spécialité du professionnel de santé : Lue sur la carte PS</p> <p>Montant de la majoration de dimanche ou jour férié forfaitaire : Donnée intermédiaire utilisée dans la règle B12, B13 ou B14.</p>		<p>N.G.A.P. : Dispositions générales : Valeurs des lettres-clé</p> <p>Conventions Nationales des Professionnels de Santé</p> <p>NABM. Dispositions générales</p>	

B12 - Déterminer le montant de la majoration de dimanche ou jour férié

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>1 - <u>La nature de la majoration (déterminée en B6 ou B6 bis) est une majoration forfaitaire</u></p> <p>Le montant de la majoration correspondra au montant de la majoration de dimanche ou jour férié forfaitaire (calculé en B11).</p> <p>2 - <u>La nature de la majoration (calculée en B6 ou B6 bis) est une majoration en pourcentage</u></p> <p>Si le montant de la majoration en pourcentage (calculé en B10) est inférieur ou égal à celui de la majoration forfaitaire (calculé en B11), le montant de la majoration correspond au montant de la majoration forfaitaire.</p> <p>Si le montant de la majoration en pourcentage (calculé en B10) est supérieur au montant de la majoration forfaitaire (calculé en B11), il est nécessaire d'effectuer une comparaison, afin de retenir comme montant de la majoration, le montant le moins important entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le montant de la majoration en pourcentage (calculé en B10), • 8 fois le prix unitaire. <p>Si le montant de la majoration calculée issu de la comparaison est strictement inférieur au montant de la majoration forfaitaire, alors il convient de retenir comme montant de la majoration de dimanche ou jour férié le montant de la majoration forfaitaire.</p>	<p>Nature de la majoration : <i>Donnée intermédiaire calculée dans les règles B6 ou B6 bis</i></p> <p>Montant de la majoration de dimanche ou jour férié forfaitaire : <i>Donnée intermédiaire calculée dans les règles B11</i></p> <p>Montant de la majoration de dimanche ou jour férié au pourcentage : <i>Donnée intermédiaire calculée dans la règle B10</i></p> <p>Prix unitaire : (1610) : <i>Déterminé en B2</i></p> <p>Montant de la majoration <i>Donnée intermédiaire utilisée dans la règle B13 ou B14</i></p>		<p>NGAP : Dispositions Générales.</p>	

B13 - Déterminer la base de remboursement d'un code prestation NGAP, NABM et actes secondaires

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle concerne les prestations correspondant à l'une des nomenclatures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • NGAP • NABM <p>ainsi que les prestations d'honoraire de dispensation.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La base de remboursement est issue du calcul suivant : (Quantité x coefficient x prix unitaire) 2. Si une majoration (Nuit ou dimanche et jour férié ou urgence) a été facturée, son montant s'ajoute à celui de la base de remboursement calculée précédemment. 3. Le montant de la base de remboursement correspond au minimum entre le montant des honoraires perçus et le montant de la base de remboursement tel que calculé précédemment. <p>Cas particulier : Actes Gratuits Pour les actes gratuits, la Base de Remboursement correspond au montant de la base de remboursement tel que calculé précédemment, bien que le montant des honoraires perçus soit nul.</p>	<p>Quantité : (1610) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Coefficient : (1610) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Prix unitaire : (1610) : <i>Calculé dans la Règle B2</i></p> <p>Montant de la majoration : <i>Donnée intermédiaire calculée dans les règles B3 et B6 à B12 cf. schéma SB1 et SB1 bis</i></p> <p>Montant des honoraires : (1610) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Base de remboursement : (1610)</p> <p>Type de nomenclature : <i>Lu en table 1</i></p> <p>Groupe fonctionnel général : <i>Lu en table 1</i></p>	<p>Table 1</p> <p>table 8.1 table 8.2 table 8.4</p>		

4.1.2 Section 2 : Base de remboursement des frais de déplacement

<i>F1 - Base de remboursement pour des frais de déplacement de type ID</i>	<i>125</i>
<i>F2 - Base de remboursement pour des frais de déplacement IF</i>	<i>126</i>
<i>F3 - Base de remboursement pour des frais de déplacement lfx</i>	<i>127</i>
<i>F4 - Base de remboursement des indemnités kilométriques</i>	<i>128</i>
<i>F5 - Montant de l'indemnité kilométrique</i>	<i>130</i>

F1 - Base de remboursement pour des frais de déplacement de type ID

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Si le Professionnel de Santé est conventionné, le montant de la base de remboursement est fonction de sa zone tarifaire.</p> <p>La base de remboursement est égale à zéro si le Professionnel de Santé n'est pas conventionné.</p> <p>Pour le régime SNCF : Le montant ainsi déterminé correspond au montant de la base de remboursement.</p> <p>Pour les autres régimes : La base de remboursement correspondra au minimum entre le montant de l'indemnité et celui de la base de remboursement déterminé ci-dessus. Ce calcul s'applique également au régime SNCF lorsque le code couverture fait apparaître une gestion identique à un code couverture du régime général (Cf. tables utilisées).</p>	<p>Code couverture : <i>issu du lecteur</i></p> <p>Code indemnité forfaitaire de déplacement : (1620) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Code conventionnel du professionnel de santé : <i>Lue sur la carte PS</i></p> <p>Zone tarifaire du professionnel de santé : <i>Lue sur la carte PS</i></p> <p>Montant de l'indemnité : (1620) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Base de remboursement : (1620)</p>	<p>table 8.1 table 8.4</p>	<p>Convention avec les PS</p> <p>NGAP : Dispositions générales :</p> <p>N.A.B.M. : Dispositions générales :</p>	

F2 - Base de remboursement pour des frais de déplacement IF

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Si le Professionnel de Santé est conventionné le montant de la base de remboursement est fonction de sa zone tarifaire et de sa spécialité.</p> <p>La base de remboursement est égale à zéro si le Professionnel de Santé n'est pas conventionné.</p> <p>Pour le régime SNCF : Le montant ainsi déterminé correspond au montant de la base de remboursement.</p> <p>Pour les autres régimes : La base de remboursement correspondra au minimum entre le montant de l'indemnité et celui de la base de remboursement déterminé ci-dessus. Ce calcul s'applique également au régime SNCF lorsque le code couverture fait apparaître une gestion identique à un code couverture du régime général (Cf. tables utilisées).</p>	<p>Code couverture : <i>issu du lecteur</i></p> <p>Code indemnité forfaitaire de déplacement : (1620) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Zone tarifaire du professionnel de santé : <i>Lue sur la carte PS</i></p> <p>Spécialité du professionnel de santé : <i>Lue sur la carte PS</i></p> <p>Code conventionnel du professionnel de santé : <i>Lue sur la carte PS</i></p> <p>Montant de l'indemnité : (1620) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Base de remboursement : (1620)</p>	<p>table 8.1</p>	<p>N.G.A.P. : Dispositions générales : Valeurs des lettres-clé</p> <p>Conventions nationales des PS</p>	

F3 - Base de remboursement pour des frais de déplacement lfx

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>La base de remboursement est un tarif fixé en fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de la spécialité du Professionnel de Santé - du conventionnement du Professionnel de Santé <p>de la zone tarifaire du Professionnel de Santé</p> <p>Pour le régime SNCF : Le montant ainsi déterminé correspond au montant de la base de remboursement.</p> <p>Pour les autres régimes : La base de remboursement correspondra au minimum entre le montant de l'indemnité et celui de la base de remboursement déterminé ci-dessus. Ce calcul s'applique également au régime SNCF lorsque le code couverture fait apparaître une gestion identique à un code couverture du régime général (Cf. tables utilisées).</p>	<p>Code indemnité forfaitaire de déplacement : (1620) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Spécialité du professionnel de santé : <i>Lue sur la carte PS</i></p> <p>Code conventionnel du professionnel de santé : <i>Lue sur la carte PS</i></p> <p>Zone tarifaire du professionnel de santé : <i>Lue sur la carte PS</i></p> <p>Montant de l'indemnité : (1620) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Base de remboursement : (1620)</p> <p>Code couverture : <i>issu du lecteur</i></p>	<p>table 8.1 ou 8.2 ou 8.4</p>	<p>Convention avec les PS</p> <p>NGAP : Dispositions générales</p> <p>NABM : Dispositions générales</p>	

F4 - Base de remboursement des indemnités kilométriques

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle concerne les prestations de groupe fonctionnel Indemnité de déplacement / Kilométrique.</p> <p>Le montant unitaire de l'un de ces frais de déplacement correspond à un tarif fixé en fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de la spécialité du Professionnel de Santé, - du conventionnement du Professionnel de Santé, - du type d'indemnité kilométrique, - de la zone tarifaire du Professionnel de Santé. <p>Une fois ce tarif déterminé, la base de remboursement est le résultat du calcul suivant :</p> <p style="text-align: center;">prix unitaire x nombre de kilomètres facturés</p> <p style="text-align: center;">La base de remboursement est issue du calcul suivant : prix unitaire x nombre de kilomètres facturés</p> <p style="text-align: center;">Le montant de la base de remboursement correspond au minimum entre le montant de l'indemnité kilométrique et le montant de la base de remboursement tel que calculé précédemment.</p> <p>Lorsque deux types d'indemnités kilométriques sont facturées, il convient d'exécuter ces calculs pour chacune des indemnités et d'en faire l'addition pour obtenir la base de remboursement.</p> <p>Pour le régime SNCF : Le montant ainsi déterminé correspond au montant de la base de remboursement.</p> <p>Pour les autres régimes : La base de remboursement correspondra au minimum entre le montant de l'indemnité et celui de la base de remboursement déterminé ci-dessus. Ce calcul s'applique également au régime SNCF lorsque le code couverture fait apparaître une gestion identique à un code couverture du régime général (Cf. tables utilisées).</p>	<p>Code indemnité kilométrique : (1630) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Spécialité du professionnel de santé : <i>Lue sur la carte PS</i></p> <p>Code conventionnel du professionnel de santé : <i>Lue sur la carte PS</i></p> <p>Zone tarifaire du professionnel de santé : <i>Lue sur la carte PS</i></p> <p>Montant de l'indemnité kilométrique : (1630) : <i>Saisie par le PS donnée issue de la règle F5</i></p> <p>Prix unitaire (1630) : <i>lu dans la table des tarifs.</i></p> <p>Nombre de kilomètres : <i>saisie par PS</i></p> <p>Base de remboursement : (1630)</p> <p>Code couverture : <i>issu du lecteur</i></p> <p>Groupe fonctionnel : <i>Lu en table 1</i></p> <p>Taux d'abattement : <i>issu de la règle R24</i></p>	<p>Table 1</p> <p>table 8.1 ou 8.2 ou 8.4</p>	<p>Convention avec les PS</p> <p>Avenant 6 à la convention nationale des Infirmiers</p> <p>NGAP : Dispositions générales NABM : Dispositions générales.</p>	

<p>Cas particulier de l'abattement des IK à 100% : Le montant de la base de remboursement est le résultat du calcul suivant : prix unitaire x nombre de kilomètres facturés</p>				
--	--	--	--	--

F5 - Montant de l'indemnité kilométrique

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle concerne les prestations de groupe fonctionnel Indemnité de déplacement / Kilométrique.</p> <p>Le montant unitaire de l'un de ces frais de déplacement correspond à un tarif fixé en fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de la spécialité du Professionnel de Santé, - du conventionnement du Professionnel de Santé, - du type d'indemnité kilométrique, - de la zone tarifaire du Professionnel de Santé. <p>Une fois ce tarif déterminé, le montant de l'indemnité kilométrique est le résultat du calcul suivant :</p> <p style="padding-left: 20px;">prix unitaire x nombre de kilomètres facturés x (100% - taux d'abattement).</p> <p>Le principe d'abattement des IK ne concerne que les infirmiers.</p> <p>Le montant de l'indemnité kilométrique ainsi calculé ne peut pas être modifié par le PS.</p>	<p>Code indemnité kilométrique : (1630) : Saisie par le PS</p> <p>Spécialité du professionnel de santé : Lue sur la carte PS</p> <p>Code conventionnel du professionnel de santé : Lu sur la carte PS</p> <p>Zone tarifaire du professionnel de santé : Lue sur la carte PS</p> <p>Prix unitaire (1630) : lu dans la table des tarifs.</p> <p>Nombre de kilomètres : saisie par PS</p> <p>Code couverture : issu du lecteur</p> <p>Groupe fonctionnel : Lu en table 1</p> <p>Taux d'abattement : issu de la règle R24</p> <p>Montant de l'indemnité kilométrique : (1630) : Donnée résultat</p>	<p>Table 1</p>	<p>Convention avec les PS</p> <p>Avenant 6 à la convention nationale des Infirmiers</p> <p>NGAP : Dispositions générales</p> <p>NABM : Dispositions générales.</p>	

4.1.3

Section 3 : Base de remboursement des frais pharmaceutiques

S1 - Prix unitaire et Base de remboursement des frais pharmaceutiques (hors actes secondaires) et de la LPP	133
S2 - Prix unitaire et Base de remboursement de prestations sanitaires non identifiées par l'AMO	135
S3 - Prix unitaire d'une prestation d'honoraire de dispensation générée	136
S403 - Détermination du montant restant à ventiler sur une prestation non identifiée par l'AMO..	137

S1 - Prix unitaire et Base de remboursement des frais pharmaceutiques (hors actes secondaires) et de la LPP

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Etape 1</p> <p>→ Pour les frais pharmaceutiques hors actes secondaires :</p> <p>Le montant de la base de remboursement correspond au prix unitaire du groupe 1610 à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> le prix unitaire de la boîte de médicament délivré multiplié par le nombre de boîtes délivrées ou bien, en cas de déconditionnement, le prix de l'unité multiplié par le nombre d'unités délivrées. <p>Ces prestations relèvent de la nomenclature « Frais PH ».</p> <p>Cas particulier : Refus de substitution par l'assuré</p> <p>En cas de délivrance d'un médicament princeps non soumis à un tarif forfaitaire de responsabilité, pour lequel il existe un tarif ajusté en base médicaments et ayant fait l'objet d'une demande de non substitution par l'assuré (1740-7 = 'N'), le prix unitaire est calculé automatiquement par le logiciel et n'est pas modifiable par le Professionnel de Santé. Il correspond :</p> <ul style="list-style-type: none"> au tarif ajusté multiplié par la quantité de boîtes délivrées (1740-5). Le tarif ajusté du médicament princeps délivré est issu de la base nationale médicaments. Ou bien, en cas de déconditionnement, au tarif ajusté (issu de la base nationale médicaments) divisé par le nombre d'unités dans le conditionnement, multiplié par le nombre d'unités délivrées. <p>Remarque : Le tarif ajusté est également appliqué lorsque le mode de prescription saisi par le pharmacien n'est pas valide à la date de prescription (cf. R65) et que l'assuré refuse la substitution proposée par le pharmacien (1740-7 = 'N').</p> <p>! Attention, dans ce cas particulier, le logiciel informe le Professionnel de Santé que le Prix unitaire ajusté a été appliqué et ne doit pas lui permettre la modification de ce montant.</p>	<p>Type de Nomenclature : <i>Lu en table 1</i></p> <p>Prix unitaire de la boîte de médicament délivré : <i>(1740) : Saisie par le PS</i></p> <p>Nombre de boîtes délivrées : <i>(1740) : Saisie par le PS</i></p> <p>Prix unitaire de l'unité délivrée dans le cadre du déconditionnement : <i>(1740) Saisie par le PS</i></p> <p>Nombre de conditionnements utilisés dans le cadre du déconditionnement : <i>(1740) Saisie par le PS</i></p> <p>Montant total LPP (ex TIPS) : <i>(1730) Saisie par le PS</i></p> <p>Base de remboursement : <i>(1610)</i></p>	<p>Table 1</p>		

<p>→ Pour les Dispositifs Médicaux (DM) de la LPP (ex TIPS) :</p> <p>Le montant de la Base de Remboursement correspond au montant total LPP du dispositif médical.</p> <p>Ces prestations relèvent de la nomenclature « LPP ».</p> <p>Etape 2</p> <p>Le montant de la base de remboursement correspond au minimum entre le montant des honoraires perçus et le montant de la base de remboursement tel que calculé précédemment.</p> <p>Cas particulier : Actes Gratuits</p> <p>Pour les actes gratuits, la Base de Remboursement correspond au montant de la base de remboursement tel que calculé précédemment, bien que le montant des honoraires perçus soit nul.</p>				
--	--	--	--	--

S2 - Prix unitaire et Base de remboursement de prestations sanitaires non identifiées par l'AMO

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Pour une prestation sanitaire non identifiée par l'AMO, à savoir de code prestation « SGS » :</p> <p>Le prix unitaire de la prestation est égal au montant des honoraires saisi par le Professionnel de Santé.</p> <p>La base de remboursement de la prestation SGS est déterminée comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans le cas où la facture n'est pas constituée uniquement de prestation de ce type, la base de remboursement de la prestation SGS est nulle. <p>Ce cas concerne les factures :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ soit en nature d'assurance SMG et dont le « top prise en charge SMG de SGS uniquement » n'est pas positionné, ○ soit en nature d'assurance autre que SMG. • Dans le cas contraire, i.e. la facture est composée uniquement de prestations de code prestation SGS, la base de remboursement de la prestation est égale au montant restant à ventiler pour cette prestation dans la limite du montant des honoraires de la prestation : <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-top: 10px;"> $BR = \text{MIN} (\text{Montant Restant à ventiler}, \text{Montant PS des honoraires})$ </div>	<p>Code prestation : (1610) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Montant PS des honoraires : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Montant restant à ventiler : <i>Donnée intermédiaire déterminée par S403</i></p> <p>Prix unitaire : (1610) : <i>Donnée résultat</i></p> <p>Base de Remboursement : (1610) : <i>Donnée résultat</i></p>			

S3 - Prix unitaire d'une prestation d'honoraire de dispensation générée

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Le prix unitaire d'une prestation d'honoraire de dispensation générée par le LPS est égal au tarif réglementaire en vigueur à la date d'exécution de la prestation et en fonction de la caisse de rattachement du PS.</p> <p>Les tarifs réglementaires font l'objet de la table 1.1.</p>	<p>Code prestation : (1610) : <i>Généré par le LPS</i></p> <p>Groupe fonctionnel de la prestation : (1610) : <i>Table 1</i></p> <p>Date d'exécution : (1610) : <i>Généré par le LPS</i></p> <p>Caisse de rattachement du PS : <i>paramétrée sur le poste (cf. A1-A)</i></p> <p>Prix unitaire : (1610) : Donnée résultat</p>	<p>Table 1 Table 1.1</p>	<p>Convention Nationale des Pharmaciens</p>	<p>Remarque : Le prix unitaire déterminé ne doit pas être modifié par le PS.</p>

S403 - Détermination du montant restant à ventiler sur une prestation non identifiée par l'AMO

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Dans le cas d'une facture composée uniquement de prestations non identifiées par l'AMO (code prestation SGS), le montant restant à ventiler pour une prestation donnée est égal :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soit, pour la première prestation SGS considérée, au montant total effectif de prise en charge au titre des SMG, • Soit, pour toute autre prestation SGS suivante, au montant restant à ventiler pour la prestation précédente diminué de la base de remboursement de la prestation précédente. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> $\text{Reste à ventiler (SGS}_i) = \text{Reste à ventiler (SGS}_{i-1}) - \text{BR(SGS}_{i-1})$ </div>	<p>Montant total effectif de prise en charge SMG : <i>Donnée intermédiaire déterminée par RG_CF405 (cf. A1-A3)</i></p> <p>Base de Remboursement : (1610) <i>: Donnée déterminée par S2</i></p> <p>Montant restant à ventiler : <i>Donnée résultat</i></p>			

4.2 Chapitre 2 : Taux de remboursement

T1 - Date de référence pour déterminer le taux de remboursement pour un code prestation effectué par un prescripteur (hors soins dentaires prothétiques et d'ODF) ou un auxiliaire médical	141
T3.1 - Date à prendre en compte afin de déterminer le taux de remboursement pour un code prestation effectué par un prescripteur (hors soins dentaires prothétiques et d'ODF) ou un auxiliaire médical (RSI)	142
T1 bis- Date de référence pour déterminer le taux de remboursement des soins dentaires prothétiques et d'ODF.	143
T1 ter- Date de référence pour déterminer le taux de remboursement des frais pharmaceutiques, de la LPP et d'analyse de biologie médicale	144
T3.1 ter- Date à prendre en compte pour déterminer le taux de remboursement des frais pharmaceutiques, de la LPP et d'analyses de biologie médicale (RSI)	145
T2 - Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour un code prestation effectué par un prescripteur	146
T2 bis- Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour un code prestation effectué par un auxiliaire médical	147
T2 ter- Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour un code prestation exécuté par un pharmacien ou un fournisseur	148
T2 quater- Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour un code prestation exécuté par un laboratoire d'analyses de biologie médicale	149
T2-quint - Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour une FSE en l'absence de code couverture	150
T3 - Détermination du taux de remboursement lié à la nature d'assurance	151
T4 - Détermination du taux de remboursement des codes prestation à coefficient exonérant	152
T5 - Détermination du taux de remboursement des actes exonérés	153
T6 - Détermination du taux de remboursement lié aux soins exonérés pour les nouveau-nés	154
T7 - Détermination du taux de remboursement de base	155
T8 - Détermination du taux de remboursement à prendre en compte	156
T12 - Détermination du taux de remboursement pour les actes de prévention	157
T13 Détermination du taux de remboursement à prendre en compte pour chaque acte de la facture	158
Tc8 Détermination du taux de remboursement à prendre en compte pour un acte CCAM	159

T1 - Date de référence pour déterminer le taux de remboursement pour un code prestation effectué par un prescripteur (hors soins dentaires prothétiques et d'ODF) ou un auxiliaire médical

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>1. Principes généraux : La date de référence correspond selon le cas soit à la date d'exécution, soit à la date de prescription. Ces différentes situations sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - S'il s'agit d'un acte isolé, le taux de remboursement à prendre en compte est celui valable à la date d'exécution. - S'il s'agit d'un traitement en série, le taux de remboursement à prendre en compte est celui valable à la date de prescription. <p>Cette règle ne concerne pas les prestations des groupes fonctionnels suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « soins dentaires prothétiques » • « soins dentaires d'ODF » <p>Cas particuliers sauf SNCF :</p> <p>Une modification de la situation d'exonération du bénéficiaire peut intervenir après la date de prescription ⁽¹⁾, en cours de traitement ⁽²⁾.</p> <p>La détermination de l'évolution de la situation du bénéficiaire est effectuée à partir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • soit de la fonction « Lecture droits Vitale » (3), • soit de la fonction « Acquérir les droits en ligne », • soit par la lecture systématique de la carte lors de chaque acte. <p>Il convient d'examiner pour chaque acte :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le taux de remboursement correspondant au code couverture traduisant la situation du bénéficiaire à la date de prescription. • Le taux de remboursement correspondant au code couverture traduisant la situation du bénéficiaire à la date des soins. <p>a) Si le changement de situation au regard de l'exonération du ticket modérateur est défavorable (le nouveau code couverture issu du lecteur à la date des soins génère un taux de remboursement inférieur à celui correspondant à la situation du bénéficiaire des soins à la date de prescription), le taux de remboursement à prendre en compte reste celui valable à la date de prescription.</p> <p>b) Si le changement est favorable (le nouveau code couverture issu du lecteur à la date des soins génère un taux de remboursement supérieur à celui correspondant à la situation du bénéficiaire des soins à la date de prescription), le taux de remboursement à prendre en compte est celui valable à la date des soins.</p>	<p>Date d'exécution : (1610) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Date de prescription (1211) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Date de référence : <i>donnée intermédiaire utilisée dans les règles décrites dans le schéma ST2</i></p> <p>Code prestation (1610) <i>Saisie par le PS(NGAP) ou code regroupement CCAM renseigné par le progiciel</i></p> <p>Groupe fonctionnel : Lu en table 1</p>	Table 1		<p>La cinématique relative au traitement des actes en série est décrite dans le corps du cahier des charges.</p> <p>(1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • soit entre la date de prescription et le début du traitement, • soit en cours de traitement. <p>(2) Le principe admis par la réglementation est de retenir la situation la plus favorable pour le bénéficiaire des soins.</p> <p>(3) Cette fonction permet de restituer 5 codes couvertures au maximum en fonction de la date de référence saisie.</p> <ul style="list-style-type: none"> - la période incluant la date de référence. - les 4 périodes éventuellement suivantes. <p>En cas d'évolution législative du taux de participation de l'assuré (ticket modérateur), la date de référence à retenir est :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>pour un acte isolé : date d'exécution</i> • <i>pour un traitement en série : date du premier acte (cette situation est marginale)</i>

T3.1 - Date à prendre en compte afin de déterminer le taux de remboursement pour un code prestation effectué par un prescripteur (hors soins dentaires prothétiques et d'ODF) ou un auxiliaire médical (RSI)

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Le taux de remboursement à prendre en compte est celui valable :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à la date d'exécution de l'acte s'il s'agit d'un acte isolé, - à la date d'exécution du dernier acte de la série s'il s'agit d'un traitement en série. <p>Cette règle ne concerne pas les prestations de soins dentaires à savoir les prestations des groupes fonctionnels suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « soins dentaires prothétiques » • « soins dentaires d'ODF » 	<p>Date d'exécution du dernier code prestation facturé : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Groupe fonctionnel : Lu en table 1</p>	Table 1		

T1 bis- Date de référence pour déterminer le taux de remboursement des soins dentaires prothétiques et d'ODF.

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Le taux de remboursement à prendre en compte est celui valable à la date d'achèvement des travaux.</p> <p>Ce principe concerne les prestations des groupes fonctionnels suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soins dentaires prothétiques • les soins dentaires d'ODF 	<p>Date d'exécution (du dernier code prestation facturé) : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Date de référence : <i>donnée intermédiaire utilisée dans les règles décrites dans le schéma ST2</i></p> <p>Code prestation (1610) Saisie par le PS (NGAP) ou code regroupement CCAM renseigné par le progiciel.</p> <p>Groupe fonctionnel : Lu en table 1</p>	<p>Table 1</p>		<p>Le principe indiqué est valable quel que soit le motif d'évolution du taux de participation de l'assuré (évolution législative ou modification de la situation du bénéficiaire)</p>

T1 ter- Date de référence pour déterminer le taux de remboursement des frais pharmaceutiques, de la LPP et d'analyse de biologie médicale

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>1. Principes généraux : La date de référence correspond à la date de prescription. Le taux de remboursement à prendre en compte est celui valable à la date de prescription, y compris pour le renouvellement. Pour le cas de la réparation d'appareils, la date correspond à la date de la réparation i-e la date d'exécution.</p> <p>2. Cas particuliers sauf SNCF Une modification de la situation du bénéficiaire peut intervenir après la date de prescription ⁽¹⁾ en cours de traitement. La détermination de l'évolution de la situation du bénéficiaire est effectuée à partir :</p> <ul style="list-style-type: none"> soit de la fonction " Lecture droits Vitale " (3), soit de la fonction « Acquérir les droits en ligne », soit par la lecture systématique de la carte lors de chaque acte. <p>Il convient d'examiner pour chaque renouvellement:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le taux de remboursement correspondant au code couverture traduisant la situation du bénéficiaire à la date de prescription. - Le taux de remboursement correspondant au code couverture traduisant la situation du bénéficiaire à la date de 1^{ère} délivrance ou de renouvellement. <p>a) Le changement de situation au regard du ticket modérateur est défavorable : (le nouveau code couverture issu du lecteur à la date d'exécution génère un taux de remboursement inférieur à celui correspondant à la situation du bénéficiaire des soins à la date de prescription), le taux de remboursement à prendre en compte reste celui valable à la date de prescription</p> <p>b) Le changement de situation au regard du ticket modérateur est favorable, le taux de remboursement à prendre en compte est celui valable à la date de première délivrance ou à la date de renouvellement.</p>	<p>Date de prescription : (1211) : Saisie par le PS</p> <p>Date de référence : donnée intermédiaire utilisée dans les règles décrites dans le schéma ST2</p> <p>Code prestation (1610) Saisie par le PS.</p> <p>Renouvellement (1850) saisie par le PS</p> <p>Date d'exécution (1610) saisie par le PS</p> <p>Type prestation Réparation (1730-3) saisie par le PS</p>			<p>(¹)</p> <ul style="list-style-type: none"> soit entre date de prescription et date de première délivrance. soit entre la date de première délivrance et la date de renouvellement du médicament <p>Remarque A ce jour la notion de renouvellement n'est pas gérée dans le système SESAM-Vitale pour les prestations LPP.</p> <p><i>En cas d'évolution législative du taux de participation de l'assuré (ticket modérateur) la date de référence à retenir est la date de prescription (situation marginale).</i></p>

T3.1 ter- Date à prendre en compte pour déterminer le taux de remboursement des frais pharmaceutiques, de la LPP et d'analyses de biologie médicale (RSI)

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Le taux de remboursement à prendre en compte est celui valable à la date d'exécution.</p> <p>Cette règle concerne les actes des nomenclatures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">• « Frais PH »• « LPP »• « NABM »	<p>Date d'exécution : (1610) : Saisi par le PS</p> <p>Type de nomenclature : Lu en table 1</p>	Table 1		

T2 - Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour un code prestation effectué par un prescripteur

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>1) Principe général Le Taux de Remboursement associé à une situation d'exonération ou de modulation du Ticket Modérateur ainsi que le Code justificatif d'exonération du Ticket Modérateur afférent, sont déterminés dans les tables référencées à partir du Code Couverture restitué par le lecteur.</p> <ul style="list-style-type: none"> Cas particulier du forçage d'une situation d'ALD par le Professionnel de Santé : La présentation d'une attestation d'ALD et du protocole de soins ALD par l'assuré doit être signalée au progiciel par le Professionnel de Santé. Dans ce cas, le progiciel doit modifier le code ALD (première position du code couverture) et le valoriser à 1. <p>Pour le Régime SNCF, le code couverture issu du lecteur permet de déduire les règles de tarification à appliquer. La règle de tarification dépend du Professionnel de Santé à l'origine de la facturation.</p> <p>2) Tous régimes sauf SNCF et RSI En cas d'évolution de la situation du bénéficiaire, le code justificatif d'exonération à retenir est celui qui correspond au code couverture pour la détermination du taux de remboursement (Cf. règles T1, T1bis, T1 ter)</p> <p>3) Particularité SNCF : Lorsque le code couverture fait apparaître une application des taux du Régime Général de sécurité sociale, il y a lieu de faire abstraction des règles spécifiques au régime 04, et d'appliquer les règles du régime 01 pour la détermination des taux liés à la prestation en rapport avec une situation exonérante, aux soins particuliers exonérés ainsi que le taux de base.</p>	<p>Date de référence : <i>donnée intermédiaire calculée dans les règles T1 ou T1bis</i> Date d'exécution : (1610) : Saisi par le PS Code couverture : Issue du lecteur Code régime : Issu du lecteur Code gestion : Issue du lecteur Code spécialité PS : Issue du lecteur Code prestation : saisie Soins conformes au protocole ALD : saisie Soins en rapport avec accident : saisie Top présentation attestation ou protocole ALD : saisie Catégorie médicale de l'acte CCAM : issue de SRT_ConsulterDonnee(CCAM-12)</p> <p>Taux individu : Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8 Code justificatif d'exonération individu : Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</p>	Table 8.1 Tables 21.x		<p>Pour l'ENIM (code régime 06), la CNMSS (code régime 08), les Fonds de sécurité sociale de l'Assemblée Nationale (code régime 14) les Caisses autonomes de Sécurité Sociale du Sénat (code régime 15), la Caisse des Français à l'Etranger (code régime 17)</p> <p>et les sections locales mutualistes (codes régimes 91 à 96 et 99) :</p> <p>le code couverture sera de la forme "x01xx"..</p>

T2 bis- Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour un code prestation effectué par un auxiliaire médical

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>1) Principe général Le Taux de Remboursement associé à une situation d'exonération ou de modulation du Ticket Modérateur ainsi que le Code justificatif d'exonération du Ticket Modérateur afférent, sont déterminés dans les tables référencées à partir du Code Couverture restitué par le lecteur.</p> <ul style="list-style-type: none"> Cas particulier du forçage d'une situation d'ALD par le Professionnel de Santé : La présentation d'une attestation d'ALD et du protocole de soins par l'assuré doit être signalée au progiciel par le Professionnel de Santé. Dans ce cas, le progiciel doit modifier le code ALD (première position du code couverture) et le valoriser à 1. <p>Pour le Régime SNCF, le code couverture issu du lecteur permet de déduire les règles de tarification à appliquer. La règle de tarification dépend du Professionnel de Santé à l'origine de la facturation.</p> <p>2) Particularité SNCF Lorsque le code couverture fait apparaître une application des taux du Régime Général de sécurité sociale, il y a lieu de faire abstraction des règles spécifiques au régime 04, et d'appliquer les règles du régime 01 pour la détermination des taux liés à la prestation en rapport avec une situation exonérante, aux soins particuliers exonérés ainsi que le taux de base.</p>	<p>Date de référence : <i>Donnée intermédiaire calculée dans la règle T1.</i></p> <p>Date d'exécution : (1610) : Saisi par le PS</p> <p>Code couverture : <i>Issue du lecteur</i></p> <p>Code régime : <i>Issue du lecteur</i></p> <p>Code gestion : <i>Issue du lecteur</i></p> <p>Code spécialité PS : <i>Issue du lecteur</i></p> <p>Code spécialité Prescripteur : saisie</p> <p>Code prestation : saisie</p> <p>Soins conformes au protocole ALD : saisie</p> <p>Top présentation attestation ou protocole ALD : saisie</p> <p>Soins en rapport avec accident : saisie</p> <p>Prescription d'un médecin SNCF : saisie</p> <p>Taux individu : <i>Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</i></p> <p>Code justificatif d'exonération individu : <i>Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</i></p>	Table 8.2		<p>Pour-l'ENIM (code régime 06), la CNMSS (code régime 08) les Fonds de sécurité sociale de l'Assemblée Nationale (code régime 14) les Caisses autonomes de Sécurité Sociale du Sénat (code régime 15), la Caisse des Français à l'Etranger (code régime 17)</p> <p>et les sections locales mutualistes (codes régimes 91 à 96 et 99) :</p> <p>le code couverture sera de la forme " x01xx ".</p>

T2 ter- Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour un code prestation exécuté par un pharmacien ou un fournisseur

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>1) Principe général Le Taux de Remboursement associé à une situation d'exonération ou de modulation du Ticket Modérateur ainsi que le Code justificatif d'exonération du Ticket Modérateur afférent, sont déterminés dans les tables référencées à partir du Code Couverture restitué par le lecteur.</p> <ul style="list-style-type: none"> Cas particulier du forçage d'une situation d'ALD par le Professionnel de Santé : La présentation d'une attestation d'ALD et du protocole de soins ALD par l'assuré doit être signalée au progiciel par le Professionnel de Santé. Dans ce cas, le progiciel doit modifier le code ALD (première position du code couverture) et le valoriser à 1. <p>Pour le Régime SNCF, le code couverture issu du lecteur permet de déduire les règles de tarification à appliquer. La règle de tarification dépend du Professionnel de Santé à l'origine de la facturation.</p> <p>2) Particularité SNCF Lorsque le code couverture fait apparaître une application des taux du Régime Général de sécurité sociale, il y a lieu de faire abstraction des règles spécifiques au régime 04, et d'appliquer les règles du régime 01 pour la détermination des taux liés à la prestation en rapport avec une situation exonérante, aux soins particuliers exonérés ainsi que le taux de base.</p>	<p>Date de référence : <i>Donnée intermédiaire calculée dans la règle T1 ter.</i></p> <p>Date d'exécution : (1610) : Saisi par le PS</p> <p>Code couverture : Issue du lecteur</p> <p>Code régime : Issue du lecteur</p> <p>Code gestion : Issue du lecteur</p> <p>Code spécialité Prescripteur : saisie</p> <p>Code prestation : saisie</p> <p>Soins conformes au protocole ALD : saisie</p> <p>Top présentation attestation ou protocole ALD : saisie</p> <p>Soins en rapport avec accident : saisie</p> <p>Catégorie médicale de l'acte CCAM : issue de SRT_ConsulterDonnee(CCAM-12)</p> <p>Prescription imprimé 1032 ou médecin SNCF : saisie</p> <p>Taux individu : Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</p> <p>Code justificatif d'exonération individu : Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</p>	<p>Table 8.3 Table 8.5</p> <p>Tables 21.x</p>		<p>Pour l'ENIM (code régime 06), la CNMSS (code régime 08) les Fonds de sécurité sociale de l'Assemblée Nationale (code régime 14) les Caisses autonomes de Sécurité Sociale du Sénat (code régime 15), la Caisse des Français à l'Etranger (code régime 17)</p> <p>et les sections locales mutualistes (codes régimes 91 à 96 et 99) :</p> <p>le code couverture sera de la forme " x01xx ".</p>

T2 quater- Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour un code prestation exécuté par un laboratoire d'analyses de biologie médicale

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>1) Principe général Le Taux de Remboursement associé à une situation d'exonération ou de modulation du Ticket Modérateur ainsi que le Code justificatif d'exonération du Ticket Modérateur afférent, sont déterminés dans les tables référencées à partir du Code Couverture restitué par le lecteur.</p> <ul style="list-style-type: none"> Cas particulier du forçage d'une situation d'ALD par le Professionnel de Santé : La présentation d'une attestation d'ALD et du protocole de soins ALD par l'assuré doit être signalée au progiciel par le Professionnel de Santé. Dans ce cas, le progiciel doit modifier le code ALD (première position du code couverture) et le valoriser à 1. <p>Pour le Régime SNCF, le code couverture issu du lecteur permet de déduire les règles de tarification à appliquer. La règle de tarification dépend du Professionnel de Santé à l'origine de la facturation.</p> <p>2) Particularité SNCF Lorsque le code couverture fait apparaître une application des taux du Régime Général de sécurité sociale, il y a lieu de faire abstraction des règles spécifiques au régime 04, et d'appliquer les règles du régime 01 pour la détermination des taux liés à la prestation en rapport avec une situation exonérante, aux soins particuliers exonérés ainsi que le taux de base.</p>	<p>Date de référence : donnée intermédiaire calculée dans la règle T1ter. Date d'exécution : (1610) : Saisie par le PS Code couverture : Issue du lecteur Code régime : Issue du lecteur Code gestion : Issue du lecteur Code spécialité Prescripteur : saisie Code prestation : saisie Soins conformes au protocole ALD : saisie Top présentation attestation ou protocole ALD : saisie Soins en rapport avec accident : saisie Prescription médecin SNCF : saisie</p> <p>Taux individu : Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8 Code justificatif d'exonération individu : Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</p>	<p>Table 8.4</p>		<p>Pour l'ENIM (code régime 06), la CNMSS (code régime 08), les Fonds de sécurité sociale de l'Assemblée Nationale (code régime 14), les Caisses autonomes de Sécurité Sociale du Sénat (code régime 15), la Caisse des Français à l'Etranger (code régime 17)</p> <p>et les sections locales mutualistes (codes régimes 91 à 96 et 99) :</p> <p>le code couverture sera de la forme " x01xx ".</p>

T2-quint - Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour une FSE en l'absence de code couverture

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>En l'absence de code couverture, le taux de remboursement ainsi que le code justificatif d'exonération ou de modulation du ticket modérateur afférent sont déterminés dans la table référencée à partir d'un libellé.</p> <ul style="list-style-type: none"> Cas particulier du forçage d'une situation d'ALD par le Professionnel de Santé : dans ce cas le progiciel doit valoriser à " oui " la réponse à la question " soins conformes au protocole de soins ALD ? " 	<p>Date de référence : <i>donnée intermédiaire calculée dans la règle T1 et T1ter.</i></p> <p>Date d'exécution : (1610) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Libellé : Issu de l'attestation papier de droits</p> <p>Taux individu : <i>Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</i></p> <p>Code justificatif d'exonération individu : <i>Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</i></p>	<p>Table 50.1 Table 50.2 Table 50.4 Table 50.6</p>		<p>Pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> l'ENIM (code régime 06), la CNMSS (code régime 08), les Fonds de sécurité sociale de l'Assemblée Nationale (code régime 14), les Caisses autonomes de Sécurité Sociale du Sénat (code régime 15), la Caisse des Français à l'étranger (17) la CAVIMAC (code régime 90), le Port Autonome de Bordeaux (code régime 16), et les sections locales mutualistes (codes régimes 91 à 96 et 99), les libellés sont identiques. Par conséquent, il faut utiliser la table 50.1 pour ces régimes.

T3 - Détermination du taux de remboursement lié à la nature d'assurance

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Lorsque la nature d'assurance est " accident du travail ", " soins médicaux gratuits ", ou " maternité ", le taux de remboursement est égal à 100%. Le code justificatif d'exonération est « pas d'exonération ».</p>	<p>Code prestation : (1610) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Nature d'assurance (151X) : <i>Saisie par le P.S</i></p> <p>Taux lié à la nature d'assurance : <i>Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</i></p> <p>Code justificatif d'exonération lié à nature d'assurance : <i>Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</i></p>		<p>Art. L331.1 et L331.2 du code de la Sécurité Sociale.</p> <p>Art L432.3 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>La détermination de la nature d'assurance est effectuée à partir d'un support particulier (guide maternité, feuillet Accident de Travail) ou en fonction de l'acte facturé (forfait accouchement à domicile, séances de rééducation de la paroi abdominale)</p>

T4 - Détermination du taux de remboursement des codes prestation à coefficient exonérant

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Si le code prestation est :</p> <ul style="list-style-type: none"> acte de radiologie (Z) acte d'échographie ou d'échotomographie ou de Doppler pratiqué par un médecin (KE) acte de spécialité exécuté par un médecin (K) acte de chirurgie exécuté par un médecin (KC) acte dentaire (D) acte de chirurgie dentaire (DC) acte d'orthopédie dento faciale (TO - ORT) <p>et que le coefficient du code prestation est supérieur ou égal à " 60 ", alors le taux de remboursement est égal à 100 %.</p> <p>Le libellé du code justificatif d'exonération ou de modulation du ticket modérateur sera " soins particuliers exonérés ".</p>	<p>Code prestation : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Coefficient : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Taux lié à la prestation exonérante : Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</p> <p>Code justificatif d'exonération lié à la prestation exonérante : Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</p>	Table 1		<p>Cette règle sera caduque dès que la CCAM sera obligatoire.</p> <p>Fractionnement des actes d'Orthopédie Dento Faciale : Par exception à la réglementation il est admis que les caisses puissent rembourser en cours de traitement ODF les avances versées par les assurés aux chirurgiens dentistes et aux stomatologistes sur la base d'un TO/ORT 30 ou 45 (Fractionnement d'un TO/ORT 90). Ces actes sont facturés avec un code justification d'exonération : soins particuliers exonérés.</p>

T5 - Détermination du taux de remboursement des actes exonérés

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p><u>R1 : Tous REGIMES sauf SNCF, MINES.</u></p> <p>L'acte peut être exonéré s'il intervient dans le cadre d'un traitement exonérant sauf s'il s'agit de médicaments à vignette bleue ou orange. Dans ce cas, le taux de remboursement sera valorisé à 100% et le code justificatif d'exonération du ticket modérateur sera renseigné à " Soins particuliers exonérés ".</p> <p><u>R2 : SNCF (sauf exception prévue T2, T2 bis, T2ter, T2 quater)</u></p> <p>L'acte peut être exonéré s'il intervient dans le cadre d'un traitement exonérant. Dans ce cas, le taux de remboursement sera valorisé à 100% et le code justificatif d'exonération du ticket modérateur sera renseigné à " Soins particuliers exonérés ".</p>	<p>Code prestation : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Soins exonérés au titre d'un acte exonérant : Saisie par le PS</p> <p>Soins exonérés au titre d'un traitement exonérant : Saisie par le PS</p> <p>Taux lié à la prestation en rapport avec une situation exonérante : <i>Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</i></p> <p>Code justificatif d'exonération lié à la prestation : en rapport avec une situation exonérante : <i>Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</i></p>			<p>Les mines ne sont pas concernées par la règle T5.</p>

T6 - Détermination du taux de remboursement lié aux soins exonérés pour les nouveau-nés

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p><u>R1 : Tous régimes sauf SNCF, MINES, CRPCEN</u> Le code prestation peut être exonéré s'il appartient à une série d'actes prescrits* dans les 30 premiers jours de la vie du nouveau-né. Dans ce cas le taux de remboursement sera valorisé à 100% (à l'exclusion de la pharmacie vignette bleue ou orange), le code justificatif d'exonération sera renseigné à " Soins particuliers exonérés ". Seul le Professionnel de Santé peut, au regard de la prescription, déterminer si l'acte est un acte en série prescrit dans les 30 premiers jours.</p> <p><u>R2 : SNCF, CRPCEN (sauf exception prévue T2, T2 bis, T2ter, T2 quater)</u> Le code prestation peut être exonéré s'il est réalisé dans un établissement de santé dans les 30 premiers jours de la vie du nouveau-né. Dans ce cas le taux de remboursement sera valorisé à 100%, le code justificatif d'exonération sera renseigné à " Soins particuliers exonérés ".</p>	<p>Code prestation (1610). Saisie par le PS</p> <p>Indicateur actes en série : saisie par le PS.</p> <p>Taux lié aux soins particuliers exonérés : Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</p> <p>Code justificatif d'exonération lié aux soins particuliers exonérés Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</p>		<p>art R322.9 du code de la sécurité sociale</p>	<p><i>Il s'agit exclusivement des actes prescrits dans un établissement de santé et exécutés en milieu ambulatoire</i></p> <p>Les mines ne sont pas concernées par la règle T6.</p>

T7 - Détermination du taux de remboursement de base

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Taux de remboursement de base pour tout acte hors actes de la nomenclature CCAM :</p> <p>Le taux de remboursement de base de l'acte correspond au taux renseigné dans la table 4.</p> <p>Il dépend du code régime et de la date de référence de l'acte.</p> <p>Le code justificatif d'exonération du ticket modérateur sera valorisé à " pas d'exonération " sauf lorsque pour l'acte présenté, le code justificatif d'exonération du ticket modérateur est déjà valorisé à « FSV » ; dans ce cas, ce code justificatif d'exonération doit être conservé.</p> <p>Taux de remboursement de base pour un acte de la nomenclature CCAM :</p> <p>Le taux de remboursement de base d'un acte CCAM correspond au taux renseigné dans la table 4bis.</p> <p>Il dépend du code régime et de la date de référence de l'acte.</p>	<p>Code prestation : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Date de référence : <i>donnée intermédiaire calculée dans les règles T1, T1bis, T3.1</i></p> <p>Code régime : (1310)</p> <p>Type d'indemnité kilométrique (1630) : Saisie par le PS</p> <p>Code indemnité forfaitaire de déplacement (1620) : Saisie par le PS</p> <p>Taux de base : <i>Donnée intermédiaire lue dans la table 4 (ou 4bis) et utilisée dans la règle T8</i></p> <p>Code justificatif d'exonération lié à la prestation : <i>Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</i></p> <p>Type de nomenclature : Lu en table 1</p>	<p>Acte NGAP, LPP ou NABM : Table 4</p> <p>Acte CCAM : Table 4bis</p>		<p>Table 4 : pour les codes régimes 91 à 96 et 99, utilisation de la terminologie " Sections locales mutualistes ".</p> <p>Remarque : cette règle ne concerne pas les bénéficiaires des régimes CPRPSNCF (04) et ENIM (07) cf. Annexe1-A Schéma ST4bis</p>

T8 - Détermination du taux de remboursement à prendre en compte

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Le taux à prendre en compte est le taux le plus favorable entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> le taux de remboursement lié à l'individu le taux de remboursement lié à la prestation exonérante le taux de remboursement liés aux soins particuliers exonérés le taux de base <p>Le code justificatif d'exonération à retenir sera celui correspondant au taux retenu.</p> <p>Cas particulier 1 : exonération des honoraires globaux (sauf honoraire complexe)</p> <p>S'il existe dans la facture un ou plusieurs médicaments de groupe fonctionnel détail « ouvrant à HD » exonérés (taux de remboursement = 100% et code justif d'exo différent de 0), alors il y a lieu d'exonérer les honoraires globaux également (taux = 100%).</p> <ul style="list-style-type: none"> Si la facture comporte des médicaments de groupe fonctionnel détail « ouvrant à HD » avec un seul et même justif d'exo, le code justificatif d'exo de l'HD (HDA, HDE, HDR) est le même que le code justif d'exo présent dans la facture. En cas de facturation de plusieurs médicaments de groupe fonctionnel détail « ouvrant à HD » pour lesquels des codes justif d'exo différents ont été positionnés, le code justif d'exo à renseigner sur le HD (HDA, HDE, HDR) doit correspondre à un des codes justif d'exo déjà présent dans la facture. <p>Cas particulier 2 : PH1 et honoraires globaux (sauf honoraire complexe).</p> <p>Si dans la facture, tous les médicaments de groupe fonctionnel détail « ouvrant à HD » sont des PH1 avec code justif d'exo = 0, alors le taux de remboursement des honoraires globaux est de 100% avec un code justif d'exo = 0.</p>	<p>Code Prestation (1610) : Saisie par le PS.</p> <p>Taux lié à l'individu : Donnée intermédiaire issue des règles T2 ou T2 bis ou T2 ter ou T2quater ou T2 quinte</p> <p>Taux lié à la prestation exonérante : Donnée intermédiaire issue de la règle T4</p> <p>Taux lié aux soins particuliers exonérés : Donnée intermédiaire issue de la règle T5 et T6</p> <p>Taux lié à la nature d'assurance : Donnée intermédiaire issue de la règle T3</p> <p>Taux de base : Donnée intermédiaire issue de la règle T7</p> <p>Code justificatif d'exonération lié à la prestation : Donnée intermédiaire issue de la règle, T7</p> <p>Taux applicable à la prestation (1610) à l'indemnité forfaitaire (1620) à l'indemnité kilométrique (1630)</p> <p>Code de justification d'exonération du ticket modérateur : (1820)</p>			

T12 - Détermination du taux de remboursement pour les actes de prévention

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>L'Assurance Maladie prévoit le remboursement de certaines prestations dans le cadre exclusif de campagnes de prévention.</p> <p>De même l'Assurance Maladie prévoit le remboursement du contraceptif d'urgence pour les mineures.</p> <p>Dans ce contexte, le taux de remboursement est valorisé à 100 % et le code justificatif d'exonération du ticket modérateur est renseigné à " Soins dispensés en risque maladie et exonérés dans le cadre d'un dispositif de prévention ".</p>	<p>Code nature de prestation (saisi PS)</p> <p>Taux de remboursement</p> <p>Code justificatif d'exonération du ticket modérateur (1820)</p>		<p>Art. L5134-1 du code de la santé publique.</p>	<p>Les modalités relatives aux campagnes de prévention sont définies par la réglementation.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Celle ci détermine entre autres :La population concernée, • la liste des prestations prises en charge, • l'imprimé de prise en charge, • la période de validité de la prise en charge.

T13 Détermination du taux de remboursement à prendre en compte pour chaque acte de la facture

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Le taux à prendre en compte est le taux le plus favorable entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> le taux de remboursement à prendre en compte le taux de remboursement d'un acte exonéré par la règle du seuil calculé au niveau de la facture. <p>Le code justificatif d'exonération à retenir sera celui correspondant au taux retenu.</p> <p>Cas particuliers : Lorsque :</p> <ul style="list-style-type: none"> soit le code qualificatif de la dépense est «Non Remboursable » ou « Gratuit », soit le code prestation est "HN" ou "PHN", <p>le taux applicable à la prestation est forcé à 0*</p> <p>Le code justificatif d'exonération quant à lui reste celui correspondant au taux qui aurait été retenu après application des règles T1 à T13 conformément au schéma ST2.</p>	<p>Code acte : <i>saisie par le PS</i></p> <p>Code qualificatif de la dépense : <i>saisi par le PS</i></p> <p>Taux à prendre en compte : <i>donnée intermédiaire issue des règles T8 ou Tc8</i></p> <p>Taux lié à la règle du seuil facture : <i>donnée intermédiaire issue du service SRT C-ExoFacture (cf. Annexe1-A1 règle TC5)</i></p> <p>Code justificatif d'exonération lié à la prestation : <i>donnée intermédiaire issue des règles T8 ou Tc8 ou service SRT C-ExoActe ou C-ExoFacture(cf. Annexe1-A1 règles TC2-3 et TC5)</i></p> <p>Taux de remboursement à prendre en compte : <i>Donnée résultat à renseigner dans le groupe 1610 ou 1620 ou 1630</i></p>			<p>* cf. Annexe1 groupe 161x</p>

Tc8 Détermination du taux de remboursement à prendre en compte pour un acte CCAM

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Le taux à prendre en compte est le taux le plus favorable entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le taux de remboursement lié à l'individu • le taux de remboursement retourné par le service SRT C_ExoActe • le taux de remboursement de base <p>Le code justificatif d'exonération à retenir sera celui correspondant au taux retenu.</p>	<p>Code acte : saisie par le PS</p> <p>Taux lié à l'individu : donnée intermédiaire issue des règles T2 ou T2 bis ou T2 ter ou T2 quater ou T2 quinte</p> <p>Taux : issu de C_ExoActe</p> <p>Taux de remboursement de base : donnée intermédiaire issue de la règle T7</p> <p>Code justificatif d'exonération lié à la prestation : donnée intermédiaire issue de du service SRT C_ExoActe (cf. Annexe1-A1 règle TC5) et de la règle T7</p>			<p>Cf. Annexe 1 module SRT</p>

4.3 Chapitre 3 : Calcul du montant remboursable par l'A.M.O.

<i>P0 – Détermination du contexte de calcul du montant remboursable par l'A.M.O.</i>	163
<i>P0bis - Détermination de la diminution de taux à prendre en compte hors parcours de soins</i>	164
<i>P1 - Calcul du montant remboursable par l'A.M.O. pour les situations différentes de « hors parcours de soins »</i>	165
<i>P1 bis - Calcul du montant remboursable par l'A.M.O. hors parcours de soins</i>	166
<i>P2 - Calcul du dépassement</i>	167
<i>P3 - Contrôle du respect des tarifs opposables pour des prestations support</i>	168
<i>P4 - Contrôle du respect des tarifs opposables pour des prestations secondaires.....</i>	169
<i>P5 - Contrôle du respect des plafonds des actes prothétiques</i>	170
<i>P6 - Contrôle du respect des tarifs opposables des soins dentaires (hors prothèses)</i>	171
<i>P7 - Contrôle du respect des prix limite de vente des produits de la LPP.....</i>	172

P0 – Détermination du contexte de calcul du montant remboursable par l'A.M.O.

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Le montant remboursable dépend de la position par rapport au parcours de soins</p> <p>Le calcul est différent selon que la facture se trouve « non concernée », « Dans' ou « Hors » du parcours de soins.</p>	<p>Position de la facture par rapport au parcours de soins : <i>Donnée intermédiaire issue de la R37quater</i></p>			

P0bis - Détermination de la diminution de taux à prendre en compte hors parcours de soins

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Pour les cas concernés par le parcours de soins, le taux doit être, sauf exception, diminué en cas de non respect du parcours de soins c'est à dire quand la position par rapport au parcours de soins est égal à « hors parcours ».</p> <p>La valeur de diminution du taux de remboursement dépend de différents paramètres :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ le code régime du bénéficiaire, ▪ la caisse gestionnaire du bénéficiaire, ▪ la situation particulière du bénéficiaire ▪ la nature d'assurance, ▪ la nature de prestation, ▪ l'existence de la déclaration d'un Médecin Traitant ▪ le code justificatif d'exonération ▪ l'application du tiers payant sur la part obligatoire. 	<p>Taux de remboursement : donnée intermédiaire issue de la règle T13</p> <p>Code régime (1310)</p> <p>Code caisse gestionnaire (1310)</p> <p>Code justificatif d'exonération lié à la prestation : donnée intermédiaire issue de la règle T3 ou de la règle T8</p> <p>Code prestation : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Groupe nature d'assurance : (151x) : Saisie par le PS</p> <p>Position de la facture par rapport au parcours de soins : Donnée intermédiaire issue de la règle R37bis</p> <p>Existence de la déclaration d'un Médecin Traitant : saisie par le PS.</p> <p>Situation particulière du bénéficiaire: cf. A1-A §2.1.3.4.</p> <p>Tiers payant AMO : voir cadre de remboursement (1410)</p> <p>Diminution du taux hors parcours de soins : Donnée résultat</p>	<p>Table 14</p>	<p>Réforme d'Assurance Maladie : loi du 13 Août 2004</p>	<p>L'application par le PS du Tiers Payant sur la part obligatoire est reflétée par la valeur du cadre de remboursement :</p> <p>Valeurs 2, 3 ou 5 : TP AMO appliqué</p> <p>Valeurs 1 ou 4 : : TP AMO non appliqué</p>

P1 - Calcul du montant remboursable par l'A.M.O. pour les situations différentes de « hors parcours de soins »

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Le montant remboursable est le résultat du calcul suivant :</p> <p style="text-align: center;">Base de remboursement</p> <p style="text-align: center;">X</p> <p style="text-align: center;">Taux applicable sans considération du parcours de soins /100</p> <p>Le montant du remboursement ne peut excéder le montant facturé.</p>	<p>Base de remboursement : (1610 ou 1620 ou 1630) : <i>Calculée pour les actes CCAM dans la règle BC99 :cf. annexe 1 SRT service C_Base</i> <i>Calculée pour les autres prestations dans les règles B13 ou B14, F1, F2, F3, ou F4 et S1</i></p> <p>Taux applicable * à la prestation (1610) * à l'indemnité forfaitaire : (1620) * à l'indemnité kilométrique : (1630) sans considération du parcours de soins : donnée intermédiaire issue de la règle T13 <i>(Déterminée dans la partie " Taux de remboursement ")</i></p> <p>Montant de l'honoraire (1610) ; montant des indemnité (1620) ; Montant de indemnité kilométrique (1630) : Saisi par le PS</p> <p>Montant remboursable par l'AMO : pour la prestation : (1610) ; pour l'indemnité forfaitaire : (1620) ; pour l'indemnité kilométrique (1630) : Donnée résultat</p>			

P1 bis - Calcul du montant remboursable par l'A.M.O. hors parcours de soins

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Le montant remboursable hors parcours de soins est le résultat du calcul suivant :</p> $\text{Montant Remboursable} = \frac{\text{BR} \times \text{TAUX}}{100} - \text{Montant MTM restant à charge de l'assuré}$ <p>La pénalité hors parcours de soins est le résultat du calcul suivant :</p> $\text{Montant MTM restant à charge de l'assuré} = \text{MIN} [(\text{BR} \times \text{Diminution TAUX}), \text{Plafond}]$ <p>Avec le seuil égal au calcul suivant :</p> $\text{Plafond} = \text{Tarif conventionnel de l'acte de référence} \times \text{Diminution TAUX}$ <p>Remarque : Il convient de prendre en compte le tarif conventionnel en vigueur à la date des soins.</p> <p>Le montant du remboursement ne peut excéder le montant facturé.</p> <p>Remarque : cette règle s'applique uniquement si le TAUX est non nul.</p>	<p>Base de remboursement (BR) : (1610 ou 1620 ou 1630) : <i>Calculée pour les actes CCAM dans la règle BC99 :cf. annexe 1 SRT service C_Base</i> <i>Calculée pour les autres prestations dans les règles B13 ou B14, F1, F2, F3, ou F4 et S1</i></p> <p>Taux applicable * à la prestation (1610) * à l'indemnité forfaitaire : (1620) * à l'indemnité kilométrique : (1630) sans considération du parcours de soins (TAUX) : <i>donnée intermédiaire issue de la règle T13 (déterminée dans la partie " Taux de remboursement ")</i></p> <p>Diminution du Taux hors parcours (Diminution TAUX) : <i>donnée intermédiaire issue de la règle P0bis</i></p> <p>Montant de l'honoraire (1610) ; montant des indemnité (1620) ; Montant de indemnité kilométrique (1630) : <i>Saisi par le PS</i></p> <p>Montant remboursable par l'AMO : pour la prestation : (1610) ; pour l'indemnité forfaitaire : (1620) ; pour l'indemnité kilométrique (1630) : <i>Donnée résultat</i></p> <p>Montant MTM restant à charge de l'assuré : pour la prestation : (1610) ; pour l'indemnité forfaitaire : (1620) ; pour l'indemnité kilométrique (1630) : <i>Donnée résultat</i></p>	<p>Table 19</p>		

P2 - Calcul du dépassement

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Le montant du dépassement est le résultat du calcul suivant :</p> $\frac{\text{Montant facturé}}{\text{base de remboursement}}$ <p>Ce dépassement peut être utilisé pour alerter le Professionnel de Santé sur des erreurs de saisie importante.</p> <p>La fourchette d'alerte peut être paramétrée par le Professionnel de Santé. D'autre part, si aucun motif de dépassement n'est renseigné, une alerte peut être transmise au Professionnel de Santé conventionné secteur 1.</p> <p>Cas particulier d'un acte dentaire support (CCAM ou NGAP) suivi d'un forfait dentaire CMU-C : le montant du dépassement doit être nul hormis si le qualificatif de la dépense est à « entente directe ».</p>	<p>Montant des honoraires : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Montant de l'indemnité : (1620) : Saisie par le PS</p> <p>Montant de l'indemnité kilométrique : (1630) : Saisie par le PS</p> <p>Base de remboursement : (1610 ou 1620 ou 1630) : calculée*</p> <p>Code conventionnel du professionnel de santé : Lue sur la carte PS</p> <p>Qualificatif de la dépense : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Montant du dépassement : Donnée intermédiaire</p>			<p>* Calculée pour les actes CCAM dans la règle BC99 :cf. annexe 1 SRT service C_Base</p> <p>Calculée pour les autres prestations dans les règles F1, F2, F3, ou F4 ;B13 ou B14, S1</p> <p>Les montants maximum de prise en charge des forfaits dentaires CMU-C font l'objet d'un arrêté CMU-C publié au Journal Officiel.</p>

P3 - Contrôle du respect des tarifs opposables pour des prestations support

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier, pour toute prestation déterminée compatible « sous condition P3 » par la règle R1bis, que les tarifs opposables sont respectés :</p> <ul style="list-style-type: none"> le montant du dépassement de cette prestation doit être nul. <p>Dans le cas contraire, cette prestation n'est pas autorisée.</p> <p> Cas particulier : existence d'un motif de dépassement</p> <p>Le montant du dépassement peut être non nul si le qualificatif de la dépense est renseigné à une valeur différente de « Gratuit » et « Non remboursable ».</p> <p>Dans ce cas, la prestation est alors autorisée.</p>	<p>Montant du dépassement : (1610) : Déterminé par la règle P2</p> <p>Prestation compatible sous condition : Déterminé par la règle R1bis</p> <p>Qualificatif de la dépense : (1610) : Saisie par le PS</p>		<p>Convention Médicale 2016</p>	<p>Par construction cette règle concerne uniquement des prestations support</p>

P4 - Contrôle du respect des tarifs opposables pour des prestations secondaires

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier, pour toute prestation déterminée compatible « sous condition P4 » par la règle R1bis, que les tarifs opposables sont respectés.</p> <p>Pour cela:</p> <ul style="list-style-type: none"> • le montant du dépassement de cette prestation doit être nul. • et le montant du dépassement de la prestation support auquel il est rattaché doit être nul. <p>Dans le cas contraire, cette prestation n'est pas autorisée.</p> <p> Cas particulier : existence d'un motif de dépassement</p> <p>Pour la prestation secondaire comme pour la prestation support, le montant du dépassement peut être non nul si le qualificatif de la dépense est renseigné à une valeur différente de « Gratuit » et « Non remboursable ».</p> <p>Dans ce cas, il n'y a pas lieu d'alerter le Professionnel de Santé.</p>	<p><u>Prestation secondaire :</u></p> <p>Prestation compatible sous condition : <i>Déterminé par la règle R1bis</i></p> <p>Montant du dépassement : (1610) : <i>Déterminé par la règle P2</i></p> <p>Qualificatif de la dépense : (1610) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p><u>Prestation support :</u></p> <p>Montant du dépassement : (1610) : <i>Déterminé par la règle P2</i></p> <p>Qualificatif de la dépense : (1610) : <i>Saisie par le PS</i></p>		<p>Convention Médicale 2016</p>	<p>A noter que par construction cette règle concerne uniquement des prestations secondaires.</p>

P5 - Contrôle du respect des plafonds des actes prothétiques

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier pour tout code acte CCAM facturé, s'il est présent à la date de référence AMO dans la table des plafonds dentaires, que le montant du plafond autorisé n'est pas dépassé.</p> <ul style="list-style-type: none"> Le montant des honoraires doit être inférieur ou égal au montant du plafond autorisé. <p>Dans le cas où le plafond autorisé est dépassé, le logiciel doit déclencher un message d'alerte au PS : « Le montant des honoraires facturés ne respecte pas la convention dentaire. Il vous appartient d'en informer votre patient. ».*</p> <p>Cette règle concerne uniquement les chirurgiens-dentistes.</p> <p>Cas particulier : Facturation d'un acte CCAM suivi d'un forfait dentaire CMU-C :</p> <ul style="list-style-type: none"> Acte CCAM : le montant des honoraires doit être égal à la base de remboursement, sauf si le qualificatif de la dépense est renseigné à « Entente directe » : dans ce cas le dépassement est autorisé. Forfait CMU-C : le montant des honoraires du forfait ne doit pas dépasser le montant du plafond autorisé diminué du montant des honoraires de l'acte CCAM qui le précède. Le montant du plafond autorisé est lu par le LPS dans la table des plafonds pour le couple code acte CCAM, forfait CMU-C facturé. <p>Dans ce cas particulier CMU-C, le logiciel doit également alerter le PS en cas de du non-respect du des plafonds C2S CMUC et lui demander d'en informer son patient.</p> <p>Cas particulier : Bénéficiaire de l'ACS Le montant du plafond autorisé correspond au plafond C2S s'il existe. Dans la table des plafonds, ce montant est associé au panier de valeur 2.</p> <p>Dans le cas où le plafond C2S n'apparaît pas dans la table des plafonds, le montant du plafond autorisé est celui du cas nominal.</p>	<p>Code acte CCAM saisi par le PS et présent dans la table des plafonds dentaires</p> <p>Code Forfait CMU-C saisi par le PS</p> <p>Montant des honoraires : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Situation particulière du bénéficiaire: cf. A1-A §2.1.3.4.</p>	<p>Table des plafonds dentaires (DF_PFD)</p>	<p>Réforme gouvernementale dite du reste à charge zéro « 100% santé »</p>	<p>* L'alerte déclenchée par le LPS ne doit pas bloquer le PS dans la suite de son processus de facturation, mais dans ce cas le dépassement entraîne la valorisation de l'indicateur de forçage AMO niveau acte Cf. A1-A §3</p>

P6 - Contrôle du respect des tarifs opposables des soins dentaires (hors prothèses)

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier, pour toute prestation soumise au respect des tarifs opposables (cf. Table 2ter) que le montant du dépassement est nul.</p> <p>Dans le cas contraire, le LPS doit déclencher un message d'alerte au Professionnel de Santé : « Le montant des honoraires facturés ne respecte pas la convention dentaire. Il vous appartient d'en informer votre patient. » *.</p> <p>Cette règle concerne uniquement les chirurgiens-dentistes.</p>	<p>Montant du dépassement : (1610) : Déterminé par la règle P2</p>	<p>Table 2ter</p>	<p>Convention dentaire</p>	<p>* L'alerte déclenchée par le LPS ne doit pas bloquer le PS dans la suite de son processus de facturation mais dans ce cas le dépassement entraîne la valorisation de l'indicateur de forçage AMO niveau acte Cf. A1-A §3</p>

P7 - Contrôle du respect des prix limite de vente des produits de la LPP

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier, pour toute prestation de nomenclature « LPP » et nécessitant un code affiné (top codage affiné = « oui ») que le Prix Limite de Vente de l'acte facturé est respecté.</p> <ul style="list-style-type: none"> Le montant du tarif LPP du code détaillé LPP doit être inférieur ou égal à son Prix Limite de Vente issu de la base LPP* (si présence d'un Prix Limite de Vente en base LPP). <p>Dans le cas où le Prix Limite de Vente est dépassé, le logiciel doit déclencher un message d'alerte au Professionnel de Santé : « Le montant de la prestation facturée est supérieur au prix limite de vente. Il vous appartient d'en informer votre patient ». **.</p> <p>Cette règle concerne uniquement les fournisseurs et les pharmaciens.</p> <p>Cas particuliers :</p> <p>Situation de C2S CMU-C ou sortant de C2S CMU-C : dans le cas d'une facturation de prestations d'optique ou d'audioprothèse (groupe fonctionnel général = « optique » ou « audioprothèse ») au titre de la C2S CMU-C ou Sortant de C2S CMU-C, le montant des honoraires ne doit pas dépasser le Prix de Vente maximum fixé par l'arrêté CMU-C publié au Journal Officiel***. Dans le cas contraire, le logiciel doit alerter le PS du non-respect des plafonds CMU-C et lui demander d'en informer son patient.</p> <p>Facturation dans les DOM : le tarif LPP du code détaillé LPP correspond au tarif LPP lu en base et éventuellement majoré du coefficient DOM propre à l'acte s'il existe ; le Prix Limite de Vente à ne pas dépasser est le Prix Limite de Vente lu en base majoré à l'identique.</p>	<p>Nomenclature : Lu en table 1</p> <p>Top codage affiné : Lu en table 1</p> <p>Montant du tarif LPP (1730)</p> <p>Montant du prix limite de vente</p>	Table 1	Réforme gouvernementale dite du reste à charge zéro « 100% santé »	<p>*La base LPP est disponible sur le site de l'Assurance Maladie</p> <p>** L'alerte déclenchée par le LPS ne doit pas bloquer le PS dans la suite de son processus de facturation-mais dans ce cas le dépassement entraîne la valorisation de l'indicateur de forçage AMO niveau acte Cf. A1-A §3</p> <p>*** Le Prix de Vente maximum des prestations d'optique et d'audioprothèses incluses dans le panier de soins CMU-C de la protection complémentaire en matière de santé font l'objet d'un arrêté CMU-C publié au Journal Officiel.</p>

5 Annexe : Tables

Cf. Document Annexe 2bis



Annexe 2bis

Réglementation - Tarification Partie Tables

Intégrant l'Addendum n°8

Ce document a été élaboré par le GIE SESAM-Vitale.

Conformément à l'article L.122-4 du Code de la Propriété Intellectuelle, toute représentation ou reproduction (intégrale ou partielle) du présent ouvrage, quel que soit le support utilisé, doit être soumise à l'accord préalable écrit de son auteur.

Il en est de même pour sa traduction, sa transformation, son adaptation ou son arrangement, quel que soit le procédé utilisé.

Tout manquement à ces obligations constituerait un délit de contrefaçon, au sens des articles L 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, susceptible d'entraîner des sanctions pour l'auteur du délit.

Sommaire

Table 1	Table des codes prestations.....	5
Table 1.1	Table des tarifs réglementaires des honoraires de dispensation générés.....	20
Table 2	Table des compatibilités entre les codes prestation et les spécialités de Professionnels de Santé.....	21
	Table 2 : Spécialités de 1 à 16.....	22
	Table 2 : Spécialités de 17 à 33.....	29
	Table 2 : Spécialités de 34 à 49.....	36
	Table 2 : Spécialités de 50 à 68.....	43
	Table 2 : Spécialités de 69 à 86.....	50
Table 2bis	Table des compatibilités entre les codes prestation et le contexte conventionnel du Professionnel de Santé	57
Table 2ter	Codes Prestation soumis au respect du tarif opposable	59
Table 3	Table des compatibilités entre les codes prestation et la qualité du bénéficiaire	60
Table 3bis	Table d'incompatibilité entre des codes actes et une situation particulière	73
Table 4	Table des compatibilités entre les codes prestation et plusieurs concepts (nature d'assurance, coefficient,...)	74
Table 4 bis	Taux de remboursement de base d'un acte CCAM	91
Table 5bis	Prestations relatives au contexte d'«Urgence»	92
Table 6	Table des codes prestation susceptibles d'être soumis à la formalité de l'entente préalable	93
Table 7	Table des compatibilités entre les codes prestation et le qualificatif de la dépense	94
Table 8.1	Table des taux de remboursement des prescripteurs	106
Table 8.2	Table des taux de remboursement des Auxiliaires-médicaux	112
Table 8.3	Table des taux de remboursement des Pharmaciens.....	117
Table 8.4	Table des taux de remboursement des Laboratoires d'analyses médicales	124
Table 8.5	Table des taux de remboursement des Fournisseurs	129
Table 11.1	Régimes dont les assurés sont couverts pour le risque AT	133
Table 11.2	Régimes autorisant l'envoi d'une FSE AT	134
Table 11.3	Régimes acceptant l'envoi d'une FSE AT à l'organisme maladie inscrit en carte en l'absence d'organisme sur le support AT.....	135
Table 11.4	Caisses gestionnaires du régime agricole n'autorisant pas l'envoi de FSE relative à un Accident de la Vie Privée.....	136
Table 12	Tables des Codes Prestation obligatoirement associés	137
Table 14	Table de détermination de « diminution TAUX » hors parcours de soins	142
Table 14.1	Prestations non soumises à la MTM	143
Table 15.1	Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la spécialité du Professionnel de Santé.....	144
Table 15.2	Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la situation du bénéficiaire des soins	145
Table 15.3	Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la nature des soins.....	146
Table 15.4	Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la nature d'assurance	154
Table 15.5	Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la catégorie médicale d'un acte CCAM	155
Table 16.1	Spécialités de Professionnels de Santé compatibles avec la situation d' « Accès Direct Spécifique »	156
Table 16.2	Spécialités de Professionnels de Santé compatibles avec la situation « Hors Accès Direct Spécifique »	157
Table 17	Compatibilité des majorations de coordination selon le contexte du parcours de soins et la spécialité du PS.....	158

Table 17bis	Compatibilité des majorations de coordination en fonction du bénéficiaire et de la convention du PS.....	159
Table 17ter	Majorations de coordination pour les patients de moins de 16 ans.....	160
Table 18	Durée de validité de contextes particuliers du parcours de soins	161
Table 19	Acte de référence pour le calcul du plafond hors parcours.....	162
Tables 20.X	Tables des codes spécialité de PS utilisées dans les tables 8.x	163
Tables 21.X	Tables des codes prestation utilisées dans les tables 8.x	164
Tables 22.X	Tables des codes spécialité de PS utilisées dans certaines règles	170
Tables 23	Table du type de majoration en fonction du code prestation	171
Table 24	Taux d'abattement pour les IK des infirmiers	172
Table 30	Prestations soumises obligatoirement à un supplément dérogatoire SMG	173
Table 41	Table des contextes tarifaires PS.....	174
Table 41bis	Groupes de spécialités PS utilisés pour le contexte tarifaire de la prestation	176
Table 42	Table des contextes tarifaires BS	178
Table 50.1	Table des taux de remboursement en l'absence de code couverture pour tous les Professionnels de Santé et pour le régime général, le RSI, la CCAS RATP, la CPRPSNCF, l'ENIM, la CNMSS, la CAVIMAC, le Port Autonome de Bordeaux, les Caisses autonomes de Sécurité Sociale du Sénat, les Fonds de sécurité sociale de l'Assemblée Nationale, les sections locales mutualistes et en partie pour le régime agricole.	180
Table 50.2	Table des taux de remboursement en l'absence de code couverture pour tous les Professionnels de Santé et pour le régime agricole	186
Table 50.4	Table des taux de remboursement en l'absence de code couverture pour tous les Professionnels de Santé et pour la CRPCEN.....	188
Table 50.6	Table des taux de remboursement en l'absence de code couverture pour tous les Professionnels de Santé et pour le régime minier.	190
Table 51	Table des prestations ouvrant droit à un complément AT dentaire	191
Table 52	Table des coefficients pour le calcul du PU d'un complément AT	192
Table 55	Code prestation de dépassement à générer en cas de Victime d'Attentat	193
Table 60	Table des codes prestation à générer en fonction d'une prestation en cours.....	194
Table 61	Nombre minimum de médicaments remboursables différents donnant droit à l'Honoraire Complexe	195
Table 63	Table des conditions donnant droit à un honoraire de dispensation lié à l'âge	196
Table 65	Table de validité des modes de prescription	197
Table 66	Table de compatibilité entre le mode de prescription et l'indicateur de substitution pour délivrance du princeps	198
Table 70	Consultations Obligatoires Enfant	199

Table 1 Table des codes prestations

Code prestation	Libellé du code prestation	Date de fin de validité	Type de prestation	Type de nomenclature	Groupe fonctionnel		Top Codage affiné	Origine prestation
					général	détail		
AAD	Autres accessoires traitement à domicile (Titre I Chapitre 1 de la LPP)		Support	LPP	so	so	Oui	PS
AAR	Appareil d'Assistance Respiratoire (Titre I Chapitre 1 du de la LPP)		Support	LPP	so	so	Oui	PS
ACO	Actes d'obstétrique		Support	CCAM	so	so	Oui	PS
ADA	Actes d'anesthésie		Support	CCAM	so	so	Oui	PS
ADC	Actes de chirurgie		Support	CCAM	so	so	Oui	PS
ADE	Actes d'échographie		Support	CCAM	so	so	Oui	PS
ADI	Actes d'imagerie		Support	CCAM	so	so	Oui	PS
AIS	Acte infirmier de soin		Support	NGAP	so	so	Non	PS
AKI	Accompagnement anti-vitamine K Initial		Support	NGAP	so	so	Non	PS
AKS	Accompagnement anti-vitamine K Suivant		Support	NGAP	so	so	Non	PS
AMC	Acte de Kinésithérapie en établissement		Support	NGAP	so	so	Non	PS
AMI	Soin infirmier		Support	NGAP	so	so	Non	PS
AMK	Acte de kinésithérapie		Support	NGAP	so	so	Non	PS
AMO	Séance d'orthophonie		Support	NGAP	so	so	Non	PS
AMP	Soin de pédicurie		Support	NGAP	so	so	Non	PS
AMS	Acte de kinésithérapie ostéo-articulaire		Support	NGAP	so	so	Non	PS
AMX	Soins infirmiers externalisés		Support	NGAP	so	so	Non	PS
AMY	Séance d'orthoptie		Support	NGAP	so	so	Non	PS
AOI	Accompagnement anticoagulants Oraux directs année Initiale		Support	NGAP	so	so	Non	PS
AOS	Accompagnement anticoagulants Oraux directs années Suivantes		Support	NGAP	so	so	Non	PS
APA	Audio Prothèses Accessoires		Support	LPP	Audio prothèse	so	Oui	PS
APC	Avis ponctuel de consultant du médecin		Support	NGAP	so	so	Non	PS
APU	Avis ponctuel de consultant réalisé par les professeurs des universités-praticiens hospitaliers		Support	NGAP	so	so	Non	PS
APV	Avis ponctuel de consultant du médecin en visite		Support	NGAP	so	so	Non	PS
APY	Avis ponctuel de consultant réalisé par un psychiatre, neuropsychiatre ou neurologue		Support	NGAP	so	so	Non	PS
ARO	Générateur d'aérosol		Support	LPP	so	so	Non	PS
ASI	Accompagnement asthme Initial		Support	NGAP	so	so	Non	PS

Code prestation	Libellé du code prestation	Date de fin de validité	Type de prestation	Type de nomenclature	Groupe fonctionnel		Top Codage affiné	Origine prestation
					général	détail		
ASS	Accompagnement asthme Suivant		Support	NGAP	so	so	Non	PS
ATD	Complément AT Dentaire		Secondaire	NGAP	Complément AT	so	Non	LPS
ATL	Complément AT LPP		Secondaire	NGAP	Complément AT	so	Non	PS
ATM	Actes techniques médicaux (hors imagerie)		Support	CCAM	so	so	Oui	PS
AVY	Avis ponctuel de consultant réalisé par un psychiatre, neuropsychiatre ou neurologue en visite		Support	NGAP	so	so	Non	PS
AXI	Prophylaxie bucco-dentaire		Support	CCAM	Soins Dentaires	so	Oui	PS
B	Acte de biologie		Support	NABM	so	so	Oui	PS
BDC	Examen bucco-dentaire		Support	NGAP	Soins Dentaires	so	Non	PS
BDX	Supplément Examen Bucco-Dentaire Complexe		Secondaire	NGAP	Soins Dentaires	so	Non	PS
BMI	Bilan Médication Initial		Support	NGAP	so	so	Non	PS
BMS	Bilan Médication année Suivante		Support	NGAP	so	so	Non	PS
BMT	Bilan Médication changement de Traitement		Support	NGAP	so	so	Non	PS
BR1	Bridge RAC modéré		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
BR2	Examen Bucco-dentaire plus 1 ou 2 clichés radios		Support	NGAP	Soins Dentaires	so	Non	PS
BR4	Examen Bucco-dentaire plus 3 ou 4 clichés radios		Support	NGAP	Soins Dentaires	so	Non	PS
BRP	Examen Bucco-Dentaire avec Radio Panoramique		Support	NGAP	Soins Dentaires	so	Non	PS
BSA	Forfait bilan de soins légers		Support	NGAP	so	so	Non	PS
BSB	Forfait bilan de soins intermédiaires		Support	NGAP	so	so	Non	PS
BSC	Forfait bilan de soins lourds		Support	NGAP	so	so	Non	PS
C	Consultation		Support	NGAP	so	so	Non	PS
CA	Consultation approfondie	30/06/17	Support	NGAP	se	se	Non	PS
CBX	Consultation Bucco-Dentaire complexe		Support	NGAP	Réservé PS	CCX	Non	PS
CCE	Consultation très complexe Enfants		Support	NGAP	so	so	Non	LPS
CCP	Consultation de Contraception et Prévention		Support	NGAP	so	so	Non	PS
CCX	Consultation complexe Enfants		Support	NGAP	so	so	Non	LPS
CDE	Consultation spécifique de dépistage		Support	NGAP	so	so	Non	PS
CGP	Consultation Grand Prématuro		Support	NGAP	Réservé PS	CCE	Non	PS
CM0	Couronne métallique RAC 0		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS

Code prestation	Libellé du code prestation	Date de fin de validité	Type de prestation	Type de nomenclature	Groupe fonctionnel		Top Codage affiné	Origine prestation
					général	détail		
CNP	Consultation neuropsychiatre		Support	NGAP	so	so	Non	PS
COA	Examen Obligatoire Enfant 100% A		Support	NGAP	COx	so	Non	PS
COB	Examen Obligatoire Enfant 100% B		Support	NGAP	COx	so	Non	PS
COD	Examen Obligatoire Enfant 100% D		Support	NGAP	COx	so	Non	PS
COE	Consultation Obligatoire Enfant		Support	NGAP	so COx	so	Non	PS
COG	Examen Obligatoire Enfant 100% G		Support	NGAP	COx	so	Non	PS
COH	Examen Obligatoire Enfant 100% H		Support	NGAP	COx	so	Non	PS
COM	Examen Obligatoire Enfant 100% M		Support	NGAP	COx	so	Non	PS
COR	Podo-orthèse		Support	LPP	So	so	Oui	PS
CPM	Majoration pour consultation Pédiatrique Malformation		Secondaire	NGAP	Réservé PS	MTX	Non	PS
CRD	Majoration consultation régulée dimanche, férié et assimilé		Secondaire	NGAP	Permanence des soins	so	Non	PS
CRM	Majoration astreinte milieu de nuit sur la consultation		Secondaire	NGAP	Permanence des soins	so	Non	PS
CRN	Majoration astreinte nuit sur la consultation		Secondaire	NGAP	Permanence des soins	so	Non	PS
CRS	Majoration consultation régulée samedi après-midi		Secondaire	NGAP	Permanence des soins	so	Non	PS
CS	Consultation spécialiste		Support	NGAP	so	so	Non	PS
CSC	Consultation spécifique au cabinet par un médecin spécialiste en pathologie cardiovasculaire – cardiologie – affection vasculaire		Support	NGAP	so	so	Non	PS
CSE	Consultation annuelle de suivi de l'Enfant autiste		Support	NGAP	Réservé PS	CCX	Non	PS
CSM	Consultation de Sortie Maternité		Support	NGAP	Réservé PS	CCX	Non	PS
CSO	Consultation Suivi de l'Obésité		Support	NGAP	Réservé PS	CCX	Non	PS
CT0	Couronne transitoire RAC 0		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
CT1	Couronne transitoire RAC modéré		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
CTE	Consultation de repérage des signes de Trouble du spectre de l'autisme		Support	NGAP	Réservé PS	CCE	Non	PS
CZ0	Couronne zircone RAC 0		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
CZ1	Couronne zircone RAC modéré		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
DAD	code traceur Dispensation ADaptée		Support	NGAP	so	so	Non	PS
DAP	supplément Drogatoire SMG sur Actes Professionnels remboursables		Secondaire	NGAP	SD_SMG	Pour prest. R	Non	LPS
DAT	Dépassement Accident du Travail		Secondaire	NGAP	so	so	Non	LPS
DCC	Acte de Dépistage du Cancer Colorectal		Support	NGAP	so	so	Non	PS
DDT	Dépassement Dentaire en Tiers Payant		Secondaire	NGAP	Dépassement	Victime d'Attentat	Non	LPS

Code prestation	Libellé du code prestation	Date de fin de validité	Type de prestation	Type de nomenclature	Groupe fonctionnel		Top Codage affiné	Origine prestation
					général	détail		
DHT	Dépassement d'Honoraires en Tiers Payant		Secondaire	NGAP	Dépassement	Victime d'Attentat	Non	LPS
DI	Démarche de soins infirmiers		Support	NGAP	so	so	Non	PS
DLT	Dépassement LPP en Tiers Payant		Secondaire	NGAP	Dépassement	Victime d'Attentat	Non	LPS
DPS	supplément Dérogatoire SMG sur Prestations Sanitaires remboursables		Secondaire	NGAP	SD_SMG	Pour prest. R	Non	LPS
DSP	Forfait Sortie Précoce		Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
DVO	Divers Orthèses		Support	LPP	so	so	Oui	PS
END	Actes d'Endodontie		Support	CCAM	Soins Dentaires	so	Oui	PS
EPH	Enfant pathologie Handicap		Support	NGAP	Réservé PS	CCE	Non	PS
FAD	Forfait retour à domicile post chirurgie orthopédique		Support	NGAP	so	so	Non	PS
FDA	Forfait Dentaire pour prothèse Adjointe (dédié à la C2S CMU-C)		Secondaire	NGAP	Soins Dentaires	Forfait CMU-C	Non	PS
FDC	Forfait Dentaire pour prothèse Conjointe (dédié à la C2S CMU-C)		Secondaire	NGAP	Soins Dentaires	Forfait CMU-C	Non	PS
FDO	Forfait Dentaire pour acte dentaire ODF (dédié à la C2S CMU-C)		Secondaire	NGAP	Soins Dentaires	Forfait CMU-C	Non	PS
FDR	Forfait Dentaire pour Réparation de prothèse (dédié à la C2S CMU-C)		Secondaire	NGAP	Soins Dentaires	Forfait CMU-C	Non	PS
FFC	Forfait Fausse Couche Ville		Support	NGAP	so	so	Non	PS
FFV	Forfait Fausse Couche Ville Sans Echographie		Support	NGAP	so	so	Non	PS
FHV	Forfait Honoraires de Ville		Support	NGAP	so	so	Non	PS
FIS	Forfait Innovation Santé		Support	NGAP	so	so	Non	PS
FMV	Forfait Médicament de Ville		Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
FOH	Forfait Handicap Orthophonie		Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
FOT	Forfait évaluation domicile handicap		Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
FPB	Forfait Préalable Biologie IVG ville		Support	NGAP	so	so	Non	PS
FPC	Forfait prothèse conjointe (dédié à la C2S CMU-C)		Secondaire	NGAP	Soins Dentaires	Forfait CMU-C	Non	PS
FPE	Forfait pédiatrique	30/04/17	Secondaire	NGAP	se	se	Non	PS
FPH	Forfait Post Hospitalisation Orthophonie		Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
FPO	Forfait orthodontique (dédié à la C2S CMU-C)		Secondaire	NGAP	Soins Dentaires	Forfait CMU-C	Non	PS
FRD	Forfait retour à domicile post AVC		Support	NGAP	so	so	Non	PS
FSD	Forfait de Sécurité Dermatologique		Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
FTN	Forfait technique normal		Support	NGAP	Forfait Technique	so	Non	PS

Code prestation	Libellé du code prestation	Date de fin de validité	Type de prestation	Type de nomenclature	Groupe fonctionnel		Top Codage affiné	Origine prestation
					général	détail		
FTR	Forfait technique réduit		Support	NGAP	Forfait Technique	so	Non	PS
FUB	Forfait Ulérieur Biologie IVG ville		Support	NGAP	so	so	Non	PS
G	Consultation Médecine Générale		Support	NGAP	so	so	Non	PS
GLU	Nutriments pour intolérant au gluten		Support	LPP	so	so	Oui	PS
GS	Consultation Spécialiste Médecine Générale		Support	NGAP	so	so	Non	PS
GS1	Vaccin anti grippe Hémisphère Sud VAXIGRIP HS		Support	Frais PH	Médicament	so	Non	PS
GS2	Vaccin anti grippe Hémisphère Sud FLUARIX HS		Support	Frais PH	Médicament	so	Non	PS
HC	Honoraire dispensation Complexe		Secondaire	Frais PH	Honoraire	global	Non	LPS
HD1	Honoraire de Dispensation niveau 1		Secondaire	Frais PH	Honoraire	simple	Non	LPS
HD2	Honoraire de Dispensation niveau 2		Secondaire	Frais PH	Honoraire	simple	Non	LPS
HD4	Honoraire de Dispensation niveau 4		Secondaire	Frais PH	Honoraire	simple	Non	LPS
HD7	Honoraire de Dispensation niveau 7		Secondaire	Frais PH	Honoraire	simple	Non	LPS
HDA	Honoraire de dispensation lié à l'âge de l'assuré		Secondaire	Frais PH	Honoraire	global	Non	LPS
HDE	Honoraire de dispensation pour délivrance de médicament spécifique		Secondaire	Frais PH	Honoraire	global	Non	LPS
HDR	Honoraire de dispensation pour délivrance de médicament remboursable		Secondaire	Frais PH	Honoraire	global	Non	LPS
HDS	Honoraire de dispensation spécifique vaccins anti grippaux Hémisphère Sud		Secondaire	Frais PH	Honoraire	spécifique	Non	PS
HG1	Honoraire de Dispensation Grand conditionnement niveau 1		Secondaire	Frais PH	Honoraire	simple	Non	LPS
HG2	Honoraire de Dispensation Grand conditionnement niveau 2		Secondaire	Frais PH	Honoraire	simple	Non	LPS
HG4	Honoraire de Dispensation Grand conditionnement niveau 4		Secondaire	Frais PH	Honoraire	simple	Non	LPS
HG7	Honoraire de Dispensation Grand conditionnement niveau 7		Secondaire	Frais PH	Honoraire	simple	Non	LPS
HN	Hors Nomenclature		Support	NGAP	so	so	Non	PS
IC	Consultation généraliste IVG		Support	NGAP	so	so	Non	PS
IC0	Inlay core RAC 0		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
IC1	Inlay core RAC modéré		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
ICO	Inlay-Core Tarif libre		Support	CCAM	Soins Dentaires	Prothétiques	Oui	PS
ICS	Consultation Spécialiste IVG		Support	NGAP	so	so	Non	PS
ID	Indemnité de Déplacement		Secondaire	NGAP	Indemnité de Déplacement	Forfaitaire	Non	PS

Code prestation	Libellé du code prestation	Date de fin de validité	Type de prestation	Type de nomenclature	Groupe fonctionnel		Top Codage affiné	Origine prestation
					général	détail		
IF	Indemnité Forfaitaire de Déplacement		Secondaire	NGAP	Indemnité de Déplacement	Forfaitaire	Non	PS
IFA	Indemnité Forfaitaire de déplacement pour Auxiliaires médicaux et assimilés		Secondaire	NGAP	Indemnité de Déplacement	Forfaitaire	Non	PS
IFI	Forfait de déplacement Infirmiers		Support	NGAP	so	so	Non	PS
IFN	Indemnité Forfaitaire de déplacement MK Neurologique		Secondaire	NGAP	Indemnité de Déplacement	Forfaitaire	Non	PS
IFO	Indemnité Forfaitaire de déplacement MK Orthopédique et rhumatologique		Secondaire	NGAP	Indemnité de Déplacement	Forfaitaire	Non	PS
IFP	Indemnité Forfaitaire de déplacement MK Pneumologie		Secondaire	NGAP	Indemnité de Déplacement	Forfaitaire	Non	PS
IFR	Indemnité Forfaitaire de déplacement MK Rhumatismale		Secondaire	NGAP	Indemnité de Déplacement	Forfaitaire	Non	PS
IFS	Indemnité Forfaitaire de déplacement de sortie		Secondaire	NGAP	Indemnité de Déplacement	Forfaitaire	Non	PS
IFV	Indemnité Forfaitaire Déplacement pour personne âgée		Secondaire	NGAP	Indemnité de Déplacement	Forfaitaire	Non	PS
IG	Intervention IVG		Support	NGAP	so	so	Non	PS
IGR	Insuffisance Greffe Rénale		Secondaire	NGAP	Réservé PS	MTX	Non	PS
IK	Indemnité Kilométrique		Secondaire	NGAP	Indemnité de Déplacement	Kilométrique	Non	PS
IKM	Indemnité Kilométrique Montagne		Secondaire	NGAP	Indemnité de Déplacement	Kilométrique	Non	PS
IKS	Indemnité Kilométrique Spéciale		Secondaire	NGAP	Indemnité de Déplacement	Kilométrique	Non	PS
IMP	Implantologie		Support	CCAM	Soins Dentaires	Prothétiques	Oui	PS
IN1	Inlay onlay RAC modéré		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
INO	Inlay onlay Tarif libre		Support	CCAM	Soins Dentaires	Prothétiques	Oui	PS
IPD	Forfait intervention IVG		Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
IPE	Vérification Echographique pré IVG		Support	NGAP	so	so	Non	PS
IVE	Vérification Echographique post IVG		Support	NGAP	so	so	Non	PS
K	Acte de spécialité		Support	NGAP	so	so	Non	PS
KB	Prélèvement directeur de laboratoire		Support	NGAP	so	so	Non	PS
KMB	Prélèvement par ponction veineuse directe par un médecin biologiste		Support	NGAP	so	so	Non	PS
KMO	Acte de phoniatrie par médecin		Support	NGAP	so	so	Non	PS
KTH	Pratique médicale complémentaire en cure thermale		Support	NGAP	so	so	Non	PS
LEN	Lentille optique		Support	LPP	optique	lentille	Oui	PS

Code prestation	Libellé du code prestation	Date de fin de validité	Type de prestation	Type de nomenclature	Groupe fonctionnel		Top Codage affiné	Origine prestation
					général	détail		
LUN	Monture optique		Support	LPP	optique	so	Oui	PS
M01	Monture adulte – classe A - RAC 0		Support	LPP	Optique	so	Oui	PS
M02	Monture enfant – Classe A - RAC 0		Support	LPP	Optique	so	Oui	PS
M03	Monture adulte – classe B – Honoraires libres		Support	LPP	Optique	so	Oui	PS
M04	Monture enfant – Classe B – Honoraires libres		Support	LPP	Optique	so	Oui	PS
MAC	Matériels et appareils de contention et de maintien (Titre I – chapitre 2 de la LPP)		Support	LPP	so	so	Oui	PS
MAD	Matériels et appareils de traitement divers (Titre I-chapitre 3 de la LPP)		Support	LPP	so	so	Oui	PS
MAF	Majoration consultation Annuelle Famille		Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
MAS	Majoration Annuelle de Synthèse	30/04/17	Secondaire	NGAP	se	se	Non	PS
MAU	Majoration pour acte unique		Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
MAV	Maladie Atteinte Vasculaire		Secondaire	NGAP	Réservé PS	MTX	Non	PS
MBB	Majoration nourrisson avant huit jours	31/10/17	Secondaire	NGAP	se	se	Non	PS
MCA	Majoration Consultation Asthme déstabilisé		Secondaire	NGAP	Réservé PS	MCX	Non	PS
MCC	Majoration cardiologie affectée à la CSC.		Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
MCD	Majoration spécifique permanence de soins Clinique Dentiste		Secondaire	NGAP	Permanence des soins	so	Non	PS
MCE	Majoration Consultation Endocrinologue		Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
MCG	Majoration de coordination des généralistes		Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
MCI	Majoration de coordination et d'environnement de soin infirmier		Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
MCS	Majoration de coordination spécialiste		Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
MCT	Majoration patients Cérébro-lésés ou Traumatisés		Secondaire	NGAP	Réservé PS	MCX	Non	PS
MCU	Majoration correspondant urgence		Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
MCX	Majoration pour consultation complexe		Secondaire	NGAP	so	so	Non	LPS
MD	Majoration de déplacement		Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
MDD	Majoration de déplacement critères médicaux ou environnementaux de dimanche ou jour férié		Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
MDI	Majoration de déplacement critères médicaux ou environnementaux en milieu de nuit 24 H à 6 H		Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
MDN	Majoration de déplacement critères médicaux ou environnementaux de nuit de 20 H à 24 H et de 6 H à 8 H		Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
MEG	Majoration Enfant Généraliste		Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
MEO	Majoration Enfant Orthophonie		Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS

Code prestation	Libellé du code prestation	Date de fin de validité	Type de prestation	Type de nomenclature	Groupe fonctionnel		Top Codage affiné	Origine prestation
					général	détail		
MEP	Majoration Enfant Pédiatre		Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
MGE	Majoration Généraliste Enfant	30/04/17	Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
MHU	Médicament homéopathique unitaire		Support	Frais PH	Médicament	ouvrant à HD	Oui*	PS
MIA	Majoration pour consultation Initiale Anisocorie diplopie		Secondaire	NGAP	Réservé PS	MTX	Non	PS
MIC	Majoration Insuffisant Cardiaque		Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
MIE	Majoration Infirmier Enfant		Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
MIP	Majoration Infirmier Pratique avancée		Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
MIS	Majoration pour information Initiale et mise en place de la Stratégie thérapeutique		Secondaire	NGAP	Réservé PS	MTX	Non	PS
MM	Majoration de milieu de nuit		Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
MMF	Majoration prise en charge Mycose ou Fibrose pulmonaire		Secondaire	NGAP	Réservé PS	MCX	Non	PS
MMM	Majoration pour prise en charge Malformation congénitale et Maladie grave du fœtus		Secondaire	NGAP	Réservé PS	MTX	Non	PS
MNO	Majoration Nourrisson Généraliste	30/04/17	Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
MNP	Majoration Nourrisson Pédiatre	30/04/17	Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
MPB	Majoration pour traitement Par Biothérapie anti-TNF alpha		Secondaire	NGAP	Réservé PS	MTX	Non	PS
MPC	Majoration Provisoire Cliniciens		Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
MPE	Majoration pour acte unique	30/04/17	Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
MPF	Majoration consultation Famille		Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
MPI ¹	Majoration pharmacie délivrée dans les Iles		Secondaire	Frais PH	so	so	Non	PS
MPJ	Majoration Provisoire Cliniciens moins de 16 ans	30/06/17	Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
MPP	Majoration suivi de prématuré par pédiatre	31/10/17	Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
MPS	Majoration pour Prise en charge de la Stérilité		Secondaire	NGAP	Réservé PS	MCX	Non	PS
MPT	Majoration de Prise en Charge de la Tuberculose		Secondaire	NGAP	Réservé PS	MCX	Non	PS
MRT	Majoration médecin traitant régulation		Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
MS1	Optique classe A – Supplément pour monture de lunettes à coque – moins de 6 ans – RAC 0		Support	LPP	Optique	so	Oui	PS
MS2	Optique classe B – Supplément pour monture de lunettes à coque – moins de 6 ans – Honoraires libres		Support	LPP	Optique	so	Oui	PS
MSF	Majoration Sage-Femme		Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
MSH	Majoration de Sortie d'Hospitalisation		Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
MSP	Majoration suivi Prématurés		Secondaire	NGAP	Réservé PS	MCX	Non	PS

¹ ce code n'est accessible que pour les îles côtières

Code prestation	Libellé du code prestation	Date de fin de validité	Type de prestation	Type de nomenclature	Groupe fonctionnel		Top Codage affiné	Origine prestation
					général	détail		
MTA	Majoration consultation appareillage		Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
MTJ	Majoration Transitoire Jeune Mayotte	31/08/19	Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
MTS	Majoration Transitoire Spécifique		Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
MTX	Majoration pour consultation très complexe		Secondaire	NGAP	so	so	Non	LPS
MU	Majoration d'Urgence		Secondaire	NGAP	So	so	Non	PS
MUT	Majoration d'urgence du médecin traitant		Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
NFE	Nouveau Forfait Enfant		Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
NFP	Nouveau Forfait Pédiatrique		Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
OME	Forfait monture – 18 ans (CMU-C)	31/12/19	Support	LPP	optique	CMU-C	Oui	PS
OP1	Forfait optique – N°1 Unifocaux (CMU C)	31/12/19	Support	LPP	optique	CMU-C	oui	PS
OP2	Forfait optique –N°2 Unifocaux (CMU C)	31/12/19	Support	LPP	optique	CMU-C	oui	PS
OP3	Forfait optique –N°3Unifocaux (CMU C)	31/12/19	Support	LPP	optique	CMU-C	oui	PS
OP4	Forfait optique –N°4 Multifocaux (CMU C)	31/12/19	Support	LPP	optique	CMU-C	oui	PS
OP5	Forfait optique –N°5 Multifocaux (CMU C)	31/12/19	Support	LPP	optique	CMU-C	oui	PS
OP6	Forfait optique –N°6 Multifocaux (CMU C)	31/12/19	Support	LPP	optique	CMU-C	oui	PS
OP7	Forfait optique – N° 7 Multifocaux (CMU C)	31/12/19	Support	LPP	optique	CMU-C	Oui	PS
OPC	Orthoprothèses Coûteuses		Support	LPP	so	so	oui	PS
OPM	Forfait monture (CMU C)	31/12/19	Support	LPP	optique	CMU-C	oui	PS
OPT	Optique		Support	LPP	optique	so	Oui	PS
ORP	Orthoprothèse		Support	LPP	So	so	Non	PS
ORT	Orthopédie dentofaciale par stomatologue		Support	NGAP	Soins Dentaires	ODF	Non	PS
OV1	Forfait optique enfant – N°1 Unifocaux (CMU C)	31/12/19	Support	LPP	optique	CMU-C	Oui	PS
OV2	Forfait optique enfant – N°2 Unifocaux (CMU C)	31/12/19	Support	LPP	optique	CMU-C	Oui	PS
OV3	Forfait optique enfant – N°3 Unifocaux (CMU C)	31/12/19	Support	LPP	optique	CMU-C	Oui	PS
OV4	Forfait optique enfant – N°4 Unifocaux (CMU C)	31/12/19	Support	LPP	optique	CMU-C	Oui	PS
OV5	Forfait optique enfant – N°5 Unifocaux (CMU C)	31/12/19	Support	LPP	optique	CMU-C	Oui	PS
OV6	Forfait optique enfant – N°6 Unifocaux (CMU C)	31/12/19	Support	LPP	optique	CMU-C	Oui	PS
OV7	Forfait optique enfant – N°7 Unifocaux (CMU C)	31/12/19	Support	LPP	optique	CMU-C	Oui	PS
OV8	Forfait optique enfant – N°8 Multifocaux (CMU C)	31/12/19	Support	LPP	optique	CMU-C	Oui	PS
OV9	Forfait optique enfant – N°9 Multifocaux (CMU C)	31/12/19	Support	LPP	optique	CMU-C	Oui	PS
OVA	Forfait optique enfant – A Multifocaux (CMU C)	31/12/19	Support	LPP	optique	CMU-C	Oui	PS

Code prestation	Libellé du code prestation	Date de fin de validité	Type de prestation	Type de nomenclature	Groupe fonctionnel		Top Codage affiné	Origine prestation
					général	détail		
OVB	Forfait optique enfant – B Multifocaux (CMU C)	31/12/19	Support	LPP	optique	CMU-C	Oui	PS
P1D	Prothèse auditive panier 1- RAC 0 – oreille droite		Support	LPP	Audio prothèse	so	Oui	PS
P1G	Prothèse auditive panier 1- RAC 0 – oreille gauche		Support	LPP	Audio prothèse	so	Oui	PS
P2D	Prothèse auditive panier 2 – Honoraires libres – oreille droite		Support	LPP	Audio prothèse	so	Oui	PS
P2G	Prothèse auditive panier 2 – Honoraires libres – oreille gauche		Support	LPP	Audio prothèse	so	Oui	PS
PA	Orthèses (Titre II Chapitre 1 de la LPP)		Support	LPP	So	so	Non	PS
PA0	Prothèse amovible RAC 0		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
PA1	Prothèse amovible RAC modéré		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
PAI	Forfait Pratique Avancée Infirmier		Support	NGAP	So	so	Non	PS
PAM	Prothèse Amovible Métallique Tarif libre		Support	CCAM	Soins Dentaires	Prothétiques	Oui	PS
PAN	Pansements (Titre 1 – chapitre 4 de la LPP)		Support	LPP	So	so	Oui	PS
PAR	Prothèse amovible résine Tarif libre		Support	CCAM	Soins Dentaires	Prothétiques	Oui	PS
PAU	Prothèse auditive		Support	LPP	Audio prothèse	so	Oui	PS
PAV	Participation Assuré Actes coûteux		Secondaire	NGAP	So	so	Non	PS
PAZ	Prothèse auditive rac zéro		Support	LPP	Audio prothèse	so	Oui	PS
PB	Prélèvement sanguin par directeur labo. Non médecin		Support	NABM	So	so	Non	PS
PCV	Consultation Post-Confinement	15/09/20	Support	NGAP	Réservé PS	CCX	Non	PS
PDM	Dispositif Médical (prise en charge exceptionnelle)		Support	LPP	So	so	Non	PS
PDT	Couronne transitoire Tarif libre		Support	CCAM	Soins Dentaires	Prothétiques	Oui	PS
PEG	Majoration Pathologie Endocrinienne de la Grossesse		Secondaire	NGAP	Réservé PS	MCX	Non	PS
PEX	Prothèse externe non orthopédique		Support	LPP	So	so	Oui	PS
PF0	Prothèse fixe RAC 0		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
PF1	Prothèse fixe RAC modéré		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
PFC	Prothèse fixe céramique Tarif libre		Support	CCAM	Soins Dentaires	Prothétiques	Oui	PS
PFM	Prothèse fixe métallique Tarif libre		Support	CCAM	Soins Dentaires	Prothétiques	Oui	PS
PH1	Pharmacie		Support	Frais PH	Médicament	ouvrant à HD	Oui	PS
PH2	Pharmacie vignette orange		Support	Frais PH	Médicament	ouvrant à HD	Oui	PS
PH4	Pharmacie vignette bleue		Support	Frais PH	Médicament	ouvrant à HD	Oui	PS

Code prestation	Libellé du code prestation	Date de fin de validité	Type de prestation	Type de nomenclature	Groupe fonctionnel		Top Codage affiné	Origine prestation
					général	détail		
PH7	Pharmacie vignette blanche		Support	Frais PH	Médicament	ouvrant à HD	Oui	PS
PHN	Pharmacie non remboursable		Support	Frais PH	Médicament	so	Oui*	PS
PII	Prothèse interne inerte		Support	LPP	So	so	Oui	PS
PIL	Audio Prothèses Piles		Support	LPP	Audio prothèse	so	Oui	PS
PIO	Processeur pour Implant Osté-intégré		Support	LPP	So	so	Oui	PS
PIV	Prise en charge Infection VIH		Secondaire	NGAP	Réservé PS	MTX	Non	PS
PM2	Préparation Magistrale à 15%		Support	Frais PH	Médicament	so	Non	PS
PM4	Préparation Magistrale à 30%		Support	Frais PH	Médicament	so	Non	PS
PMH	Préparation magistrale Homéopathique		Support	Frais PH	Médicament	so	Non	PS
PMR	Préparation magistrale		Support	Frais PH	Médicament	so	Non	PS
POC	Prothèse oculaire et facial		Support	LPP	So	so	Oui	PS
POD	Acte de pédicure podologue (Diabétique)		Support	NGAP	so	so	Non	PS
POG	Pathologie Oculaire Grave		Secondaire	NGAP	Réservé PS	MCX	Non	PS
PPH	Plan Personnalisé de Santé - Pharmacie		Support	NGAP	so	so	Non	PS
PPI	Préparation Pharmaceutique Individualisée		Support	Frais PH	Médicament	so	Non	PS
PPN	Prise en charge Pathologies Neurologiques		Secondaire	NGAP	Réservé PS	MCX	Non	PS
PPP	Prestation Particulière Pandémie		Support	LPP	so	so	Oui	PS
PPR	Prise en Charge Polyarthrite Rhumatoïde		Secondaire	NGAP	Réservé PS	MCX	Non	PS
PPS	Plan Personnalisé de Santé		Support	NGAP	so	so	Non	PS
PT0	Prothèse amovible de transition RAC 0		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
PTG	Première consultation Thrombophilie Grave		Secondaire	NGAP	Réservé PS	MCX	Non	PS
RA0	Réparation Adjonction RAC 0		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
RE1	Réparation prothèse RAC modéré		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
RF0	Réparation facette prothèse amovible RAC 0		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
RNM	Muraine bilan visuel		Support	NGAP	Télémédecine		Non	PS
RNO	Renouvellement d'Optique		Support	NGAP	so	so	Non	PS
RPN	Réparation prothèse Tarif libre		Support	CCAM	Soins Dentaires	Prothétiques	Oui	PS
RS0	Réparation prothèse adjointe simple RAC 0		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
S01	Optique- adaptation verre de classe A - RAC 0		Support	LPP	Optique	so	Oui	PS
SDE	Soins dentaires		Support	CCAM	Soins Dentaires	ODF	Oui	PS
SES	Suite examen de santé		Support	NGAP	so	so	Non	PS

Code prestation	Libellé du code prestation	Date de fin de validité	Type de prestation	Type de nomenclature	Groupe fonctionnel		Top Codage affiné	Origine prestation
					général	détail		
SF	Acte de sage-femme autre que les actes d'échographie, d'échotomographie ou de doppler		Support	NGAP	so	so	Non	PS
SFI	Soin infirmier par sage-femme		Support	NGAP	so	so	Non	PS
SGA	Supplément dérogatoire SMG sur Actes professionnels non remboursables		Secondaire	NGAP	SD_SMG	Pour prest. NR	Non	LPS
SGE	Scoliose Grave de l'Enfant		Secondaire	NGAP	Réservé PS	MCX	Non	PS
SGN	Supplément dérogatoire SMG sur prestations Sanitaires Non remboursables		Secondaire	NGAP	SD_SMG	Pour prest. NR	Non	LPS
SGS	Prestation non identifiée par l'Assurance Maladie		Support	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Non	PS
SLA	Séquelles Lourds AVC		Secondaire	NGAP	Réservé PS	MCX	Non	PS
SP	Examen de suivi post-natal		Support	NGAP	so	so	Non	PS
STH	Forfait surveillance médicale thermale		Support	NGAP	so	so	Non	PS
SU0	Supplément prothèse résine RAC 0		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
SU1	Supplément prothèse métallique RAC modéré		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
SUI	Suivi prothèse auditive		Support	LPP	Audio prothèse	so	Oui	PS
SV1	Optique- adaptation verre de classe B - Honoraires libres		Support	LPP	Optique	so	Oui	PS
SV2	Optique- appairage niveau 1,2 ou 3 classe A - RAC 0		Support	LPP	Optique	so	Oui	PS
SV3	Optique- autre supplément		Support	LPP	Optique	so	Oui	PS
SV4	Optique- Supplément pour verres teintés - plafonné		Support	LPP	Optique	so	Oui	PS
TAC	Code Traceur Accompagnement		Support	NGAP	so	so	Non	PS
TB	Prélèvement sanguin par un technicien de laboratoire.		Support	NABM	so	so	Non	PS
TC	Téléconsultation		Support	NGAP	Télémédecine	Téléconsultation	Non	PS
TCA	Trouble du Comportement Alimentaire		Secondaire	NGAP	Réservé PS	MCX	Non	PS
TCG	Téléconsultation Généraliste		Support	NGAP	Télémédecine	Téléconsultation	Non	PS
TCP	Acte de téléconsultation.	31/12/16	Support	NGAP	so	so	Non	PS
TDR	Test de diagnostic rapide		Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
TDS	Parodontologie		Support	CCAM	Soins Dentaires	so	Oui	PS
TDT	Télé expertise Dossier Traitant	09/02/19	Support	NGAP	Télémédecine	Télé expertise	Non	PS
TE1	Télé Expertise niveau 1		Support	NGAP	Télémédecine	Télé expertise	Non	PS
TE2	Télé Expertise niveau 2		Support	NGAP	Télémédecine	Télé expertise	Non	PS
TEP	Acte de télé-expertise.	31/12/16	Support	NGAP	so	so	Non	PS
THR	Demi-forfait surveillance thermale		Support	NGAP	So	so	Non	PS

Code prestation	Libellé du code prestation	Date de fin de validité	Type de prestation	Type de nomenclature	Groupe fonctionnel		Top Codage affiné	Origine prestation
					général	détail		
TLC	Télé consultation ALD et/ou EHPAD	14/09/18	Support	NGAP	Télé médecine	Télé consultation	Non	PS
TLD	Téléconsultation d'accompagnement à domicile		Support	NGAP	Télé médecine	Accompagnement	Non	PS
TLE	Télé expertise ALD et/ou EHPAD	09/02/19	Support	NGAP	Télé médecine	Télé expertise	Non	PS
TLL	Téléconsultation d'accompagnement dans un lieu dédié		Support	NGAP	Télé médecine	Accompagnement	Non	PS
TLM	Traceur d'accompagnement à la téléconsultation		Support	NGAP	Télé médecine	Accompagnement	Non	PS
TLS	Téléconsultation d'accompagnement lors d'un soin		Support	NGAP	Télé médecine	Accompagnement	Non	PS
TNS	Traitement Nicotinique de Substitution	31/12/18	Support	Frais PH	Médicament	so	Oui	PS
TO	Traitement d'orthopédie dentofaciale par chirurgien dentiste		Support	NGAP	Soins Dentaires	ODF	Non	PS
TRD	Test Rapide d'Orientation Diagnostique de l'Angine		Support	NGAP	so	so	Non	PS
TSA	Télesurveillance Accompagnement Thérapeutique		Support	NGAP	Télé médecine	Télesurveillance	Non	PS
TSF	Télesurveillance Fournisseur		Support	NGAP	Télé médecine	Télesurveillance	Non	PS
TSM	Télesurveillance Médecin		Support	NGAP	Télé médecine	Télesurveillance	Non	PS
TTE	Téléconsultation médecin Traitant avec EHPAD	14/09/18	Support	NGAP	Télé médecine	Télé consultation	Non	PS
UPH	Urgence pharmacie		Secondaire	Frais PH	so	so	Non	PS
V	Visite		Support	NGAP	so	so	Non	PS
V01	Verre de classe A – Unifocal ou neutre - RAC 0		Support	LPP	Optique	Verre A	Oui	PS
V02	Verre de classe A – Unifocal complexe - RAC 0		Support	LPP	Optique	Verre A	Oui	PS
V03	Verre de classe A - Multifocal/progressif complexe - RAC 0		Support	LPP	Optique	Verre A	Oui	PS
V04	Verre de classe A – Multifocal/progressif très complexe RAC 0		Support	LPP	Optique	Verre A	Oui	PS
VDC	Vidéocapsule		Secondaire	NGAP	so	so	Non	PS
VEH	Véhicule pour handicapé physique		Support	LPP	so	so	Oui	PS
VER	Verre optique		Support	LPP	optique	so	Oui	PS
VG	Visite Médecine Générale		Support	NGAP	so	so	Non	PS
VGP	Vaccination Grippe Pharmacien		Support	NGAP	so	so	Non	PS
VGS	Visite Spécialiste Médecine Générale		Support	NGAP	so	so	Non	PS
VL	Visite longue et complexe		Support	NGAP	so	so	Non	PS
VM1	Verre de classe B – Multifocal/ progressif sphérique - Honoraires libres		Support	LPP	Optique	Verre B	Oui	PS
VM2	Verre de classe B – Multifocal/ progressif sphéro-cylindrique - Honoraires libres		Support	LPP	Optique	Verre B	Oui	PS

Code prestation	Libellé du code prestation	Date de fin de validité	Type de prestation	Type de nomenclature	Groupe fonctionnel		Top Codage affiné	Origine prestation
					général	détail		
VM3	Verre de classe B – Multifocal/ progressif sphéro-cylindrique - Honoraires libres		Support	LPP	Optique	Verre B	Oui	PS
VM4	Verre de classe B – Multifocal/progressif sphérique - Honoraires libres		Support	LPP	Optique	Verre B	Oui	PS
VM5	Verre de classe B – Multifocal/ progressif sphéro-cylindrique - Honoraires libres		Support	LPP	Optique	Verre B	Oui	PS
VM6	Verre de classe B – Multifocal/ progressif sphéro-cylindrique complexe - Honoraires libres		Support	LPP	Optique	Verre B	Oui	PS
VM7	Verre de classe B – Multifocal/ progressif sphéro-cylindrique très complexe - Honoraires libres		Support	LPP	Optique	Verre B	Oui	PS
VNP	Visite neuropsychiatre		Support	NGAP	so	so	Non	PS
VRD	Majoration visite régulée dimanche, férié et assimilé		Secondaire	NGAP	Permanence des soins	so	Non	PS
VRM	Majoration astreinte milieu nuit sur la visite		Secondaire	NGAP	Permanence des soins	so	Non	PS
VRN	Majoration astreinte nuit sur la visite		Secondaire	NGAP	Permanence des soins	so	Non	PS
VRS	Majoration visite régulée samedi après-midi		Secondaire	NGAP	Permanence des soins	so	Non	PS
VS	Visite spécialiste		Support	NGAP	so	so	Non	PS
VU1	Verre de classe B – Unifocal sphérique - Honoraires libres		Support	LPP	Optique	Verre B	Oui	PS
VU2	Verre de classe B – Unifocal sphéro-cylindrique - Honoraires libres		Support	LPP	Optique	Verre B	Oui	PS
VU3	Verre de classe B – Unifocal sphéro-cylindrique - Honoraires libres		Support	LPP	Optique	Verre B	Oui	PS
VU4	Verre de classe B – Unifocal sphérique - Honoraires libres		Support	LPP	Optique	Verre B	Oui	PS
VU5	Verre de classe B – Unifocal sphéro-cylindrique - Honoraires libres		Support	LPP	Optique	Verre B	Oui	PS
VU6	Verre de classe B – Unifocal sphéro-cylindrique - Honoraires libres		Support	LPP	Optique	Verre B	Oui	PS
VU7	Verre de classe B – Unifocal sphéro-cylindrique - Honoraires libres		Support	LPP	Optique	Verre B	Oui	PS
Z	Acte de radiologie		Support	NGAP	so	so	Non	PS

(1) Id. FD : Indemnité de Déplacement

(2) Id. K : Indemnité Kilométrique



Remarques :

- pour les codes prestation NGAP concernés par la mise en place de la CCAM, les dates de fin de validité sont gérés par la règle CC6 et la base CCAM et ne figurent donc pas dans cette table.
- Les types d'acte « Id. FD » et « Id. K » sont des actes de type secondaire.
- Le type de nomenclature « Frais PH » (frais pharmaceutiques) regroupe l'ensemble des produits et prestations délivrés par un pharmacien, à l'exception de la LPP. Il s'agit de :

- produits non spécialisés (produits de droguerie pharmaceutique, médicaments officinaux, préparations magistrales,
- médicaments spécialisés (médicaments préparés à l'avance présentés dans un conditionnement particulier)
- Le type de nomenclature « LPP » concerne des prestations ou produits délivrés par un Pharmacien ou un Fournisseur, à savoir :
 - les fournitures et appareils inscrits à la Liste des Produits et Prestations (LPP) ne nécessitant pas d'agrément du fournisseur pour être pris en charge par l'Assurance Maladie.
- Un code prestation est rattaché à une seule nomenclature mais peut être rattaché à aucun, ou un groupe fonctionnel.
- Top codage affiné :
 - OUI : il existe des codes affinés associés à cette lettre clé.
 - OUI* : il existe des codes affinés pour certains produits uniquement.
 - NON : il n'existe pas de codes affinés associés à cette lettre clé.
- Groupe fonctionnel détail : libellés des codes agrégés remplaçant les codes actes « réservés PS »
 - CCE : Consultation très complexe Enfants
 - CCX : Consultation complexe Enfants
 - MCX : Majoration pour consultation complexe
 - MTX : Majoration pour consultation très complexe

Table 1.1 Table des tarifs réglementaires des honoraires de dispensation générés

Code prestation	Date d'effet	Tarifs réglementaires en €					
		Code caisse de rattachement du PS					
		971 Guadeloupe	972 Martinique	973 Guyane	974 Réunion	976 Mayotte	Autres Métropole
HC	01/01/15	0,51	0,51	0,51	0,51	0,51	0,51
	01/01/20	0,41 1,02	0,41 1,02	0,42 1,02	0,39 1,02	0,42 1,02	0,31 1,02
HD1	01/01/15	1,08	1,08	1,10	1,04	1,12	0,82
	01/01/16	1,35	1,35	1,37	1,29	1,39	1,02
HD2	01/01/15	1,08	1,08	1,10	1,04	1,12	0,82
	01/01/16	1,35	1,35	1,37	1,29	1,39	1,02
HD4	01/01/15	1,08	1,08	1,10	1,04	1,12	0,82
	01/01/16	1,35	1,35	1,37	1,29	1,39	1,02
HD7	01/01/15	1,08	1,08	1,10	1,04	1,12	0,82
	01/01/16	1,35	1,35	1,37	1,29	1,39	1,02
HDA	01/01/19	0,67	0,67	0,68	0,64	0,69	0,51
	01/01/20	2,09	2,09	2,12	2,00	2,15	1,58
HDE	01/01/19	2,70	2,70	2,73	2,58	2,77	2,04
	01/01/20	4,72	4,72	4,78	4,51	4,86	3,57
HDR	01/01/19	0,67	0,67	0,68	0,64	0,69	0,51
HG1	01/01/15	2,92	2,92	2,96	2,79	3,01	2,21
	01/01/16	3,65	3,65	3,70	3,49	3,75	2,76
HG2	01/01/15	2,92	2,92	2,96	2,79	3,01	2,21
	01/01/16	3,65	3,65	3,70	3,49	3,75	2,76
HG4	01/01/15	2,92	2,92	2,96	2,79	3,01	2,21
	01/01/16	3,65	3,65	3,70	3,49	3,75	2,76
HG7	01/01/15	2,92	2,92	2,96	2,79	3,01	2,21
	01/01/16	3,65	3,65	3,70	3,49	3,75	2,76

Table 2 Table des compatibilités entre les codes prestation et les spécialités de Professionnels de Santé



Remarque : Cette table ne contient pas les codes prestation CCAM

Table 2 : Spécialités de 1 à 16

	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
AAD																
AAR																
AIS																
AKI																
AKS																
AMC																
AMI																
AMK																
AMO																
AMP																
AMS																
AMX																
AMY																
AOI																
AOS																
APA																
APC																
APU																
APV																
APY																
ARO																
ASI																
ASS																
ATD																
ATL																
AVY																
B																
BDC																
BDX																
BMI																
BMS																
BMT																
BR2																
BR4																
BRP																
BSA																
BSB																
BSC																
C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
CA	CA															
CBX																
CCP	CCP						CCP					CCP				
CDE					CDE										CDE	
CGP												CGP				
CNP																
COA	COA											COA				
COB	COB															
COD	COD											COD				
COE	COE											COE				

	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
COG	COG											COG				
COH												COH				
COM												COM				
COR																
CPM				CPM						CPM						CPM
CRD	CRD															
CRM	CRM															
CRN	CRN															
CRS	CRS															
CS	CS															
CSC			CSC						CSC							
CSE	CSE											CSE				
CSM												CSM				
CSO	CSO															
CTE	CTE											CTE				
DAD																
DAP	DAP															
DAT	DAT															
DCC																
DDT																
DHT	DHT															
DI																
DLT																
DPS	DPS															
DSP																
DVO																
EPH												EPH				
FAD																
FDA																
FDC																
FDO																
FDR																
FFC	FFC															
FFV	FFV															
FHV	FHV			FHV			FHV		FHV							
FIS																
FMV	FMV			FMV			FMV		FMV							
FOH																
FOT																
FPB																
FPC																
FPE	FPE											FPE				
FPH																
FPO																
FRD																
FSD	FSD															
FTN						FTN										
FTR						FTR										
FUB																
G	G															

	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
GLU																
GS	GS															
GS1																
GS2																
HC																
HD1																
HD2																
HD4																
HD7																
HDA																
HDE																
HDR																
HDS																
HG1																
HG2																
HG4																
HG7																
HN																
IC	IC															
ICS		ICS														
ID																
IF																
IFA																
IFI																
IFN																
IFO																
IFP																
IFR																
IFS																
IFV																
IG	IG			IG			IG		IG							IG
IGR																
IK																
IKM																
IKS																
IPD	IPD			IPD			IPD		IPD							IPD
IPE																
IVE																
K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K
KB																
KMB																
KMO	KMO										KMO	KMO				
KTH	KTH	KTH	KTH	KTH	KTH		KTH									
LEN																
LUN																
M01																
M02																
M03																
M04																
MAC																

	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
MAD																
MAF																
MAS												MAS				
MAU																
MAV					MAV				MAV					MAV		
MBB												MBB				
MCA												MCA	MCA			
MCC			MCC						MCC							
MCD																
MCE									MCE							
MCG	MCG															
MCI																
MCS																
MCT												MCT				
MCU																
MD	MD															
MDD	MDD															
MDI	MDI															
MDN	MDN															
MEG	MEG															
MEO																
MEP												MEP				
MGE	MGE															
MHU	MHU															
MIA															MIA	
MIC																
MIE																
MIP																
MIS																
MM	MM											MM				
MMF													MMF			
MMM							MMM									
MNO	MNO															
MNP												MNP				
MPB					MPB			MPB	MPB					MPB		
MPC																
MPE												MPE				
MPF																
MPI	MPI															
MPJ		MPJ														
MPP												MPP				
MPS							MPS									
MPT													MPT			
MRT																
MS1																
MS2																
MSF																
MSH																
MSP												MSP				
MTA																

	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
MTJ	MTJ															
MTS	MTS															
MU	MU															
MUT	MUT															
NFE												NFE				
NFP												NFP				
OME																
OP1																
OP2																
OP3																
OP4																
OP5																
OP6																
OP7																
OPC																
OPM																
OPT																
ORP																
ORT	ORT															
OV1																
OV2																
OV3																
OV4																
OV5																
OV6																
OV7																
OV8																
OV9																
OVA																
OVB																
P1D																
P1G																
P2D																
P2G																
PA																
PAI																
PAN																
PAU																
PAV	PAV															
PAZ																
PB																
PCV	PCV															
PDM																
PEG							PEG									
PEX																
PH1	PH1															
PH2	PH2															
PH4	PH4															
PH7	PH7															
PHN	PHN															

	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
PII																
PIL																
PIO																
PIV	PIV															
PM2	PM2															
PM4	PM4															
PMH	PMH															
PMR	PMR															
POC																
POD																
POG															POG	
PPH																
PPI	PPI															
PPN												PPN				
PPP																
PPR														PPR		
PPS	PPS															
PTG	PTG															
RNM															RNM	
RNO															RNO	
S01																
SES	SES															
SF																
SFI																
SGA	SGA															
SGE				SGE						SGE				SGE		SGE
SGN	SGN															
SGS	SGS															
SLA																
SP																
STH	STH	STH	STH	STH	STH		STH									
SUI																
SV1																
SV2																
SV3																
SV4																
TAC																
TB																
TC	TC															
TCA												TCA				
TCG	TCG															
TCP	TCP															
TDR	TDR															
TDT	TDT															
TE1	TE1															
TE2	TE2															
TEP	TEP															
THR	THR	THR	THR	THR	THR		THR									
TLC	TLC															
TLD																

	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
TLE	TLE															
TLL																
TLM																
TLS																
TNS	TNS															
TO																
TRD																
TSA	TSA															
TSF																
TSM	TSM															
TTE	TTE															
UPH	UPH															
V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
V01																
V02																
V03																
V04																
VDC	VDC															
VEH																
VER																
VG	VG															
VGP																
VGS	VGS															
VL	VL															
VM1																
VM2																
VM3																
VM4																
VM5																
VM6																
VM7																
VNP																
VRD	VRD															
VRM	VRM															
VRN	VRN															
VRS	VRS															
VS	VS															
VU1																
VU2																
VU3																
VU4																
VU5																
VU6																
VU7																
Z																

Table 2 : Spécialités de 17 à 33

	17	18	19	20	21	22	23	24	26	27	28	29	30	31	32	33
AAD																
AAR																
AIS								AIS								
AKI																
AKS																
AMC									AMC							
AMI								AMI					AMI			
AMK									AMK							
AMO											AMO					
AMP										AMP						
AMS									AMS							
AMX								AMX								
AMY												AMY				
AOI																
AOS																
APA																
APC		APC		APC		APC	APC							APC		
APU	APU	APU		APU		APU	APU							APU	APU	APU
APV		APV		APV		APV	APV							APV		
APY	APY														APY	APY
ARO																
ASI																
ASS																
ATD		ATD	ATD													
ATL										ATL						
AVY	AVY														AVY	AVY
B													B			
BDC		BDC	BDC													
BDX			BDX													
BMI																
BMS																
BMT																
BR2		BR2	BR2													
BR4		BR4	BR4													
BRP			BRP													
BSA								BSA								
BSB								BSB								
BSC								BSC								
C	C	C	C	C	C	C	C							C	C	C
CA						CA	CA									
CBX			CBX													
CCP					CCP	CCP	CCP									
CDE																
CGP																
CNP	CNP														CNP	CNP
COA						COA	COA									
COB						COB	COB									
COD						COD	COD									

	17	18	19	20	21	22	23	24	26	27	28	29	30	31	32	33
COE						COE	COE									
COG						COG	COG									
COH																
COM																
COR																
CPM																
CRD	CRD	CRD		CRD		CRD	CRD							CRD	CRD	CRD
CRM	CRM	CRM		CRM		CRM	CRM							CRM	CRM	CRM
CRN	CRN	CRN		CRN		CRN	CRN							CRN	CRN	CRN
CRS	CRS	CRS		CRS		CRS	CRS							CRS	CRS	CRS
CS		CS	CS	CS		CS	CS							CS		
CSC																
CSE	CSE					CSE	CSE									CSE
CSM																
CSO	CSO	CSO		CSO		CSO	CSO							CSO	CSO	CSO
CTE						CTE	CTE									
DAD																
DAP																
DAT																
DCC													DCC			
DDT		DDT	DDT													
DHT	DHT	DHT		DHT												
DI								DI								
DLT										DLT						
DPS										DPS						
DSP					DSP											
DVO										DVO						
EPH																
FAD									FAD							
FDA		FDA	FDA													
FDC		FDC	FDC													
FDO		FDO	FDO													
FDR		FDR	FDR													
FFC	FFC	FFC		FFC		FFC	FFC							FFC	FFC	FFC
FFV	FFV	FFV		FFV		FFV	FFV							FFV	FFV	FFV
FHV					FHV	FHV	FHV									
FIS																
FMV					FMV	FMV	FMV									
FOH											FOH					
FOT												FOT				
FPB													FPB			
FPC		FPC	FPC													
FPE						FPE	FPE									
FPH											FPH					
FPO		FPO	FPO													
FRD									FRD							
FSD	FSD	FSD		FSD		FSD	FSD							FSD	FSD	FSD
FTN																
FTR																
FUB													FUB			

	17	18	19	20	21	22	23	24	26	27	28	29	30	31	32	33
G																
GLU																
GS						GS	GS									
GS1																
GS2																
HC																
HD1																
HD2																
HD4																
HD7																
HDA																
HDE																
HDR																
HDS																
HG1																
HG2																
HG4																
HG7																
HN																
IC					IC	IC	IC									
ICS	ICS	ICS			ICS									ICS	ICS	ICS
ID	ID	ID		ID		ID	ID						ID	ID	ID	ID
IF			IF		IF											
IFA					IFA			IFA	IFA	IFA	IFA	IFA	IFA			
IFI								IFI								
IFN									IFN							
IFO									IFO							
IFP									IFP							
IFR									IFR							
IFS									IFS							
IFV									IFV							
IG						IG	IG									
IGR																
IK																
IKM																
IKS																
IPD						IPD	IPD									
IPE	IPE	IPE			IPE	IPE	IPE							IPE	IPE	IPE
IVE	IVE	IVE			IVE	IVE	IVE							IVE	IVE	IVE
K	K	K		K		K	K							K	K	K
KB													KB			
KMB																
KMO	KMO	KMO				KMO	KMO								KMO	KMO
KTH	KTH	KTH		KTH		KTH	KTH							KTH	KTH	KTH
LEN																
LUN																
M01																
M02																
M03																
M04																

	17	18	19	20	21	22	23	24	26	27	28	29	30	31	32	33
MAC																
MAD																
MAF																MAF
MAS																
MAU								MAU					MAU			
MAV																
MBB																
MCA																
MCC																
MCD			MCD													
MCE																
MCG						MCG	MCG									
MCI								MCI								
MCS	MCS	MCS		MCS										MCS	MCS	MCS
MCT	MCT													MCT	MCT	
MCU	MCU	MCU		MCU		MCU	MCU							MCU	MCU	
MD						MD	MD									
MDD						MDD	MDD									
MDI						MDI	MDI									
MDN						MDN	MDN									
MEG						MEG	MEG									
MEO											MEO					
MEP																
MGE						MGE	MGE									
MHU						MHU	MHU									
MIA	MIA														MIA	
MIC	MIC	MIC		MIC		MIC	MIC							MIC	MIC	MIC
MIE								MIE								
MIP								MIP								
MIS	MIS	MIS		MIS		MIS	MIS							MIS	MIS	MIS
MM					MM	MM	MM	MM					MM			
MMF																
MMM																
MNO						MNO	MNO									
MNP																
MPB																
MPC	MPC	MPC		MPC										MPC	MPC	MPC
MPE																
MPF																MPF
MPI						MPI	MPI									
MPJ	MPJ	MPJ		MPJ										MPJ	MPJ	MPJ
MPP																
MPS																
MPT																
MRT	MRT	MRT		MRT		MRT	MRT							MRT	MRT	MRT
MS1																
MS2																
MSF					MSF											
MSH	MSH	MSH		MSH		MSH	MSH							MSH	MSH	MSH
MSP																

	17	18	19	20	21	22	23	24	26	27	28	29	30	31	32	33
MTA														MTA		
MTJ	MTJ	MTJ		MTJ										MTJ	MTJ	MTJ
MTS	MTS	MTS		MTS										MTS	MTS	MTS
MU						MU	MU									
MUT	MUT	MUT		MUT		MUT	MUT							MUT	MUT	MUT
NFE																
NFP																
OME																
OP1																
OP2																
OP3																
OP4																
OP5																
OP6																
OP7																
OPC																
OPM																
OPT																
ORP																
ORT		ORT				ORT	ORT									
OV1																
OV2																
OV3																
OV4																
OV5																
OV6																
OV7																
OV8																
OV9																
OVA																
OVB																
P1D																
P1G																
P2D																
P2G																
PA										PA						
PAI								PAI								
PAN																
PAU																
PAV	PAV	PAV	PAV	PAV	PAV	PAV	PAV							PAV	PAV	PAV
PAZ																
PB													PB			
PCV	PCV	PCV		PCV		PCV	PCV							PCV	PCV	PCV
PDM																
PEG																
PEX																
PH1						PH1	PH1									
PH2						PH2	PH2									
PH4						PH4	PH4									
PH7						PH7	PH7									

	17	18	19	20	21	22	23	24	26	27	28	29	30	31	32	33
PHN						PHN	PHN									
PIL																
PIO																
PIV	PIV	PIV		PIV		PIV	PIV							PIV	PIV	PIV
PM2						PM2	PM2									
PM4						PM4	PM4									
PMH						PMH	PMH									
PMR						PMR	PMR									
POC																
POD										POD						
POG																
PPH																
PPI						PPI	PPI									
PPN	PPN														PPN	
PPP																
PPR																
PPS	PPS	PPS		PPS		PPS	PPS	PPS	PPS					PPS	PPS	PPS
PTG	PTG	PTG		PTG		PTG	PTG							PTG	PTG	PTG
RNM												RNM				
RNO												RNO				
S01																
SES	SES	SES		SES		SES	SES							SES	SES	SES
SF					SF											
SFI					SFI											
SGA	SGA	SGA	SGA	SGA	SGA	SGA	SGA	SGA	SGA	SGA	SGA	SGA	SGA	SGA	SGA	SGA
SGE														SGE		
SGN										SGN						
SGS										SGS						
SLA	SLA													SLA	SLA	
SP					SP											
STH	STH	STH		STH		STH	STH							STH	STH	STH
SUI																
SV1																
SV2																
SV3																
SV4																
TAC																
TB													TB			
TC	TC	TC		TC		TC	TC							TC	TC	TC
TCA																
TCG					TCG	TCG	TCG									
TCP	TCP	TCP		TCP		TCP	TCP							TCP	TCP	TCP
TDR	TDR	TDR		TDR		TDR	TDR							TDR	TDR	TDR
TDT	TDT	TDT		TDT		TDT	TDT							TDT	TDT	TDT
TE1	TE1	TE1		TE1		TE1	TE1							TE1	TE1	TE1
TE2	TE2	TE2		TE2		TE2	TE2							TE2	TE2	TE2
TEP	TEP	TEP		TEP		TEP	TEP							TEP	TEP	TEP
THR	THR	THR		THR		THR	THR							THR	THR	THR
TLC	TLC	TLC		TLC		TLC	TLC							TLC	TLC	TLC

	17	18	19	20	21	22	23	24	26	27	28	29	30	31	32	33
TLD								TLD								
TLE	TLE	TLE		TLE		TLE	TLE							TLE	TLE	TLE
TLL								TLL	TLL							
TLM																
TLS								TLS								
TNS						TNS	TNS									
TO			TO													
TRD																
TSA	TSA	TSA	TSA	TSA	TSA		TSA	TSA	TSA	TSA	TSA	TSA	TSA		TSA	TSA	TSA
TSF																
TSM	TSM	TSM		TSM		TSM	TSM							TSM	TSM	TSM
TTE	TTE	TTE		TTE		TTE	TTE							TTE	TTE	TTE
UPH						UPH	UPH									
V	V	V	V	V	V	V	V							V	V	V
V01																
V02																
V03																
V04																
VDC	VDC	VDC		VDC		VDC	VDC							VDC	VDC	VDC
VEH																
VER																
VG																
VGP																
VGS						VGS	VGS									
VL	VL	VL		VL		VL	VL							VL	VL	VL
VM1																
VM2																
VM3																
VM4																
VM5																
VM6																
VM7																
VNP	VNP														VNP	VNP
VRD	VRD	VRD		VRD		VRD	VRD							VRD	VRD	VRD
VRM	VRM	VRM		VRM		VRM	VRM							VRM	VRM	VRM
VRN	VRN	VRN		VRN		VRN	VRN							VRN	VRN	VRN
VRS	VRS	VRS		VRS		VRS	VRS							VRS	VRS	VRS
VS		VS	VS	VS		VS	VS							VS		
VU1																
VU2																
VU3																
VU4																
VU5																
VU6																
VU7																
Z		Z	Z													

Table 2 : Spécialités de 34 à 49

	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
AAD																
AAR																
AIS																
AKI																
AKS																
AMC																
AMI						AMI										
AMK																
AMO																
AMP																
AMS																
AMX																
AMY																
AOI																
AOS																
APA																
APC	APC	APC		APC	APC			APC	APC	APC	APC	APC	APC	APC	APC	APC
APU	APU	APU		APU	APU			APU	APU	APU	APU	APU	APU	APU	APU	APU
APV	APV	APV		APV	APV			APV	APV	APV	APV	APV	APV		APV	APV			APV
APY																
ARO																
ASI																
ASS																
ATD												ATD				
ATL																
AVY																
B						B	B									
BDC			BDC													
BDX			BDX													
BMI																
BMS																
BMT																
BR2			BR2													
BR4			BR4													
BRP			BRP													
BSA																
BSB																
BSC																
C	C	C		C	C			C	C	C	C	C	C	C	C	C
CA																
CBX			CBX													
CCP																
CDE																
CGP																
CNP																
COA																
COB																
COD																

	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
COE																
COG																
COH																
COM																
COR																
CPM								CPM		CPM						
CRD	CRD	CRD		CRD	CRD			CRD								
CRM	CRM	CRM		CRM	CRM			CRM								
CRN	CRN	CRN		CRN	CRN			CRN								
CRS	CRS	CRS		CRS	CRS			CRS								
CS	CS	CS	CS	CS	CS			CS								
CSC																
CSE																
CSM																
CSO	CSO	CSO		CSO	CSO			CSO								
CTE																
DAD																
DAP	DAP	DAP		DAP												
DAT																
DCC						DCC	DCC									
DDT			DDT									DDT				
DHT	DHT	DHT		DHT												
DI																
DLT																
DPS																
DSP																
DVO																
EPH																
FAD																
FDA												FDA				
FDC												FDC				
FDO			FDO								FDO	FDO				
FDR												FDR				
FFC	FFC	FFC		FFC	FFC			FFC								
FFV	FFV	FFV		FFV	FFV			FFV								
FHV									FHV							
FIS																
FMV									FMV							
FOH																
FOT																
FPB						FPB	FPB									
FPC												FPC				
FPE																
FPH																
FPO			FPO								FPO	FPO				
FRD																
FSD	FSD	FSD		FSD	FSD			FSD								
FTN																
FTR																
FUB						FUB	FUB									

	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
G																
GLU																
GS																
GS1																
GS2																
HC																
HD1																
HD2																
HD4																
HD7																
HDA																
HDE																
HDR																
HDS																
HG1																
HG2																
HG4																
HG7																
HN	HN	HN	HN	HN		HN										
IC																
ICS		ICS						ICS								
ID	ID	ID		ID												
IF			IF													
IFA						IFA										
IFI																
IFN																
IFO																
IFP																
IFR																
IFS																
IFV																
IG									IG							
IGR		IGR														
IK																
IKM																
IKS																
IPD									IPD							
IPE		IPE						IPE								
IVE		IVE						IVE								
K	K	K		K	K		K	K	K	K	K	K	K	K	K	K
KB						KB	KB									
KMB					KMB											
KMO	KMO											KMO				
KTH	KTH	KTH						KTH								
LEN																
LUN																
M01																
M02																
M03																
M04																

	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
MAC																
MAD																
MAF																
MAS																
MAU						MAU										
MAV																
MBB																
MCA																
MCC																
MCD			MCD													
MCE								MCE								
MCG																
MCI																
MCS	MCS	MCS		MCS				MCS								
MCT																
MCU	MCU	MCU		MCU	MCU			MCU								
MD																
MDD																
MDI																
MDN																
MEG																
MEO																
MEP																
MGE																
MHU																
MIA																
MIC	MIC	MIC						MIC								
MIE																
MIP																
MIS	MIS	MIS		MIS	MIS			MIS								
MM						MM										
MMF																
MMM																
MNO																
MNP																
MPB																
MPC	MPC	MPC		MPC	MPC			MPC								
MPE																
MPF																
MPI																
MPJ		MPJ		MPJ	MPJ			MPJ								
MPP																
MPS																
MPT																
MRT	MRT	MRT		MRT	MRT			MRT								
MS1																
MS2																
MSF																
MSH	MSH	MSH						MSH								
MSP																

	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
MTA																
MTJ	MTJ	MTJ		MTJ	MTJ			MTJ								
MTS	MTS	MTS		MTS	MTS			MTS								
MU																
MUT	MUT	MUT		MUT	MUT			MUT								
NFE																
NFP																
OME																
OP1																
OP2																
OP3																
OP4																
OP5																
OP6																
OP7																
OPC																
OPM																
OPT																
ORP																
ORT											ORT	ORT				
OV1																
OV2																
OV3																
OV4																
OV5																
OV6																
OV7																
OV8																
OV9																
OVA																
OVB																
P1D																
P1G																
P2D																
P2G																
PA																
PAI																
PAN																
PAU																
PAV	PAV	PAV		PAV	PAV			PAV								
PAZ																
PB						PB	PB									
PCV	PCV	PCV		PCV	PCV			PCV								
PDM																
PEG									PEG							
PEX																
PH1																
PH2																
PH4																
PH7																

	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
PHN																
PII																
PIL																
PIO																
PIV	PIV	PIV		PIV	PIV			PIV								
PM2																
PM4																
PMH																
PMR																
POC																
POD																
POG																
PPH																
PPI																
PPN																
PPP																
PPR																
PPS	PPS	PPS		PPS	PPS			PPS								
PTG	PTG	PTG		PTG	PTG			PTG								
RNM																
RNO																
S01																
SES	SES	SES						SES								
SF																
SFI																
SGA		SGA														
SGE								SGE		SGE						
SGN																
SGS																
SLA																
SP																
STH	STH	STH						STH								
SUI																
SV1																
SV2																
SV3																
SV4																
TAC																
TB						TB										
TC	TC	TC		TC	TC			TC								
TCA									TCA							
TCG																
TCP	TCP	TCP		TCP	TCP			TCP								
TDR	TDR	TDR		TDR				TDR								
TDT	TDT	TDT		TDT	TDT			TDT								
TE1	TE1	TE1		TE1	TE1			TE1								
TE2	TE2	TE2		TE2	TE2			TE2								
TEP	TEP	TEP		TEP	TEP			TEP								
THR	THR	THR						THR								
TLC	TLC	TLC		TLC	TLC			TLC								

	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
TLD																
TLE	TLE	TLE		TLE	TLE			TLE								
TLL																
TLM																
TLS																
TNS																
TO			TO													
TRD																
TSA	TSA	TSA	TSA	TSA	TSA			TSA								
TSF																
TSM	TSM	TSM		TSM	TSM			TSM								
TTE	TTE	TTE		TTE	TTE			TTE								
UPH																
V	V	V		V	V			V	V	V	V	V	V	V	V	V
V01																
V02																
V03																
V04																
VDC	VDC	VDC		VDC	VDC			VDC								
VEH																
VER																
VG																
VGP																
VGS																
VL	VL	VL		VL	VL			VL								
VM1																
VM2																
VM3																
VM4																
VM5																
VM6																
VM7																
VNP																
VRD	VRD	VRD		VRD	VRD			VRD								
VRM	VRM	VRM		VRM	VRM			VRM								
VRN	VRN	VRN		VRN	VRN			VRN								
VRS	VRS	VRS		VRS	VRS			VRS								
VS	VS	VS	VS	VS	VS			VS								
VU1																
VU2																
VU3																
VU4																
VU5																
VU6																
VU7																
Z			Z								Z	Z				

Table 2 : Spécialités de 50 à 68

	50	51	53	54	60	61	62	63	64	65	66	67	68
AAD	AAD	AAD			AAD								
AAR	AAR	AAR			AAR								
AIS													
AKI	AKI	AKI											
AKS	AKS	AKS											
AMC													
AMI													
AMK													
AMO													
AMP													
AMS													
AMX													
AMY													
AOI	AOI	AOI											
AOS	AOS	AOS											
APA	APA	APA			APA								
APC			APC	APC									
APU													
APV			APV	APV									
APY													
ARO	ARO	ARO			ARO								
ASI	ASI	ASI											
ASS	ASS	ASS											
ATD			ATD	ATD									
ATL	ATL	ATL			ATL								
AVY													
B													
BDC			BDC	BDC									
BDX			BDX	BDX									
BMI	BMI	BMI											
BMS	BMS	BMS											
BMT	BMT	BMT											
BR2			BR2	BR2									
BR4			BR4	BR4									
BRP			BRP	BRP									
BSA													
BSB													
BSC													
C			C	C									
CA													
CBX			CBX	CBX									
CCP													
CDE													
CGP													
CNP													
COA													
COB													
COD													

	50	51	53	54	60	61	62	63	64	65	66	67	68
COE													
COG													
COH													
COM													
COR	COR	COR			COR								
CPM													
CRD													
CRM													
CRN													
CRS													
CS			CS	CS									
CSC													
CSE													
CSM													
CSO													
CTE													
DAD	DAD	DAD											
DAP			DAP	DAP									
DAT													
DCC													
DDT			DDT	DDT									
DHT													
DI													
DLT	DLT	DLT			DLT								
DPS	DPS	DPS			DPS								
DSP													
DVO	DVO	DVO			DVO								
EPH													
FAD													
FDA			FDA	FDA									
FDC			FDC	FDC									
FDO			FDO										
FDR			FDR	FDR									
FFC													
FFV													
FHV													
FIS													
FMV													
FOH													
FOT													
FPB													
FPC			FPC	FPC									
FPE													
FPH													
FPO			FPO										
FRD													
FSD													
FTN													
FTR													
FUB													

	50	51	53	54	60	61	62	63	64	65	66	67	68
G													
GLU	GLU	GLU			GLU								
GS													
GS1	GS1	GS1											
GS2	GS2	GS2											
HC	HC	HC											
HD1	HD1	HD1											
HD2	HD2	HD2											
HD4	HD4	HD4											
HD7	HD7	HD7											
HDA	HDA	HDA											
HDE	HDE	HDE											
HDR	HDR	HDR											
HDS	HDS	HDS											
HG1	HG1	HG1											
HG2	HG2	HG2											
HG4	HG4	HG4											
HG7	HG7	HG7											
HN			HN	HN									
IC													
ICS													
ID													
IF			IF	IF									
IFA													
IFI													
IFN													
IFO													
IFP													
IFR													
IFS													
IFV													
IG													
IGR													
IK			IK	IK									
IKM			IKM	IKM									
IKS			IKS	IKS									
IPD													
IPE													
IVE													
K													
KB													
KMB													
KMO													
KTH													
LEN	LEN	LEN			LEN								
LUN	LUN	LUN			LUN								
M01	M01	M01			M01								
M02	M02	M02			M02								
M03	M03	M03			M03								
M04	M04	M04			M04								

	50	51	53	54	60	61	62	63	64	65	66	67	68
MAC	MAC	MAC			MAC								
MAD	MAD	MAD			MAD								
MAF													
MAS													
MAU													
MAV													
MBB													
MCA													
MCC													
MCD			MCD	MCD									
MCE													
MCG													
MCI													
MCS													
MCT													
MCU													
MD													
MDD													
MDI													
MDN													
MEG													
MEO													
MEP													
MGE													
MHU	MHU	MHU											
MIA													
MIC													
MIE													
MIP													
MIS													
MM													
MMF													
MMM													
MNO													
MNP													
MPB													
MPC													
MPE													
MPF													
MPI	MPI	MPI											
MPJ													
MPP													
MPS													
MPT													
MRT													
MS1	MS1	MS1			MS1								
MS2	MS2	MS2			MS2								
MSF													
MSH													
MSP													

	50	51	53	54	60	61	62	63	64	65	66	67	68
MTA													
MTJ													
MTS													
MU													
MUT													
NFE													
NFP													
OME	OME	OME			OME								
OP1	OP1	OP1			OP1								
OP2	OP2	OP2			OP2								
OP3	OP3	OP3			OP3								
OP4	OP4	OP4			OP4								
OP5	OP5	OP5			OP5								
OP6	OP6	OP6			OP6								
OP7	OP7	OP7			OP7								
OPC					OPC								
OPM	OPM	OPM			OPM								
OPT	OPT	OPT			OPT								
ORP	ORP	ORP			ORP								
ORT													
OV1	OV1	OV1			OV1								
OV2	OV2	OV2			OV2								
OV3	OV3	OV3			OV3								
OV4	OV4	OV4			OV4								
OV5	OV5	OV5			OV5								
OV6	OV6	OV6			OV6								
OV7	OV7	OV7			OV7								
OV8	OV8	OV8			OV8								
OV9	OV9	OV9			OV9								
OVA	OVA	OVA			OVA								
OVB	OVB	OVB			OVB								
P1D	P1D	P1D			P1D								
P1G	P1G	P1G			P1G								
P2D	P2D	P2D			P2D								
P2G	P2G	P2G			P2G								
PA	PA	PA			PA								
PAI													
PAN	PAN	PAN			PAN								
PAU	PAU	PAU			PAU								
PAV			PAV	PAV									
PAZ	PAZ	PAZ			PAZ								
PB													
PCV													
PDM	PDM	PDM			PDM								
PEG													
PEX	PEX	PEX			PEX								
PH1	PH1	PH1											
PH2	PH2	PH2											
PH4	PH4	PH4											
PH7	PH7	PH7											

	50	51	53	54	60	61	62	63	64	65	66	67	68
PHN	PHN	PHN											
PII	PII	PII											
PIL	PIL	PIL			PIL								
PIO	PIO	PIO			PIO								
PIV													
PM2	PM2	PM2											
PM4	PM4	PM4											
PMH	PMH	PMH											
PMR	PMR	PMR											
POC	POC	POC			POC								
POD													
POG													
PPH	PPH	PPH											
PPI	PPI	PPI											
PPN													
PPP	PPP	PPP			PPP								
PPR													
PPS													
PTG													
RNM													
RNO													
S01	S01	S01			S01								
SES													
SF													
SFI													
SGA			SGA	SGA									
SGE													
SGN	SGN	SGN			SGN								
SGS	SGS	SGS			SGS								
SLA													
SP													
STH													
SUI	SUI	SUI			SUI								
SV1	SV1	SV1			SV1								
SV2	SV2	SV2			SV2								
SV3	SV3	SV3			SV3								
SV4	SV4	SV4			SV4								
TAC	TAC	TAC											
TB													
TC													
TCA													
TCG													
TCP													
TDR													
TDT													
TE1													
TE2													
TEP													
THR													
TLC													

	50	51	53	54	60	61	62	63	64	65	66	67	68
TLD													
TLE													
TLL													
TLM	TLM	TLM											
TLS													
TNS	TNS	TNS											
TO			TO										
TRD	TRD	TRD											
TSA			TSA										
TSF					TSF								
TSM													
TTE													
UPH	UPH	UPH											
V			V	V									
V01	V01	V01			V01								
V02	V02	V02			V02								
V03	V03	V03			V03								
V04	V04	V04			V04								
VDC													
VEH	VEH	VEH			VEH								
VER	VER	VER			VER								
VG													
VGP	VGP	VGP											
VGS													
VL													
VM1	VM1	VM1			VM1								
VM2	VM2	VM2			VM2								
VM3	VM3	VM3			VM3								
VM4	VM4	VM4			VM4								
VM5	VM5	VM5			VM5								
VM6	VM6	VM6			VM6								
VM7	VM7	VM7			VM7								
VNP													
VRD													
VRM													
VRN													
VRS													
VS			VS	VS									
VU1	VU1	VU1			VU1								
VU2	VU2	VU2			VU2								
VU3	VU3	VU3			VU3								
VU4	VU4	VU4			VU4								
VU5	VU5	VU5			VU5								
VU6	VU6	VU6			VU6								
VU7	VU7	VU7			VU7								
Z			Z	Z									

Table 2 : Spécialités de 69 à 86

	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86
AAD																		
AAR																		
AIS																		AIS
AKI																		
AKS																		
AMC																		
AMI																		AMI
AMK																		
AMO																		
AMP																		
AMS																		
AMX																		AMX
AMY																		
AOI																		
AOS																		
APA																		
APC		APC																
APU																		
APV		APV	APV		APV													
APY							APY											
ARO																		
ASI																		
ASS																		
ATD	ATD																	
ATL																		
AVY							AVY											
B																		
BDC	BDC																	
BDX																		
BMI																		
BMS																		
BMT																		
BR2	BR2																	
BR4	BR4																	
BRP																		
BSA																		BSA
BSB																		BSB
BSC																		BSC
C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	
CA																		
CBX																		
CCP		CCP									CCP							
CDE																		
CGP																		
CNP							CNP											
COA																		
COB																		
COD																		

	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86
COE																		
COG																		
COH																		
COM																		
COR																		
CPM	CPM																	
CRD																		
CRM																		
CRN																		
CRS																		
CS																		
CSC																		
CSE							CSE											
CSM																		
CSO																		
CTE																		
DAD																		
DAP																		
DAT																		
DCC																		
DDT																		
DHT																		
DI																		DI
DLT																		
DPS																		
DSP																		
DVO																		
EPH																		
FAD																		
FDA	FDA																	
FDC	FDC																	
FDO	FDO																	
FDR	FDR																	
FFC																		
FFV																		
FHV		FHV								FHV		FHV						
FIS																		
FMV		FMV								FMV		FMV						
FOH																		
FOT																		
FPB																		
FPC	FPC																	
FPE																		
FPH																		
FPO	FPO																	
FRD																		
FSD																		
FTN								FTN										
FTR								FTR										
FUB																		

	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86
G																		
GLU																		
GS																		
GS1																		
GS2																		
HC																		
HD1																		
HD2																		
HD4																		
HD7																		
HDA																		
HDE																		
HDR																		
HDS																		
HG1																		
HG2																		
HG4																		
HG7																		
HN																		
IC																		
ICS		ICS		ICS	ICS	ICS	ICS	ICS										
ID		ID																
IF																		
IFA																		IFA
IFI																		IFI
IFN																		
IFO																		
IFP																		
IFR																		
IFS																		
IFV																		
IG		IG							IG		IG							
IGR																		
IK		IK																
IKM		IKM																
IKS		IKS																
IPD		IPD							IPD		IPD							
IPE		IPE		IPE	IPE	IPE	IPE	IPE										
IVE		IVE		IVE	IVE	IVE	IVE	IVE										
K	K	K	K	K	K	K	K	K	K		K	K	K	K	K	K	K	
KB																		
KMB																		
KMO	KMO						KMO						KMO	KMO	KMO	KMO	KMO	
KTH		KTH																
LEN																		
LUN																		
M01																		
M02																		
M03																		
M04																		

	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86
MAC																		
MAD																		
MAF							MAF											
MAS																		
MAU																		MAU
MAV																		
MBB																		
MCA																		
MCC																		
MCD																		
MCE																		
MCG																		
MCI																		MCI
MCS																		
MCT																		
MCU		MCU																
MD																		
MDD																		
MDI																		
MDN																		
MEG																		
MEO																		
MEP																		
MGE																		
MHU																		
MIA																		
MIC																		
MIE																		MIE
MIP																		MIP
MIS																		
MM																		MM
MMF																		
MMM		MMM							MMM		MMM							
MNO																		
MNP																		
MPB																		
MPC																		
MPE																		
MPF							MPF											
MPI																		
MPJ																		
MPP																		
MPS		MPS							MPS		MPS							
MPT																		
MRT																		
MS1																		
MS2																		
MSF																		
MSH																		
MSP																		

	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86
MTA																		
MTJ																		
MTS																		
MU																		
MUT																		
NFE																		
NFP																		
OME																		
OP1																		
OP2																		
OP3																		
OP4																		
OP5																		
OP6																		
OP7																		
OPC																		
OPM																		
OPT																		
ORP																		
ORT	ORT																	
OV1																		
OV2																		
OV3																		
OV4																		
OV5																		
OV6																		
OV7																		
OV8																		
OV9																		
OVA																		
OVB																		
P1D																		
P1G																		
P2D																		
P2G																		
PA																		
PAI																		PAI
PAN																		
PAU																		
PAV																		
PAZ																		
PB																		
PCV																		
PDM																		
PEG		PEG							PEG		PEG							
PEX																		
PH1																		
PH2																		
PH4																		
PH7																		

	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86
PHN																		
PII																		
PIL																		
PIO																		
PIV																		
PM2																		
PM4																		
PMH																		
PMR																		
POC																		
POD																		
POG																		
PPH																		
PPI																		
PPN																		
PPP																		
PPR																		
PPS																		
PTG				PTG														
RNM																		
RNO																		
S01																		
SES		SES																
SF																		
SFI																		
SGA																		
SGE	SGE																	
SGN																		
SGS																		
SLA																		
SP																		
STH		STH																
SUI																		
SV1																		
SV2																		
SV3																		
SV4																		
TAC																		
TB																		
TC																		
TCA																		
TCG																		
TCP																		
TDR																		
TDT																		
TE1																		
TE2																		
TEP																		
THR		THR																
TLC																		

	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86
TLD																		TLD
TLE																		
TLL																		TLL
TLM																		
TLS																		TLS
TNS																		
TO																		
TRD																		
TSA						TSA												
TSF																		
TSM																		
TTE																		
UPH																		
V	V	V	V	V	V	V	V	V	V		V	V	V	V	V	V	V	
V01																		
V02																		
V03																		
V04																		
VDC																		
VEH																		
VER																		
VG																		
VGP																		
VGS																		
VL		VL																
VM1																		
VM2																		
VM3																		
VM4																		
VM5																		
VM6																		
VM7																		
VNP							VNP											
VRD		VRD																
VRM		VRM																
VRN		VRN																
VRS		VRS																
VS		VS																
VU1																		
VU2																		
VU3																		
VU4																		
VU5																		
VU6																		
VU7																		
Z	Z																	

Table 2bis Table des compatibilités entre les codes prestation et le contexte conventionnel du Professionnel de Santé

Code convention		PS								
		Non conventionné		Secteur 1			Secteur 1DP ou 2			
		0		1			2 ou 3			
Contrat tarifaire PS		Aucun		OPTAM-CO	OPTAM	Aucun	OPTAM-CO	OPTAM	Aucun	
BS		CMU-C C2S ou ACS	Autres	Tous	Tous	Tous	Tous	Tous	CMU-C C2S ou ACS	Autres
Code prestation	CCP	NON		sous condition P3			sous condition P3		sous condition P3	
	CGP	NON		sous condition P3			sous condition P3		sous condition P3	
	COA	OUI		NON			NON		OUI	OUI
	COB	NON		OUI			OUI		sous condition P3	sous condition P3
	COD	NON		OUI			OUI		sous condition P3	sous condition P3
	COE	NON OUI		sous condition P3			sous condition P3		sous condition P3	
	COG	NON		OUI			OUI		OUI	OUI
	COH	NON		OUI			OUI		sous condition P3	sous condition P3
	COM	NON		OUI			OUI		sous condition P3	sous condition P3
	CPM	NON		OUI			OUI		NON	NON
	CSM	NON		sous condition P3			sous condition P3		sous condition P3	
	CSO	NON		sous condition P3			sous condition P3		sous condition P3	
	EPH	NON		sous condition P3			sous condition P3		sous condition P3	
	FFC	NON		sous condition P3			sous condition P3		sous condition P3	
	FFV	NON		sous condition P3			sous condition P3		sous condition P3	
	G	NON		OUI			OUI		sous condition P3	sous condition P3
	GS	NON		OUI			OUI		sous condition P3	sous condition P3
	IGR	NON		OUI			OUI		NON	NON
	MAV	NON		OUI			OUI		NON	NON
	MCA	NON		OUI			OUI		NON	NON
	MCC	NON		OUI			OUI		sous condition P4	sous condition P4
	MCG	NON		OUI			OUI		sous condition P4	sous condition P4
	MCS	NON		OUI			OUI		sous condition P4	sous condition P4
MCT	NON		OUI			OUI		NON	NON	
MCU	NON		sous condition P4			sous condition P4		sous condition P4	sous condition P4	
MEG	NON		OUI			OUI		OUI	OUI	
MEP	NON		OUI			OUI		sous condition P4	sous condition P4	

MIA	NON	sous condition P4	sous condition P4	sous condition P4	sous condition P4
MIS	NON	OUI	OUI	NON sous condition P4	NON sous condition P4
MMF	NON	OUI	OUI	NON	NON
MMM	NON	OUI	OUI	NON	NON
MPB	NON	OUI	OUI	NON	NON
MPC	NON	OUI	OUI	sous condition P4	sous condition P4
MPS	NON	OUI	OUI	NON	NON
MPT	NON	OUI	OUI	NON	NON
MRT	NON	sous condition P4	sous condition P4	sous condition P4	sous condition P4
MSP	NON	sous condition P4	sous condition P4	NON	NON
MUT	NON	sous condition P4	sous condition P4	sous condition P4	sous condition P4
NFE	NON	OUI	OUI	sous condition P4	sous condition P4
NFP	NON	OUI	OUI	OUI	OUI
PCV	NON	sous condition P3	sous condition P3	sous condition P3	sous condition P3
PEG	NON	sous condition P4	sous condition P4	NON	NON
PIV	NON	OUI	OUI	NON	NON
POG	NON	OUI	OUI	NON	NON
PPN	NON	OUI	OUI	NON	NON
PPR	NON	OUI	OUI	NON	NON
PTG	NON	OUI	OUI	NON	NON
SGE	NON	OUI	OUI	NON	NON
SLA	NON	OUI	OUI	NON	NON
TCA	NON	OUI	OUI	NON	NON
VG	NON	OUI	OUI	sous condition P3	sous condition P3
VGS	NON	OUI	OUI	sous condition P3	sous condition P3

Table 2ter Codes Prestation soumis au respect du tarif opposable

Code prestation
ADI
ADC
ATM
AXI
BDC
BDX
BRP
BR2
BR4
C
CBX
CS
END
SDE
TDS
V
Z

Table 3 Table des compatibilités entre les codes prestation et la qualité du bénéficiaire

0 = NON, 1 = OUI

Remarque : Cette table ne contient pas les codes prestation CCAM

Code prestation	Qualité du bénéficiaire												
	Assuré	Ascendant, descendant, collatéraux ascendants	Conjoint	Conjoint divorcé	Concubin	Conjoint séparé	Enfant	Conjoint veuf	Autre ayant-droit	Age min		Age max	
										mois	années	mois	années
AAD	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
AAR	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
AIS	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
AKI	1	1	1	1	1	1	1	1	1		18		
AKS	1	1	1	1	1	1	1	1	1		18		
AMC	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
AMI	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
AMK	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
AMO	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
AMP	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
AMS	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
AMX	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
AMY	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
AOI	1	1	1	1	1	1	1	1	1		18		
AOS	1	1	1	1	1	1	1	1	1		18		
APA	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
APC	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
APU	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
APV	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
APY	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
ARO	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
ASI	1	1	1	1	1	1	1	1	1		18		

Code prestation	Qualité du bénéficiaire												
	Assuré	Ascendant, descendant, collatéraux ascendants	Conjoint	Conjoint divorcé	Concubin	Conjoint séparé	Enfant	Conjoint veuf	Autre ayant-droit	Age min		Age max	
										mois	années	mois	années
ASS	1	1	1	1	1	1	1	1	1		18		
ATD	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
ATL	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
AVY	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
B	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
BDC	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
BDX	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
BMI	1	1	1	1	1	1	1	1	1		65		
BMS	1	1	1	1	1	1	1	1	1		65		
BMT	1	1	1	1	1	1	1	1	1		65		
BR2	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
BR4	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
BRP	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
BSA	1	1	1	1	1	1	1	1	1		90		
BSB	1	1	1	1	1	1	1	1	1		90		
BSC	1	1	1	1	1	1	1	1	1		90		
C	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
CA	4	4	4	4	4	4	4	4	4				
CBX	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
CCP	1	1	1	1	1	1	1	1	1		45		18
CDE	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
CGP	1	1	1	1	1	1	1	1	1				7
CNP	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
COA	1	1	1	1	1	1	1	1	1		2		17
COB	1	1	1	1	1	1	1	1	1		6		18
COD	1	1	1	1	1	1	1	1	1				18
COE	1	1	1	1	1	1	1	1	1			25	3
COG	1	1	1	1	1	1	1	1	1				18
COH	1	1	1	1	1	1	1	1	1				7

Code prestation	Qualité du bénéficiaire												
	Assuré	Ascendant, descendant, collatéraux ascendants	Conjoint	Conjoint divorcé	Concubin	Conjoint séparé	Enfant	Conjoint veuf	Autre ayant-droit	Age min		Age max	
										mois	années	mois	années
COM	1	1	1	1	1	1	1	1	1		6		18
COR	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
CPM	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
CRD	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
CRM	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
CRN	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
CRS	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
CS	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
CSC	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
CSE	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
CSM	1	1	1	1	1	1	1	1	1			1	
CSO	1	1	1	1	1	1	1	1	1		3		13
CTE	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
DAD	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
DAP	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
DAT	1	0	0	0	0	0	0	0	0				
DCC	1	1	1	1	1	1	1	1	1		50		76
DDT	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
DHT	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
DI	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
DLT	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
DPS	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
DSP	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
DVO	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
EPH	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
FAD	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
FDA	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
FDC	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
FDO	1	1	1	1	1	1	1	1	1				

Code prestation	Qualité du bénéficiaire												
	Assuré	Ascendant, descendant, collatéraux ascendants	Conjoint	Conjoint divorcé	Concubin	Conjoint séparé	Enfant	Conjoint veuf	Autre ayant-droit	Age min		Age max	
										mois	années	mois	années
FDR	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
FFC	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
FFV	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
FHV	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
FIS	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
FMV	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
FOH	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
FOT	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
FPB	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
FPC	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
FPE	1	0	1	1	1	1	1	1	1			25	
FPH	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
FPO	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
FRD	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
FSD	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
FTN	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
FTR	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
FUB	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
G	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
GLU	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
GS	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
GS1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
GS2	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
HC	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
HD1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
HD2	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
HD4	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
HD7	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
HDA	1	1	1	1	1	1	1	1	1				

Code prestation	Qualité du bénéficiaire												
	Assuré	Ascendant, descendant, collatéraux ascendants	Conjoint	Conjoint divorcé	Concubin	Conjoint séparé	Enfant	Conjoint veuf	Autre ayant-droit	Age min		Age max	
										mois	années	mois	années
HDE	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
HDR	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
HDS	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
HG1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
HG2	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
HG4	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
HG7	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
HN	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
IC	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
ICS	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
ID	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
IF	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
IFA	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
IFI	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
IFN	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
IFO	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
IFP	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
IFR	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
IFS	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
IFV	1	1	1	1	1	1	1	1	1		60		
IG	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
IGR	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
IK	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
IKM	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
IKS	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
IPD	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
IPE	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
IVE	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
K	1	1	1	1	1	1	1	1	1				

Code prestation	Qualité du bénéficiaire												
	Assuré	Ascendant, descendant, collatéraux ascendants	Conjoint	Conjoint divorcé	Concubin	Conjoint séparé	Enfant	Conjoint veuf	Autre ayant-droit	Age min		Age max	
										mois	années	mois	années
KB	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
KMB	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
KMO	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
KTH	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
LEN	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
LUN	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
M01	1	1	1	1	1	1	1	1	1		16		
M02	1	1	1	1	1	1	1	1	1				16
M03	1	1	1	1	1	1	1	1	1		16		
M04	1	1	1	1	1	1	1	1	1				16
MAC	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MAD	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MAF	1	1	1	1	1	1	1	0	1				16
MAS	1	1	1	1	1	1	1	0	1				16
MAU	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MAV	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MBB	1	0	1	1	1	1	1	0	1				
MCA	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MCC	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MCD	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MCE	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MCG	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MCI	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MCS	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MCT	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MCU	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MD	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MDD	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MDI	1	1	1	1	1	1	1	1	1				

Code prestation	Qualité du bénéficiaire												
	Assuré	Ascendant, descendant, collatéraux ascendants	Conjoint	Conjoint divorcé	Concubin	Conjoint séparé	Enfant	Conjoint veuf	Autre ayant-droit	Age min		Age max	
										mois	années	mois	années
MDN	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MEG	1	1	1	1	1	1	1	1	1				6
MEO	1	1	1	1	1	1	1	1					3
MEP	1	1	1	1	1	1	1	1	1				6
MGE	1	1	0	0	0	0	1	0	1	25			6
MHU	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MIA	1	1	1	1	1	1	1	1					
MIC	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MIE	1	1	1	1	1	1	1	1					7
MIP	1	1	1	1	1	1	1	1					
MIS	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MM	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MMF	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MMM	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MNO	1	0	1	1	1	1	1	1	1			25	
MNP	1	0	1	1	1	1	1	1	1			25	
MPB	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MPC	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MPE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25			6
MPF	1	1	1	1	1	1	1	0	1				16
MPI	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MPJ	1	1	1	1	1	1	1	1	1				16
MPP	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MPS	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MPT	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MRT	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MS1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				6
MS2	1	1	1	1	1	1	1	1	1				6

Code prestation	Qualité du bénéficiaire												
	Assuré	Ascendant, descendant, collatéraux ascendants	Conjoint	Conjoint divorcé	Concubin	Conjoint séparé	Enfant	Conjoint veuf	Autre ayant-droit	Age min		Age max	
										mois	années	mois	années
MSF	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MSH	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MSP	1	1	1	1	1	1	1	1	1				7
MTA	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MTJ	1	1	1	1	1	1	1	1	1				16
MTS	1	1	1	1	1	1	1	1	1		16		
MU	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MUT	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
NFE	1	1	1	1	1	1	1	1	1		2		16
NFP	1	1	1	1	1	1	1	1	1				2
OME	1	1	1	1	1	1	1	1	1				18
OP1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		18		
OP2	1	1	1	1	1	1	1	1	1		18		
OP3	1	1	1	1	1	1	1	1	1		18		
OP4	1	1	1	1	1	1	1	1	1		18		
OP5	1	1	1	1	1	1	1	1	1		18		
OP6	1	1	1	1	1	1	1	1	1		18		
OP7	1	1	1	1	1	1	1	1	1		18		
OPC	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
OPM	1	1	1	1	1	1	1	1	1		18		
OPT	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
ORP	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
ORT	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
OV1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				18
OV2	1	1	1	1	1	1	1	1	1				18
OV3	1	1	1	1	1	1	1	1	1				18
OV4	1	1	1	1	1	1	1	1	1				18
OV5	1	1	1	1	1	1	1	1	1				18
OV6	1	1	1	1	1	1	1	1	1				18

Code prestation	Qualité du bénéficiaire												
	Assuré	Ascendant, descendant, collatéraux ascendants	Conjoint	Conjoint divorcé	Concubin	Conjoint séparé	Enfant	Conjoint veuf	Autre ayant-droit	Age min		Age max	
										mois	années	mois	années
OV7	1	1	1	1	1	1	1	1	1				18
OV8	1	1	1	1	1	1	1	1	1				18
OV9	1	1	1	1	1	1	1	1	1				18
OVA	1	1	1	1	1	1	1	1	1				18
OVB	1	1	1	1	1	1	1	1	1				18
P1D	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
P1G	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
P2D	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
P2G	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
PA	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
PAI	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
PAN	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
PAU	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
PAV	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
PAZ	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
PB	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
PCV	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
PDM	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
PEG	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
PEX	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
PH1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
PH2	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
PH4	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
PH7	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
PHN	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
PII	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
PIL	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
PIO	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
PIV	1	1	1	1	1	1	1	1	1				

Code prestation	Qualité du bénéficiaire												
	Assuré	Ascendant, descendant, collatéraux ascendants	Conjoint	Conjoint divorcé	Concubin	Conjoint séparé	Enfant	Conjoint veuf	Autre ayant-droit	Age min		Age max	
										mois	années	mois	années
PM2	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
PM4	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
PMH	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
PMR	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
POC	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
POD	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
POG	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
PPH	1	1	1	1	1	1	1	1	1		75		
PPI	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
PPN	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
PPP	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
PPR	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
PPS	1	1	1	1	1	1	1	1	1		75		
PTG	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
RNM	1	1	1	1	1	1	1	1	1		6		50
RNO	1	1	1	1	1	1	1	1	1		6		51
S01	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
SES	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
SF	1	0	1	1	1	1	1	1	1				
SFI	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
SGA	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
SGE	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
SGN	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
SGS	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
SLA	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
SP	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
STH	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
SUI	1	1	1	1	1	1	1	1	1				

Code prestation	Qualité du bénéficiaire												
	Assuré	Ascendant, descendant, collatéraux ascendants	Conjoint	Conjoint divorcé	Concubin	Conjoint séparé	Enfant	Conjoint veuf	Autre ayant-droit	Age min		Age max	
										mois	années	mois	années
SV1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
SV2	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
SV3	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
SV4	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
TAC	1	1	1	1	1	1	1	1	1		18		
TB	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
TC	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
TCA	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
TCG	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
TCP	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
TDR	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
TDT	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
TE1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
TE2	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
TEP	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
THR	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
TLC	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
TLD	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
TLE	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
TLL	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
TLM	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
TLS	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
TNS	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
TO	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
TRD	1	1	1	1	1	1	1	1	1		3		
TSA	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
TSF	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
TSM	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
TTE	1	1	1	1	1	1	1	1	1				

Code prestation	Qualité du bénéficiaire												
	Assuré	Ascendant, descendant, collatéraux ascendants	Conjoint	Conjoint divorcé	Concubin	Conjoint séparé	Enfant	Conjoint veuf	Autre ayant-droit	Age min		Age max	
										mois	années	mois	années
UPH	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
V	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
V01	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
V02	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
V03	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
V04	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
VDC	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
VEH	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
VER	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
VG	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
VGP	1	1	1	1	1	1	1	1	1		18		
VGS	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
VL	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
VM1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
VM2	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
VM3	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
VM4	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
VM5	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
VM6	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
VM7	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
VNP	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
VRD	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
VRM	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
VRN	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
VRS	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
VS	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
VU1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
VU2	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
VU3	1	1	1	1	1	1	1	1	1				

Code prestation	Qualité du bénéficiaire												
	Assuré	Ascendant, descendant, collatéraux ascendants	Conjoint	Conjoint divorcé	Concubin	Conjoint séparé	Enfant	Conjoint veuf	Autre ayant-droit	Age min		Age max	
										mois	années	mois	années
VU4	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
VU5	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
VU6	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
VU7	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
Z	1	1	1	1	1	1	1	1	1				

Table 3bis Table d'incompatibilité entre des codes actes et une situation particulière

Situation particulière	Code prestation	Groupe fonctionnel général	Groupe fonctionnel détail
Victime d'Attentat	Tous	Soins dentaires	Forfait CMU-C
Victime d'Attentat	Tous	Optique	CMU-C

Table 4 Table des compatibilités entre les codes prestation et plusieurs concepts (nature d'assurance, coefficient,...)

N = NON, O = OUI

(*) Si le coefficient n'est pas saisi par le Professionnel de Santé, il doit être renseigné à 1 par défaut.

S'il n'y a pas nécessité d'un coefficient, la seule valeur acceptée dans la facture est la valeur 1.

(**) le contrôle de compatibilité est effectué avec l'acte support auquel la majoration ou le forfait est rattaché.

(***) T.R. Théorique à appliquer pour tous les régimes hormis : SNCF, CRPCEN

(****) T₀ = 01/07/10

(*****) la nécessité d'une prescription est contrôlée par rapport à l'acte support associé.

Remarque : Cette table ne contient pas les codes prestation CCAM

Code prestation	Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance				Nécessité d'une prescription	Nécessité d'un coefficient (*)	Valeurs minimales et maximales du coefficient	Compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement	Compatibilité de l'acte avec un complément (**)			T.R théorique (***)	T.R. théorique CRPCEN	Date d'effet des taux (****)
	Maladie	Maternité	Accident du Travail	Soins Médicaux Gratuits					Férié	Nuit	Urgence			
AAD	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	02/05/11
AAR	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	02/05/11
AIS	O	O	O	O	O	O	[1,5 ; 16]	O	O	O	N	60	80	T ₀
AKI	O	O	O	O	N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	01/01/19
AKS	O	O	O	O	N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	01/01/19
AMC	O	O	O	O	O	O	]0 ; 28]	O	O	O	N	60	80	T ₀
AMI	O	O	O	O	O	O	]0 ; 20]	O	O	O	N	60	80	T ₀
AMK	O	O	O	O	O	O	]0 ; 28]	O	O	O	N	60	80	T ₀
AMO	O	O	O	O	O	O	[2,5 ; 40]	O	N	N	N	60	80	T ₀
AMP	O	O	O	O	O	O	]0 ; 6]	O	O	O	N	60	80	T ₀
AMS	O	O	O	O	O	O	]0 ; 10,7]	O	O	O	N	60	80	T ₀

Code prestation	Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance				Nécessité d'une prescription	Nécessité d'un coefficient (*)	Valeurs minimales et maximales du coefficient	Compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement	Compatibilité de l'acte avec un complément (**)			T.R théorique (***)	T.R. théorique CRPCEN	Date d'effet des taux (****)
	Maladie	Maternité	Accident du Travail	Soins Médicaux Gratuits					Férié	Nuit	Urgence			
AMX	O	O	O	O	O	O	]0 ; 32]	O	O	O	N	60	80	01/01/20
AMY	O	O	O	O	O	O	[2 ; 30,5]	O	O	O	N	60	80	T ₀
AOI	O	O	O	O	N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	01/01/19
AOS	O	O	O	O	N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	01/01/19
APA	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/01/21
APC	O	O	O	O	N	N	[1 ; 1]	N	O	O	O	70	85	01/10/17
APU	O	O	O	O	N	N	[1 ; 1]	N	O	O	O	70	85	01/10/17
APV	O	O	O	O	N	N	[1 ; 1]	O	O	O	O	70	85	01/10/17
APY	O	O	O	O	N	N	[1 ; 1]	N	O	O	O	70	85	01/10/17
ARO	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	02/05/11
ASI	O	O	O	O	N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	01/01/19
ASS	O	O	O	O	N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	01/01/19
ATD	O	O	O	N	so	N	[1 ; 1]	N(**)	N	N	N	100	100	T ₀
ATL	O	O	O	N	so	N	[1 ; 1]	N(**)	N	N	N	100	100	T ₀
AVY	O	O	O	O	N	N	[1 ; 1]	O	O	O	O	70	85	01/10/17
B	O	O	O	O	O	O	[1 ; 9999]	N	N	N	N	60	75	T ₀
BDC	O	O	N	N	N	N	[1 ; 1]	O	N	N	N	100	100	T ₀
BDX	O	O	N	N	so	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	08/08/20
BMI	O	N	O	O	N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	01/01/19
BMS	O	N	O	O	N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	01/01/19
BMT	O	N	O	O	N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	01/01/19
BR2	O	O	N	N	N	N	[1 ; 1]	O	N	N	N	100	100	T ₀

Code prestation	Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance				Nécessité d'une prescription	Nécessité d'un coefficient (*)	Valeurs minimales et maximales du coefficient	Compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement	Compatibilité de l'acte avec un complément (**)			T.R théorique (***)	T.R. théorique CRPCEN	Date d'effet des taux (****)
	Maladie	Maternité	Accident du Travail	Soins Médicaux Gratuits					Férié	Nuit	Urgence			
BR4	O	O	N	N	N	N	[1 ; 1]	O	N	N	N	100	100	T ₀
BRP	O	O	N	N	N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	08/08/20
BSA	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	O	O	N	60	80	01/01/20
BSB	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	O	O	N	60	80	01/01/20
BSC	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	O	O	N	60	80	01/01/20
C	O	O	O	O	N	O	]0;7,5]	N	O	O	N	70	85	T ₀
CA	e	e	N	N	N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	70	85	T ₀
CBX	O	O	O	O	N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	70	85	08/08/20
CCP	O	N	N	N	N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	01/11/17
CDE	O	O	N	O	N	N	[1 ; 1]	O	N	N	N	70	85	26/03/12
CGP	O	O	N	O	N	N	[1 ; 1]	O	N	N	N	70	85	01/11/17
CNP	O	O	O	O	N	O	]0,8;2,5]	N	O	O	N	70	85	T ₀
COA	O	N	N	O	N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	01/04/20
COB	O	N	N	O	N	N	[1 ; 1]	O	N	N	N	100	100	01/09/19
COD	O	N	N	O	N	N	[1 ; 1]	O	N	N	N	100	100	01/09/19
COE	O	O	N	N	N	N	[1 ; 1]	O	N	so	so	100	100	01/05/17
COG	O	N	N	O	N	N	[1 ; 1]	O	N	N	N	100	100	01/09/19
COH	O	N	N	O	N	N	[1 ; 1]	O	N	N	N	100	100	01/09/19
COM	O	N	N	O	N	N	[1 ; 1]	O	N	N	N	100	100	01/09/19
COR	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	02/05/11
CPM	O	O	N	O	so N	N	[1 ; 1]	N (**)	so	so	so	70	85	01/11/17
CRD	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N (**)	so	so	so	70	85	T ₀

Code prestation	Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance				Nécessité d'une prescription	Nécessité d'un coefficient (*)	Valeurs minimales et maximales du coefficient	Compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement	Compatibilité de l'acte avec un complément (**)			T.R théorique (***)	T.R. théorique CRPCEN	Date d'effet des taux (****)
	Maladie	Maternité	Accident du Travail	Soins Médicaux Gratuits					Férié	Nuit	Urgence			
CRM	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N(**)	so	so	so	70	85	T ₀
CRN	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N(**)	so	so	so	70	85	T ₀
CRS	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N(**)	so	so	so	70	85	T ₀
CS	O	O	O	O	N	N	[1 ; 1]	N	O	O	N	70	85	T ₀
CSC	O	O	O	O	N	N	[1 ; 1]	N	O	O	N	70	85	T ₀
CSE	O	O	N	O	N	N	[1 ; 1]	O	N	N	N	70	85	10/02/19
CSM	O	O	N	O	N	N	[1 ; 1]	O	N	N	N	70	85	01/11/17
CSO	O	O	N	O	N	N	[1 ; 1]	O	N	N	N	70	85	01/11/17
CTE	O	O	N	O	N	N	[1 ; 1]	O	N	N	N	70	85	10/02/19
DAD	O	O	O	O	N	N	[1 ; 1]	SO	N	N	N	100	100	01/01/20
DAP	N	N	N	O	so N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	sans objet	T ₀
DAT	N	N	O	N	so N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	sans objet	03/04/15
DCC	O	N	N	N	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	01/01/15
DDT	O	O	O	N	so	N	[1 ; 1]	N(**)	so	so	so	100	100	01/07/17
DHT	O	O	O	N	so	N	[1 ; 1]	N(**)	so	so	so	100	100	01/07/17
DI	O	O	O	O	O	O	[1 ; 2,5] [1 ; 1,5]	O	N	N	N	60	80	T ₀
DLT	O	O	O	N	so	N	[1 ; 1]	N(**)	so	so	so	100	100	01/07/17
DPS	N	N	N	O	so N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	sans objet	T ₀
DSP	N	O	N	O	so N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	10/02/2019
DVO	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	02/05/11
EPH	O	O	O	O	N	N	[1 ; 1]	O	N	N	N	70	85	01/11/17
FAD	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	O	N	N	N	60	80	01/07/18

Code prestation	Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance				Nécessité d'une prescription	Nécessité d'un coefficient (*)	Valeurs minimales et maximales du coefficient	Compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement	Compatibilité de l'acte avec un complément (**)			T.R théorique (***)	T.R. théorique CRPCEN	Date d'effet des taux (****)
	Maladie	Maternité	Accident du Travail	Soins Médicaux Gratuits					Férié	Nuit	Urgence			
FDA	O	O	N	N	so N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	0	0	T ₀
FDC	O	O	N	N	so N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	0	0	T ₀
FDO	O	O	N	N	so N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	0	0	T ₀
FDR	O	O	N	N	so N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	0	0	T ₀
FFC	O	N	N	O	N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	01/03/18
FFV	O	N	N	O	N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	01/03/18
FHV	O	N	N	N	N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	31/03/13
FIS	O	N	N	N	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	01/04/19
FMV	O	N	N	N	so N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	31/03/13
FOH	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	80	01/07/19
FOT	O	O	O	O	so O	N	[1 ; 1]	N(**)	N	N	N	60	80	24/12/17
FPB	O	N	N	N	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	01/04/16
FPC	O	O	N	N	so N	N	[1 ; 1]	N(**)	N	N	N	0	0	T ₀
FPE	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N	O	O	N	100	100	T₀
FPH	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	80	01/07/19
FPO	O	O	N	N	so N	N	[1 ; 1]	N(**)	N	N	N	0	0	T ₀
FRD	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	O	N	N	N	60	80	01/07/18
FSD	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	70	85	T ₀
FTN	O	O	O	O	N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	T ₀
FTR	O	O	O	O	N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	T ₀
FUB	O	N	N	N	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	01/04/16
G	O	O	O	O	N	N	[1 ; 1]	N	O	O	N	70	85	01/05/17

Code prestation	Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance				Nécessité d'une prescription	Nécessité d'un coefficient (*)	Valeurs minimales et maximales du coefficient	Compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement	Compatibilité de l'acte avec un complément (**)			T.R théorique (***)	T.R. théorique CRPCEN	Date d'effet des taux (****)
	Maladie	Maternité	Accident du Travail	Soins Médicaux Gratuits					Férié	Nuit	Urgence			
GLU	O	O	N	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	02/05/11
GS	O	O	O	O	N	N	[1 ; 1]	N	O	O	N	70	85	01/05/17
GS1	O	N	N	N	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	65	85	15/04/15
GS2	O	N	N	N	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	65	85	15/04/15
HC	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	01/01/15
HD1	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	01/01/15
HD2	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	15	15	01/01/15
HD4	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	30	45	01/01/15
HD7	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	65	85	01/01/15
HDA	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	70	85	01/01/19
												65	85	01/09/20
HDE	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	70	85	01/01/19
												65	85	01/09/20
HDR	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	70	85	01/01/19
												65	85	01/09/20
HDS	O	N	N	N	so O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	65	85	15/04/15
HG1	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	01/01/15
HG2	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	15	15	01/01/15
HG4	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	30	45	01/01/15
HG7	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	65	85	01/01/15
HN	O	O	O	O	N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	0	0	T ₀
IC	O	N	N	N	N	N	[1 ; 1]	N	so	so	so	100	100	01/04/16

Code prestation	Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance				Nécessité d'une prescription	Nécessité d'un coefficient (*)	Valeurs minimales et maximales du coefficient	Compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement	Compatibilité de l'acte avec un complément (**)			T.R théorique (***)	T.R. théorique CRPCEN	Date d'effet des taux (****)
	Maladie	Maternité	Accident du Travail	Soins Médicaux Gratuits					Férié	Nuit	Urgence			
ICS	O	N	N	N	N	N	[1 ; 1]	N	so	so	so	100	100	01/04/16
ID	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N(**)	so	so	so	Spécialités 30, 39, 40 : 60% Autres : 70%	Spécialités 30, 39, 40 : 80% Autres : 85%	T ₀
IF	O	O	O	O	so	N	[1 ; 1]		so	so	so	70	85	T ₀
IFA	O	O	O	O	so	N	[1 ; 1]		so	so	so	Spécialité 21 : 70 % Autres : 60 %	80	T ₀
IFI	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	O	O	O	N	60	80	01/01/20
IFN	O	O	O	O	so	N	[1 ; 1]		so	so	so	60	80	T ₀
IFO	O	O	O	O	so	N	[1 ; 1]		so	so	so	60	80	T ₀
IFP	O	O	O	O	so	N	[1 ; 1]		so	so	so	60	80	T ₀
IFR	O	O	O	O	so	N	[1 ; 1]		so	so	so	60	80	T ₀
IFS	O	O	O	O	so	N	[1 ; 1]		so	so	so	60	80	T ₀
IFV	O	N	O	O	so	N	[1 ; 1]	N(**)	so	so	so	60	80	01/07/19
IG	O	N	N	N	N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	07/12/17
IGR	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N(**)	so	so	so	70	85	01/11/17
IK	O	O	O	O	so	N	[1 ; 1]		so	so	so	100	100	T ₀
IKM	O	O	O	O	so	N	[1 ; 1]		so	so	so	100	100	T ₀
IKS	O	O	O	O	so	N	[1 ; 1]		so	so	so	100	100	T ₀
IPD	O	N	N	N	so N	N	[1 ; 1]	N(**)	N	N	N	100	100	07/12/17
IPE	O	N	N	N	N	N	[1 ; 1]	N	so	so	so	100	100	01/04/16

Code prestation	Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance				Nécessité d'une prescription	Nécessité d'un coefficient (*)	Valeurs minimales et maximales du coefficient	Compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement	Compatibilité de l'acte avec un complément (**)			T.R théorique (***)	T.R. théorique CRPCEN	Date d'effet des taux (****)
	Maladie	Maternité	Accident du Travail	Soins Médicaux Gratuits					Férié	Nuit	Urgence			
IVE	O	N	N	N	N	N	[1 ; 1]	N	so	so	so	100	100	01/04/16
K	O	O	O	O	N	O	[0,4 ; 30]	O	O	O	N	70	85	T ₀
KB	O	O	O	O	O	O	[2 ; 10]	O	O	O	N	60	80	T ₀
KMB	O	O	O	O	O	O	[1,5 ; 1,5]	O	O	O	N	70	85	T ₀
KMO	O	O	O	O	N	O	[2,5;40] [2,5;30]	O	N	N	N	70	85	T ₀
KTH	O	O	O	O	N	O	]0;3]	N	N	N	N	70	85	T ₀
LEN	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	02/05/11
LUN	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	02/05/11
M01	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/01/20
M02	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/01/20
M03	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/01/20
M04	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/01/20
MAC	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	02/05/11
MAD	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	02/05/11
MAF	O	O	N	O	so N	N	[1 ; 1]	N(**)	N	N	N	70	85	T ₀
MAS	O	O	N	O	N	N	[1 ; 1]	N(**)	N	N	N	70	85	T ₀
MAU	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N(**)	N	N	N	60	80	01/03/12
MAV	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N(**)	so	so	so	70	85	01/11/17
MBB	O	O	N	O	N	N	[1 ; 1]	N(**)	N	N	N	70	85	26/07/11
MCA	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N(**)	so	so	so	70	85	01/11/17
MCC	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N(**)	so	so	so	70	85	T ₀
MCD	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N(**)	N	N	N	70	85	30/01/15

Code prestation	Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance				Nécessité d'une prescription	Nécessité d'un coefficient (*)	Valeurs minimales et maximales du coefficient	Compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement	Compatibilité de l'acte avec un complément (**)			T.R théorique (***)	T.R. théorique CRPCEN	Date d'effet des taux (****)
	Maladie	Maternité	Accident du Travail	Soins Médicaux Gratuits					Férié	Nuit	Urgence			
MCE	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N (**)	so	so	so	70	85	T ₀
MCG	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N (**)	so	so	so	70	85	T ₀
MCI	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N (**)	N	N	N	60	80	01/03/12
MCS	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N (**)	so	so	so	70	85	T ₀
MCT	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N (**)	so	so	so	70	85	01/11/17
MCU	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N (**)	so	so	so	70	85	01/01/18
MD	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	70	85	T ₀
MDD	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	70	85	T ₀
MDI	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	70	85	T ₀
MDN	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	70	85	T ₀
MEG	O	O	N	O	so N	N	[1 ; 1]	N (**)	so	so	so	70	85	01/05/17
MEO	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	80	01/07/19
MEP	O	O	N	O	so N	N	[1 ; 1]	N (**)	so	so	so	70	85	01/05/17
MGE	Ø	Ø	Ø	Ø	N	N	[1 ; 1]	N (**)	so	so	so	70	85	T ₀
MHU	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	15 30	15 45	01/01/20 02/05/11
MIA	O	O	O	O	N	N	[1 ; 1]	N (**)	so	so	so	70	85	10/02/19
MIC	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N (**)	so	so	so	70	85	01/07/13
MIE	O	N	N	O	so	N	[1 ; 1]	N (**)	N	N	N	60	80	01/01/20
MIP	O	O	O	O	so	N	[1 ; 1]	N (**)	N	N	N	60	80	10/04/20
MIS	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N (**)	so	so	so	70	85	01/11/17

Code prestation	Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance				Nécessité d'une prescription	Nécessité d'un coefficient (*)	Valeurs minimales et maximales du coefficient	Compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement	Compatibilité de l'acte avec un complément (**)			T.R théorique (***)	T.R. théorique CRPCEN	Date d'effet des taux (****)
	Maladie	Maternité	Accident du Travail	Soins Médicaux Gratuits					Férié	Nuit	Urgence			
MM	O	O	O	O	so Spécialité 24 : O Autre : N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	Spécialité 24, 30, 39 : 60 % Autre 70 %	Spécialité 24, 30, 39 : 80% Autre : 85 %	To
MMF	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N (**)	so	so	so	70	85	01/11/17
MMM	O	O	N	O	so N	N	[1 ; 1]	N (**)	so	so	so	70	85	01/11/17
MNO	O	O	O	O	N	N	[1 ; 1]	N (**)	so	so	so	70	85	To
MNP	O	O	O	O	N	N	[1 ; 1]	N (**)	so	so	so	70	85	To
MPB	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N (**)	so	so	so	70	85	01/11/17
MPC	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	70	85	To
MPE	O	O	O	O	N	N	[1 ; 1]	N (**)	N	N	N	70	85	26/03/12
MPF	O	O	N	O	so N	N	[1 ; 1]	N (**)	N	N	N	70	85	To
MPI ²	O	O	O	O	so	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	To
MPJ	O	O	O	O	N	N	[1 ; 1]	N (**)	N	N	N	70	85	To
MPP	O	O	N	N	N	N	[1 ; 1]	N (**)	so	so	so	70	85	01/07/13
MPS	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N (**)	so	so	so	70	85	01/11/17
MPT	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N (**)	so	so	so	70	85	01/11/17
MRT	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N (**)	so	so	so	70	85	01/01/18
MS1	O	N	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/01/20
MS2	O	N	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/01/20

² Ce code prestation ne concerne pas le régime RSI

Code prestation	Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance				Nécessité d'une prescription	Nécessité d'un coefficient (*)	Valeurs minimales et maximales du coefficient	Compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement	Compatibilité de l'acte avec un complément (**)			T.R théorique (***)	T.R. théorique CRPCEN	Date d'effet des taux (****)
	Maladie	Maternité	Accident du Travail	Soins Médicaux Gratuits					Férié	Nuit	Urgence			
MSF	O	O	N	O	so N	N	[1 ; 1]	N(**)	N	N	N	70	85	10/02/19
MSH	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N(**)	N	N	N	70	85	01/07/13
MSP	O	O	N	O	so N	N	[1 ; 1]	N(**)	so	so	so	70	85	01/11/17
MTA	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N(**)	so	so	so	70	85	T ₀
MTJ	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N(**)	N	N	N	70	85	24/08/18
MTS	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N(**)	N	N	N	70	85	T ₀
MU	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N(**)	so	so	so	70	85	T ₀
MUT	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N(**)	so	so	so	70	85	01/01/18
NFE	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N(**)	so	so	so	70	85	01/05/17
NFP	O	O	N	O	so N	N	[1 ; 1]	N(**)	so	so	so	70	85	01/05/17
OME	O	O	N	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/07/14
OP1	O	O	N	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	02/05/11
OP2	O	O	N	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	02/05/11
OP3	O	O	N	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	02/05/11
OP4	O	O	N	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	02/05/11
OP5	O	O	N	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	02/05/11
OP6	O	O	N	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	02/05/11
OP7	O	O	N	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/07/14
OPC	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	T ₀
OPM	O	O	N	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	02/05/11
OPT	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	02/05/11
ORP	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	T ₀

Code prestation	Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance				Nécessité d'une prescription	Nécessité d'un coefficient (*)	Valeurs minimales et maximales du coefficient	Compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement	Compatibilité de l'acte avec un complément (**)			T.R théorique (***)	T.R. théorique CRPCEN	Date d'effet des taux (****)
	Maladie	Maternité	Accident du Travail	Soins Médicaux Gratuits					Férié	Nuit	Urgence			
ORT	O	O	O	O	N	O		N	N	N	N	70	100	T ₀
OV1	O	O	N	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/07/14
OV2	O	O	N	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/07/14
OV3	O	O	N	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/07/14
OV4	O	O	N	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/07/14
OV5	O	O	N	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/07/14
OV6	O	O	N	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/07/14
OV7	O	O	N	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/07/14
OV8	O	O	N	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/07/14
OV9	O	O	N	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/07/14
OVA	O	O	N	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/07/14
OVB	O	O	N	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/07/14
P1D	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/01/21
P1G	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/01/21
P2D	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/01/21
P2G	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/01/21
PA	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	02/05/11
PAI	O	O	O	O	O	O	[0 ; 3]	N	N	N	N	60	80	10/04/20
PAN	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	02/05/11
PAU	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	02/05/11
PAV	O	N	N	N	so N	N	[1 ; 1]	N (**)	N	N	N	0	0	T ₀
PAZ	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/01/2019

Code prestation	Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance				Nécessité d'une prescription	Nécessité d'un coefficient (*)	Valeurs minimales et maximales du coefficient	Compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement	Compatibilité de l'acte avec un complément (**)			T.R théorique (***)	T.R. théorique CRPCEN	Date d'effet des taux (****)
	Maladie	Maternité	Accident du Travail	Soins Médicaux Gratuits					Férié	Nuit	Urgence			
PB	O	O	O	O	O	O	[1,5 ; 5]	O	O	O	N	60	80	T ₀
PCV	O	O	N	O	N	N	[1 ; 1]	O	N	N	N	70	85	29/05/2019
PDM	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	T ₀
PEG	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N (**)	so	so	so	70	85	01/11/17
PEX	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	02/05/11
PH1	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	T ₀
PH2	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	15	15	T ₀
PH4	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	30	45	02/05/11
PH7	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	65	85	T ₀
PHN	O	O	O	O	N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	0	0	T ₀
PII	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	02/05/11
PIL	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/01/21
PIO	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	01/01/15
PIV	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N (**)	so	so	so	70	85	01/11/17
PM2	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	15	15	T ₀
PM4	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	30	45	02/05/11
PMH	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	15 30	15 45	01/01/20 02/05/11
PMR	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	65	85	T ₀
POC	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	T ₀
POD	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	O	N	N	N	60	80	T ₀
POG	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N (**)	so	so	so	70	85	01/11/17

Code prestation	Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance				Nécessité d'une prescription	Nécessité d'un coefficient (*)	Valeurs minimales et maximales du coefficient	Compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement	Compatibilité de l'acte avec un complément (**)			T.R théorique (***)	T.R. théorique CRPCEN	Date d'effet des taux (****)
	Maladie	Maternité	Accident du Travail	Soins Médicaux Gratuits					Férié	Nuit	Urgence			
PPH	O	N	N	N	N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	01/01/14
PPI	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	30	45	08/09/18
PPN	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N (**)	so	so	so	70	85	01/11/17
PPP	O	O	N	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	T ₀
PPR	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N (**)	so	so	so	70	85	01/11/17
PPS	O	N	N	N	N	O	[0,30 ; 1]	O	N	N	N	100	100	01/01/14
PTG	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N (**)	so	so	so	70	85	01/11/17
RNM	O	O	N	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	06/05/17
RNO	O	O	N	O	N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	70	85	01/05/15
S01	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/01/20
SES ³	O	O	N	O	N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	T ₀
SF	O	O	O	O	N	O	]0;151,2]	O	O	O	N	70	85	T ₀
SFI	O	O	O	O	O	O	]0;32]	O	O	O	N	70	80	T ₀
SGA	N	N	N	O	so N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	sans objet	T ₀
SGE	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N (**)	so	so	so	70	85	01/11/17
SGN	N	N	N	O	so N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	sans objet	T ₀
SGS	N	N	O	O	N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	sans objet	T ₀
SLA	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N (**)	so	so	so	70	85	01/11/17
SP	O	O	N	N	N	N	[1 ; 1]	O	O	O	N	70	85	T ₀
STH	O	O	O	O	N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	70	85	T ₀

³ Ce code prestation ne concerne pas le régime RSI

Code prestation	Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance				Nécessité d'une prescription	Nécessité d'un coefficient (*)	Valeurs minimales et maximales du coefficient	Compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement	Compatibilité de l'acte avec un complément (**)			T.R théorique (***)	T.R. théorique CRPCEN	Date d'effet des taux (****)
	Maladie	Maternité	Accident du Travail	Soins Médicaux Gratuits					Férié	Nuit	Urgence			
SUI	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	01/01/19
SV1	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/01/20
SV2	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/01/20
SV3	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/01/20
SV4	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/01/20
TAC	O	O	O	O	N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	01/01/19
TB	O	O	O	O	O	O	[1,5 ; 5]	O	O	O	N	60	80	T ₀
TC	O	O	O	O	N	O N	[1 ; 2,5 4]	N	O	O	N	70	85	15/09/18
TCA	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N (**)	so	so	so	70	85	01/11/17
TCG	O	O	O	O	N	N	[1 ; 1]	N	O	O	N	70	85	15/09/18
TCP	O	N	N	O	N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	15/02/15
TDR	O	O	N	O	so N	N	[1 ; 1]	SO	so	so	so	0	0	T ₀
TDT	O	N	N	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	29/10/17
TE1	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	10/02/19
TE2	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	10/02/19
TEP	O	N	N	O	N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	15/02/15
THR	O	O	O	O	N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	70	85	T ₀
TLC	O	N	N	O	N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	01/06/16
TLD	O	O	O	O	N	N	[1 ; 1]	O	O	O	N	60	80	01/01/20
TLE	O	N	N	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	01/06/16
TLL	O	O	O	O	N	N	[1 ; 1]	O	O	O	N	60	80	01/01/20
TLM	O	O	O	O	N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	01/10/19

Code prestation	Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance				Nécessité d'une prescription	Nécessité d'un coefficient (*)	Valeurs minimales et maximales du coefficient	Compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement	Compatibilité de l'acte avec un complément (**)			T.R théorique (***)	T.R. théorique CRPCEN	Date d'effet des taux (****)
	Maladie	Maternité	Accident du Travail	Soins Médicaux Gratuits					Férié	Nuit	Urgence			
TL5	O	O	O	O	N	N	[1 ; 1]	N	O	O	N	60	80	01/01/20
TNS	O	O	N	N	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	T ₀
TO	O	O	O	O	N	O	]0;200]	N	N	N	N	70	100	16/06/13
TRD	O	O	N	O	N	N	[1 ; 1]	N	O	O	N	70	80	01/01/20
TSA	O	O	N	O	O	N	[1 ; 1]	O	N	N	N	100	100	16/12/16
TSF	O	O	N	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	16/12/16
TSM	O	O	N	O	N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	16/12/16
TTE	O	N	N	O	N	N	[1 ; 1]	N	O	O	O	100	100	29/10/17
UPH	O	O	O	O	so O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	T ₀
V	O	O	O	O	N	N	[1 ; 7,5]	O	O	O	N	70	85	T ₀
V01	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/01/20
V02	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/01/20
V03	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/01/20
V04	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/01/20
VDC	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	T ₀
VEH	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	100	100	T ₀
VER	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	02/05/11
VG	O	O	O	O	N	N	[1 ; 1]	O	O	O	O	70	85	01/05/17
VGP	O	O	N	N	N	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	80	01/10/19
												70	80	1/11/19
VGS	O	O	O	O	N	N	[1 ; 1]	O	O	O	O	70	85	01/05/17
VL	O	O	N	O	N	N	[1 ; 1]	O	N	N	N	70	85	26/03/12

Code prestation	Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance				Nécessité d'une prescription	Nécessité d'un coefficient (*)	Valeurs minimales et maximales du coefficient	Compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement	Compatibilité de l'acte avec un complément (**)			T.R théorique (***)	T.R. théorique CRPCEN	Date d'effet des taux (****)
	Maladie	Maternité	Accident du Travail	Soins Médicaux Gratuits					Férié	Nuit	Urgence			
VM1	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/01/20
VM2	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/01/20
VM3	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/01/20
VM4	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/01/20
VM5	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/01/20
VM6	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/01/20
VM7	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/01/20
VNP	O	O	O	O	N	N	]0 ;2,5]	O	O	O	N	70	85	T ₀
VRD	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N (**)	so	so	so	70	85	T ₀
VRM	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N (**)	so	so	so	70	85	T ₀
VRN	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N (**)	so	so	so	70	85	T ₀
VRS	O	O	O	O	so N	N	[1 ; 1]	N (**)	so	so	so	70	85	T ₀
VS	O	O	O	O	N	N	[1 ; 1]	O	O	O	N	70	85	T ₀
VU1	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/01/20
VU2	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/01/20
VU3	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/01/20
VU4	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/01/20
VU5	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/01/20
VU6	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/01/20
VU7	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	60	85	01/01/20
Z	O	O	O	O	N	O	[1 ; 35]	O	O	O	N	70	85	T ₀

Table 4 bis Taux de remboursement de base d'un acte CCAM

	Taux de remboursement de base	Date d'effet des taux (****)
Tous régimes (sauf CRPCEN)	70%	T ₀
CRPCEN	85%	T ₀

(****) T₀: cf. Table 4

Table 5bis Prestations relatives au contexte d'«Urgence»

Nature de prestation	Complément de prestation	Acte CCAM	Modificateur CCAM
Toutes	N	Sans objet	Sans objet
Toutes	U	Sans objet	Sans objet
Toutes	F	Sans objet	Sans objet
Tout code regroupement	Sans objet	Tous^(*)	M
Tout code regroupement	Sans objet	Tous^(*)	U
Tout code regroupement	Sans objet	Tous^(*)	P
Tout code regroupement	Sans objet	Tous^(*)	F
Tout code regroupement	Sans objet	Tous^(*)	S

^(*)Tout acte CCAM compatible avec le modificateur cf. Annexe 1-A1 règle RC3 .

Table 6 Table des codes prestation susceptibles d'être soumis à la formalité de l'entente préalable



Remarque : Cette table ne contient pas les codes prestation CCAM

Code prestation	Spécialité de l'exécutant
AIS	24
AIS	86
AMC	26
AMI	24
AM	86
AMK	26
AMO	28
AMP	27
AMS	26
AMY	29
K	05
K	18
ORT	45
TO	19
TO	36
TO	53

Table 7 Table des compatibilités entre les codes prestation et le qualificatif de la dépense

0 = NON, 1 = OUI, SO = Sans Objet

0 = NON ou sans objet, 1 = OUI, SO = Sans Objet

Code prestation	Gratuit	Déplacement non prescrit	Dépassement exigence	Entente directe	Non Rembour-sable	Dépassement Autorisé	CUMUL Dépassement Autorisé + Entente Directe	Prise en charge SMG
AAD	1	0	0	0	1	0	0	1
AAR	1	0	0	0	1	0	0	1
ACO	1	0	1	0	1	1	0	1
ADA	1	0	1	0	1	1	0	1
ADC	1	0	1	0	1	1	0	1
ADE	1	0	1	0	1	1	0	1
ADI	1	0	1	0	1	1	0	1
AIS	1	1	1	0	1	0	0	1
AKI	0	0	0	0	1	0	0	1
AKS	0	0	0	0	1	0	0	1
AMC	1	0	1	0	1	0	0	1
AMI	1	1	1	0	1	0	0	1
AMK	1	0	1	0	1	0	0	1
AMO	1	0	1	0	1	0	0	1
AMP	1	0	1	0	1	0	0	1
AMS	1	0	1	0	1	0	0	1
AMX	1	1	1	0	1	0	0	1
AMY	1	0	1	0	1	0	0	1
AOI	0	0	0	0	1	0	0	1
AOS	0	0	0	0	1	0	0	1
APC	1	0	1	0	1	1	0	1
APU	1	0	1	0	1	1	0	1
APV	1	0	1	0	1	1	0	1
APY	1	0	1	0	1	1	0	1
ARO	1	0	0	0	1	0	0	1
ASI	0	0	0	0	1	0	0	1
ASS	0	0	0	0	1	0	0	1
ATD	0	0	1	1	0	0	0	0
ATL	0	0	1	1	0	0	0	0
ATM	1	0	1	0	1	1	0	1
AVY	1	0	1	0	1	1	0	1

Code prestation	Gratuit	Déplacement non prescrit	Dépassement exigence	Entente directe	Non Rembour-sable	Dépassement Autorisé	CUMUL Dépassement Autorisé + Entente Directe	Prise en charge SMG
APA	1	0	0	0	1	0	0	1
AXI	1	0	1	1	1	1	1	1
B	1	0	1	0	1	0	0	1
BDC	1	0	0	0	0 SO	0	0	0
BDX	1	0	0	0	0	0	0	0
BMI	0	0	0	0	1	0	0	1
BMS	0	0	0	0	1	0	0	1
BMT	0	0	0	0	1	0	0	1
BR1	1	0	0	1	1	0	0	1
BR2	1	0	0	0	0 SO	0	0	0
BR4	1	0	0	0	0 SO	0	0	0
BRP	1	0	0	0	0	0	0	0
BSA	1	1	1	0	1	0	0	1
BSB	1	1	1	0	1	0	0	1
BSC	1	1	1	0	1	0	0	1
C	1	0	1	0	1	1	0	1
CA	1	0	1	0	0	1	0	0
CBX	1	0	0	0	1	0	0	1
CCP	1	0	1	0	1	1	0	0
CDE	1	0	1	0	1	1	0	1
CGP	1	0	1	0	1	1	0	1
CM0	1	0	0	1	1	0	0	1
CNP	1	0	1	0	1	1	0	1
COA	1	0	1	0	1	0	0	1
COB	1	0	1	0	1	0	0	1
COD	1	0	1	0	1	0	0	1
COE	1	0	1	0	1	0	0	0
COG	1	0	1	0	1	0	0	1
COH	1	0	1	0	1	0	0	1
COM	1	0	1	0	1	0	0	1
COR	1	0	0	0	1	0	0	1
CPM	1	0	0	0	1	0	0	1
CRD	1	0	0	0	1	0	0	1
CRM	1	0	0	0	1	0	0	1
CRN	1	0	0	0	1	0	0	1
CRS	1	0	0	0	1	0	0	1
CS	1	0	1	0	1	1	0	1

Code prestation	Gratuit	Déplacement non prescrit	Dépassement exigence	Entente directe	Non Rembour-sable	Dépassement Autorisé	CUMUL Dépassement Autorisé + Entente Directe	Prise en charge SMG
CSC	1	0	1	0	1	1	0	1
CSE	1	0	1	0	1	1	0	1
CSM	1	0	1	0	1	1	0	1
CSO	1	0	1	0	1	1	0	1
CT0	1	0	0	1	1	0	0	1
CT1	1	0	0	1	1	0	0	1
CTE	1	0	1	0	1	1	0	1
CZ0	1	0	0	1	1	0	0	1
CZ1	1	0	0	1	1	0	0	1
DAD	0	0	0	0	1	0	0	1
DAP	0	0	0	0	0	0	0	1
DAT	0	0	0	0	0	0	0	0
DCC	0	0	0	0	1	0	0	0
DDT	0	0	0	0	0	0	0	0
DHT	0	0	0	0	0	0	0	0
DI	1	1	0	0	1	0	0	1
DLT	0	0	0	0	0	0	0	0
DPS	0	0	0	0	0	0	0	1
DSP	1	0	0	0	1	0	0	1
DVO	1	0	0	0	1	0	0	1
END	1	0	1	1	1	1	1	1
EPH	1	0	1	0	1	1	0	1
FAD	1	0	0	0	1	0	0	1
FDA	0	0	0	0	1	0	0	0
FDC	0	0	0	0	1	0	0	0
FDO	0	0	0	0	1	0	0	0
FDR	0	0	0	0	1	0	0	0
FFC	1	0	0	0	1	0	0	1
FFV	1	0	0	0	1	0	0	1
FHV	1	0	0	0	1	0	0	0
FIS	1	0	0	0	1	0	0	0
FMV	1	0	0	0	1	0	0	0
FOH	1	0	0	0	1	0	0	1
FOT	1	0	0	0	1	0	0	1
FPB	1	0	0	0	1	0	0	0
FPC	0	0	0	0	1	0	0	0
FPE	0	0	1	0	1	0	0	1

Code prestation	Gratuit	Déplacement non prescrit	Dépassement exigence	Entente directe	Non Rembour-sable	Dépassement Autorisé	CUMUL Dépassement Autorisé + Entente Directe	Prise en charge SMG
FPH	1	0	0	0	1	0	0	1
FPO	0	0	0	0	1	0	0	0
FRD	1	0	0	0	1	0	0	1
FSD	1	0	1	0	1	0	0	1
FTN	1	0	0	0	1	0	0	1
FTR	1	0	0	0	1	0	0	1
FUB	1	0	0	0	1	0	0	0
G	1	0	1	0	1	1	0	1
GLU	1	0	0	0	1	0	0	1
GS	1	0	1	0	1	1	0	1
GS1	0	0	0	0	1	0	0	0
GS2	0	0	0	0	1	0	0	0
HC	1	0	0	0	1	0	0	1
HD1	1	0	0	0	1	0	0	1
HD2	1	0	0	0	1	0	0	1
HD4	1	0	0	0	1	0	0	1
HD7	1	0	0	0	1	0	0	1
HDA	0	0	0	0	1	0	0	1
HDE	0	0	0	0	1	0	0	1
HDR	0	0	0	0	1	0	0	1
HDS	1	0	0	0	1	0	0	0
HG1	1	0	0	0	1	0	0	1
HG2	1	0	0	0	1	0	0	1
HG4	1	0	0	0	1	0	0	1
HG7	1	0	0	0	1	0	0	1
HN	0	0	0	0	1	0	0	1
IC	1	0	0	0	1	0	0	0
IC0	1	0	0	1	1	0	0	1
IC1	1	0	0	1	1	0	0	1
ICO	1	0	1	1	1	1	1	1
ICS	1	0	0	0	1	0	0	0
ID	0 se	0 se	0 se	0 se	1	0	0	1
IF	0 se	0 se	0 se	0 se	1	0	0	1
IFA	0 se	0 se	0 se	0 se	1	0	0	1
IFI	1	1	1	0	1	0	0	1
IFN	0 se	0 se	0 se	0 se	1	0	0	1
IFO	0 se	0 se	0 se	0 se	1	0	0	1

Code prestation	Gratuit	Déplacement non prescrit	Dépassement exigence	Entente directe	Non Rembour-sable	Dépassement Autorisé	CUMUL Dépassement Autorisé + Entente Directe	Prise en charge SMG
IFP	0 SE	0 SE	0 SE	0 SE	1	0	0	1
IFR	0 SE	0 SE	0 SE	0 SE	1	0	0	1
IFS	0 SE	0 SE	0 SE	0 SE	1	0	0	1
IFV	0 SE	0 SE	0 SE	0 SE	1	0	0	1
IG	1	0	0	0	1	0	0	0
IGR	1	0	0	0	1	0	0	1
IK	SE 1	0 SE	0 SE	0 SE	1	0	0	1
IKM	SE 1	0 SE	0 SE	0 SE	1	0	0	1
IKS	SE 1	0 SE	0 SE	0 SE	1	0	0	1
IMP	1	0	1	1	1	0	0	1
IN1	1	0	0	1	1	0	0	1
INO	1	0	1	1	1	1	1	1
IPD	1	0	0	0	1	0	0	0
IPE	1	0	0	0	1	0	0	0
IVE	1	0	0	0	1	0	0	0
K	1	0	1	0	1	1	0	1
KB	1	0	1	0	1	0	0	1
KMB	1	0	1	0	1	0	0	1
KMO	1	0	1	0	1	1	0	1
KTH	1	0	0	0	1	1	0	1
LEN	1	0	0	0	1	0	0	1
LUN	1	0	0	0	1	0	0	1
M01	1	0	0	0	1	0	0	1
M02	1	0	0	0	1	0	0	1
M03	1	0	0	0	1	0	0	1
M04	1	0	0	0	1	0	0	1
MAC	1	0	0	0	1	0	0	1
MAD	1	0	0	0	1	0	0	1
MAF	1	0	0	0	1	0	0	1
MAS	1	0	0	0	1	0	0	1
MAU	1	0	0	0	1	0	0	1
MAV	1	0	0	0	1	0	0	1
MBB	1	0	0	0	1	0	0	1
MCA	1	0	0	0	1	0	0	1
MCC	0	0	0	0	1	0	0	1
MCD	0	0	0	0	1	0	0	1
MCE	0	0	0	0	1	0	0	1

Code prestation	Gratuit	Déplacement non prescrit	Dépassement exigence	Entente directe	Non Rembour-sable	Dépassement Autorisé	CUMUL Dépassement Autorisé + Entente Directe	Prise en charge SMG
MCG	0	0	0	0	1	0	0	1
MCI	1	0	0	0	1	0	0	1
MCS	0	0	0	0	1	0	0	1
MCT	1	0	0	0	1	0	0	1
MCU	1	0	0	0	1	0	0	1
MD	1	0	0	0	1	0	0	1
MDD	1	0	0	0	1	0	0	1
MDI	1	0	0	0	1	0	0	1
MDN	1	0	0	0	1	0	0	1
MEG	1	0	0	0	1	0	0	1
MEO	1	0	0	0	1	0	0	1
MEP	1	0	0	0	1	0	0	1
MGE	0	0	0	0	1	0	0	1
MHU	1	0	0	0	1	0	0	1
MIA	1	0	0	0	1	0	0	1
MIC	1	0	0	0	1	0	0	1
MIE	1	0	0	0	1	0	0	1
MIP	1	1	1	0	1	0	0	1
MIS	1	0	0	0	1	0	0	1
MM	1	Spécialité 24 : 1 Autre : 0	0	0	1	0	0	1
MMF	1	0	0	0	1	0	0	1
MMM	1	0	0	0	1	0	0	1
MNO	0	0	0	0	1	0	0	1
MNP	0	0	0	0	1	0	0	1
MPB	1	0	0	0	1	0	0	1
MPC	0	0	0	0	1	0	0	1
MPE	1	0	0	0	1	0	0	1
MPF	1	0	0	0	1	0	0	1
MPI	0 SO	0	0	0	1	0	0	1
MPJ	0	0	0	0	1	0	0	1
MPP	1	0	0	0	1	0	0	1
MPS	1	0	0	0	1	0	0	1
MPT	1	0	0	0	1	0	0	1
MRT	1	0	0	0	1	0	0	1
MS1	1	0	0	0	1	0	0	1

Code prestation	Gratuit	Déplacement non prescrit	Dépassement exigence	Entente directe	Non Rembour-sable	Dépassement Autorisé	CUMUL Dépassement Autorisé + Entente Directe	Prise en charge SMG
MS2	1	0	0	0	1	0	0	1
MSF	1	0	0	0	1	0	0	1
MSH	1	0	0	0	1	0	0	1
MSP	1	0	0	0	1	0	0	1
MTA	0	0	0	0	1	0	0	1
MTJ	1	0	0	0	1	0	0	1
MTS	1	0	0	0	1	0	0	1
MU	0	0	0	0	1	0	0	1
MUT	1	0	0	0	1	0	0	1
NFE	1	0	0	0	1	0	0	1
NFP	1	0	0	0	1	0	0	1
OME	0	0	0	0	1	0	0	1
OP1	0	0	0	0	1	0	0	1
OP2	0	0	0	0	1	0	0	1
OP3	0	0	0	0	1	0	0	1
OP4	0	0	0	0	1	0	0	1
OP5	0	0	0	0	1	0	0	1
OP6	0	0	0	0	1	0	0	1
OP7	0	0	0	0	1	0	0	1
OPC	1	0	0	0	1	0	0	1
OPM	0	0	0	0	1	0	0	1
OPT	1	0	0	0	1	0	0	1
ORP	1	0	0	0	1	0	0	1
ORT	1	0	1	1	1	0	1	1
OV1	0	0	0	0	1	0	0	1
OV2	0	0	0	0	1	0	0	1
OV3	0	0	0	0	1	0	0	1
OV4	0	0	0	0	1	0	0	1
OV5	0	0	0	0	1	0	0	1
OV6	0	0	0	0	1	0	0	1
OV7	0	0	0	0	1	0	0	1
OV8	0	0	0	0	1	0	0	1
OV9	0	0	0	0	1	0	0	1
OVA	0	0	0	0	1	0	0	1
OVB	0	0	0	0	1	0	0	1
P1D	1	0	0	0	1	0	0	1
P1G	1	0	0	0	1	0	0	1

Code prestation	Gratuit	Déplacement non prescrit	Dépassement exigence	Entente directe	Non Rembour-sable	Dépassement Autorisé	CUMUL Dépassement Autorisé + Entente Directe	Prise en charge SMG
P2D	1	0	0	0	1	0	0	1
P2G	1	0	0	0	1	0	0	1
PA	1	0	0	0	1	0	0	1
PA0	1	0	0	1	1	0	0	1
PA1	1	0	0	1	1	0	0	1
PAI	1	1	1	0	1	0	0	1
PAM	1	0	1	1	1	1	1	1
PAN	1	0	0	0	1	0	0	1
PAR	1	0	1	1	1	1	1	1
PAU	1	0	0	0	1	0	0	1
PAV	0	0	0	0	0	0	0	0
PAZ	1	0	0	0	1	0	0	1
PB	1	0	1	0	1	0	0	1
PCV	1	0	0	0	1	0	0	1
PDM	1	0	0	0	1	0	0	1
PDT	1	0	1	1	1	1	1	1
PEG	1	0	0	0	1	0	0	1
PEX	1	0	0	0	1	0	0	1
PF0	1	0	0	1	1	0	0	1
PF1	1	0	0	1	1	0	0	1
PFC	1	0	1	1	1	1	1	1
PFM	1	0	1	1	1	1	1	1
PH1	1	0	0	0	1	0	0	1
PH2	1	0	0	0	1	0	0	1
PH4	1	0	0	0	1	0	0	1
PH7	1	0	0	0	1	0	0	1
PHN	0	0	0	0	1	0	0	1
PII	1	0	0	0	1	0	0	1
PIL	1	0	0	0	1	0	0	1
PIO	1	0	0	0	1	0	0	1
PIV	1	0	0	0	1	0	0	1
PM2	1	0	0	0	1	0	0	1
PM4	1	0	0	0	1	0	0	1
PMH	1	0	0	0	1	0	0	1
PMR	1	0	0	0	1	0	0	1
POC	1	0	0	0	1	0	0	1
POD	1	0	0	0	1	0	0	1

Code prestation	Gratuit	Déplacement non prescrit	Dépassement exigence	Entente directe	Non Rembour-sable	Dépassement Autorisé	CUMUL Dépassement Autorisé + Entente Directe	Prise en charge SMG
POG	1	0	0	0	1	0	0	1
PPH	0	0	0	0	1	0	0	0
PPI	1	0	0	0	1	0	0	1
PPN	1	0	0	0	1	0	0	1
PPP	1	0	0	0	1	0	0	1
PPR	1	0	0	0	1	0	0	1
PPS	0	0	0	0	1	0	0	0
PT0	1	0	0	1	1	0	0	1
PTG	1	0	0	0	1	0	0	1
RA0	1	0	0	1	1	0	0	1
RE1	1	0	0	1	1	0	0	1
RF0	1	0	0	1	1	0	0	1
RNM	1	0	0	0	1	0	0	1
RNO	1	0	0	0	1	0	0	1
RPN	1	0	1	1	1	1	1	1
RS0	1	0	0	1	1	0	0	1
S01	1	0	0	0	1	0	0	1
SDE	1	0	1	1	1	1	1	1
SES	1	0	1	0	1	0	0	1
SF	1	1	1	0	1	0	0	1
SFI	1	1	1	0	1	0	0	1
SGA	0	0	0	0	0	0	0	1
SGE	1	0	0	0	1	0	0	1
SGN	0	0	0	0	1	0	0	1
SGS	0	0	0	0	0	0	0	1
SLA	1	0	0	0	1	0	0	1
SP	1	0	1	0	1	0	0	0
STH	1	0	0	0	1	1	0	1
SU0	1	0	0	1	1	0	0	1
SU1	1	0	0	1	1	0	0	1
SUI	1	0	0	0	1	0	0	1
SV1	1	0	0	0	1	0	0	1
SV2	1	0	0	0	1	0	0	1
SV3	1	0	0	0	1	0	0	1
SV4	1	0	0	0	1	0	0	1
TAC	0	0	0	0	1	0	0	1
TB	1	0	1	0	1	0	0	1

Code prestation	Gratuit	Déplacement non prescrit	Dépassement exigence	Entente directe	Non Rembour-sable	Dépassement Autorisé	CUMUL Dépassement Autorisé + Entente Directe	Prise en charge SMG
TC	1	0	1	0	1	1	0	1
TCA	1	0	0	0	1	0	0	1
TCG	1	0	1	0	1	1	0	1
TCP	1	0	0	0	1	0	0	1
TDR	1	0	0	0	1	0	0	1
TDS	1	0	1	1	1	1	1	1
TDT	1	0	0	0	1	0	0	1
TE1	1	0	0	0	1	0	0	1
TE2	1	0	0	0	1	0	0	1
TEP	1	0	0	0	1	0	0	1
THR	1	0	0	0	1	1	0	1
TLC	1	0	0	0	1	0	0	1
TLD	1	1	1	0	1	0	0	1
TLE	1	0	0	0	1	0	0	1
TLL	1	1	1	0	1	0	0	1
TLM	0	0	0	0	1	0	0	1
TLS	1	1	1	0	1	0	0	1
TNS	0	0	0	0	1	0 SE	0 SE	0
TO	1	0	1	1	1	0	0	1
TRD	0	0	0	0	1	0	0	1
TSA	1	0	0	0	1	0	0	1
TSF	1	0	0	0	1	0	0	1
TSM	1	0	0	0	1	0	0	1
TTE	1	0	0	0	1	0	0	1
UPH	1	0	0	0	1	0	0	1
V	1	0	1	0	1	0	0	1
V01	1	0	0	0	1	0	0	1
V02	1	0	0	0	1	0	0	1
V03	1	0	0	0	1	0	0	1
V04	1	0	0	0	1	0	0	1
VDC	1	0	0	0	1	0	0	1
VEH	1	0	0	0	1	0	0	1
VER	1	0	0	0	1	0	0	1
VG	1	0	1	0	1	1	0	1
VGP	1	0	0	0	1	0	0	1
VGS	1	0	1	0	1	1	0	1
VL	1	0	1	0	1	1	0	1

Code prestation	Gratuit	Déplacement non prescrit	Dépassement exigence	Entente directe	Non Rembour-sable	Dépassement Autorisé	CUMUL Dépassement Autorisé + Entente Directe	Prise en charge SMG
VM1	1	0	0	0	1	0	0	1
VM2	1	0	0	0	1	0	0	1
VM3	1	0	0	0	1	0	0	1
VM4	1	0	0	0	1	0	0	1
VM5	1	0	0	0	1	0	0	1
VM6	1	0	0	0	1	0	0	1
VM7	1	0	0	0	1	0	0	1
VNP	1	0	1	0	1	1	0	1
VRD	1	0	0	0	1	0	0	1
VRM	1	0	0	0	1	0	0	1
VRN	1	0	0	0	1	0	0	1
VRS	1	0	0	0	1	0	0	1
VS	1	0	1	0	1	1	0	1
VU1	1	0	0	0	1	0	0	1
VU2	1	0	0	0	1	0	0	1
VU3	1	0	0	0	1	0	0	1
VU4	1	0	0	0	1	0	0	1
VU5	1	0	0	0	1	0	0	1
VU6	1	0	0	0	1	0	0	1
VU7	1	0	0	0	1	0	0	1
Z	1	0	1	0	1	1	0	1

TAUX DE REMBOURSEMENT DES PRESCRIPTEURS

Table 8.1 Table des taux de remboursement des prescripteurs

Valeur du code ALD (1 ^{er} caractère du code couverture)	REGLE A APPLIQUER QUELLE QUE SOIT LA VALEUR DU CODE SITUATION
1, 2, 3	<p>Poser la question :</p> <p style="text-align: center;">« Les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »</p> <p>Si la réponse est OUI : le taux à appliquer est de 100%, le code justification d'exonération est « soins conformes au protocole ALD ».</p> <p>Sinon, se reporter au tableau des codes situation ci-dessous</p> <div style="background-color: yellow; padding: 5px; border: 1px solid black;">  Pour une prestation de type secondaire (cf. table 1 de l'annexe 2), la réponse à cette question est nécessairement identique à celle de l'acte support auquel la prestation secondaire est rattachée </div>

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
0100	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0101	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0102	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0103	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0104	80 %	FSV
0105	90 %	pas d'exonération
0106	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0107	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0108	90 %	pas d'exonération
0109	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0110	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0200	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0201	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0202	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération	
0203	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré	
0204	80 %	FSV	
0205	90 %	pas d'exonération	
0206	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré	
0207	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré	
0225	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	90 %	pas d'exonération
0226	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0227	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0300	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération	
0301	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération	
0302	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré	
0303	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré	
0304	80%	FSV	
0400	<ul style="list-style-type: none"> • Prestations de la table T21.1 : 100% • Autres : 75% 	pas d'exonération	
0401	<ul style="list-style-type: none"> • Pour les spécialités de la table T20.1 : 100% • Autres spécialités : <ul style="list-style-type: none"> ○ Prestations de la table 21.2 : 100% ○ Autres prestations voir code situation 0100 	pas d'exonération	
0401	<ul style="list-style-type: none"> • Pour les spécialités de la table T20.1 : 100% • Autres spécialités : <ul style="list-style-type: none"> ○ Prestations de la table 21.2 : 100% ○ Autres prestations voir code situation 0100 	pas d'exonération	
0402	<ul style="list-style-type: none"> • Pour les spécialités de la table T20.2 : <ul style="list-style-type: none"> ○ Prestations de la table 21.3 75% • Autres 100% 	pas d'exonération	

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
0403	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00100 du Régime Général par application des taux de base figurant dans la table 4).	Pas d'exonération
0404	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0405	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0406	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00102 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.1).	identique à celui précisé dans la table 8.1
0407	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00106 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.1).	identique à celui précisé dans la table 8.1
0408	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00105 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.1).	identique à celui précisé dans la table 8.1
0409	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.1).	identique à celui précisé dans la table 8.1
0410	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.1).	identique à celui précisé dans la table 8.1
0411	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00105 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.1).	identique à celui précisé dans la table 8.1
0412	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00103 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.1).	identique à celui précisé dans la table 8.1
0413	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00107 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.1).	identique à celui précisé dans la table 8.1
0414	100 %	pas d'exonération
0415	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
0500	gestion identique au code couverture 00100 du Régime Général par application des taux de base du Régime Général figurant en table 4	pas d'exonération
0501	gestion identique au code couverture 00101 du Régime Général (100 %)	assuré ou bénéficiaire exonéré
0502	gestion identique au code couverture 00102 du Régime Général (100 %)	assuré ou bénéficiaire exonéré
0503	gestion identique au code couverture 00103 du Régime Général (100 %)	assuré ou bénéficiaire exonéré
0504	gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général (80 %)	FSV
0700	Soins non conformes au protocole ALD : 100%	exonération régimes spéciaux
1000	ni une exonération, ni une modulation	pas d'exonération
1001	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1002	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1003	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1004	85 %	FSV
1600	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
1601	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1602	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1603	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9000	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
9001	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9002	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9003	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9004	80 %	FSV

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
9020	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9021	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9022	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9023	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9024	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération

TAUX DE REMBOURSEMENT DES AUXILIAIRES- MEDICAUX

Table 8.2 Table des taux de remboursement des Auxiliaires-médicaux

Valeur du code ALD (1 ^{er} caractère du code couverture)	REGLE A APPLIQUER QUELLE QUE SOIT LA VALEUR DU CODE SITUATION
1, 2, 3	<p>Poser la question : « Les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »</p> <p>Si la réponse est OUI : le taux à appliquer est de 100%, le code justification d'exonération est « soins conformes au protocole ALD ».</p> <p>Sinon, se reporter au tableau des codes situation ci-dessous</p> <p> Pour une prestation de type secondaire (cf. table 1 de l'annexe 2), la réponse à cette question est nécessairement identique à celle de l'acte support auquel la prestation secondaire est rattachée</p>

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
0100	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0101	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0102	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0103	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0104	80 %	FSV
0105	90 %	pas d'exonération
0106	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0107	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0108	90 %	pas d'exonération
0109	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0110	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0200	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0201	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0202	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
0203	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0204	80 %	FSV
0205	90 %	pas d'exonération
0206	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0207	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0225	En rapport avec un accident : OUI non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON 90 %	pas d'exonération
0226	En rapport avec un accident : OUI non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON 100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0227	En rapport avec un accident : OUI non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON 100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0300	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0301	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0302	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0303	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0304	80%	FSV
0400	<ul style="list-style-type: none"> • Prestations de la table T21.8 : 100% • Autres : 75% 	pas d'exonération
0401	<p>Poser la question : « PRESCRIPTION ETABLIE PAR MEDECIN SNCF (sur imprimé 1032 ou avec mention de Médecin SNCF) ? »</p> <p>SI LA REponse EST OUI : le taux est de 100 %</p> <hr/> <p>SI LA REponse EST NON :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la spécialité du prescripteur est présente en table T20.1 : 100% • sinon : cf. code situation 0100 	Service médical SNCF
0402	100 %	pas d'exonération
0403	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00100 du Régime Général par application des taux de base figurant dans la table 4).	Pas d'exonération
0404	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
0405	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0406	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00102 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.2).	identique à celui précisé dans la table 8.2
0407	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00106 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.2).	identique à celui précisé dans la table 8.2
0408	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00105 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.2).	identique à celui précisé dans la table 8.2
0409	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.2).	identique à celui précisé dans la table 8.2
0410	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.2).	identique à celui précisé dans la table 8.2
0411	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00105 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.2).	identique à celui précisé dans la table 8.2
0412	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00103 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.2).	identique à celui précisé dans la table 8.2
0413	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00107 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.2).	identique à celui précisé dans la table 8.2
0414	100 %	pas d'exonération
0415	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0500	gestion identique au code couverture 00100 du Régime Général par application des taux de base du Régime Général figurant en table 4	pas d'exonération
0501	gestion identique au code couverture 00101 du Régime Général (100 %)	assuré ou bénéficiaire exonéré
0502	gestion identique au code couverture 00102 du Régime Général (100 %)	assuré ou bénéficiaire exonéré
0503	gestion identique au code couverture 00103 du Régime Général (100 %)	assuré ou bénéficiaire exonéré
0504	gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général (80 %)	FSV
0700	Soins non conformes au protocole ALD : 100%	exonération régimes spéciaux

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
1000	ni une exonération, ni une modulation	pas d'exonération
1001	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1002	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1003	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1004	80 %	FSV
1600	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
1601	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1602	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1603	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9000	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
9001	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9002	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9003	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9004	80 %	FSV
9020	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9021	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9022	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9023	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9024	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération

TAUX DE REMBOURSEMENT PHARMACIENS

Table 8.3 Table des taux de remboursement des Pharmaciens

Valeur du code ALD (1 ^{er} caractère du code couverture)	REGLE A APPLIQUER QUELLE QUE SOIT LA VALEUR DU CODE SITUATION
1, 2, 3	<p>Poser la question :</p> <p>« Les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »</p> <p>Si la réponse est OUI : le taux à appliquer est de 100%, le code justification d'exonération est « soins conformes au protocole ALD ».</p> <p>Sinon, se reporter au tableau des codes situation ci-dessous</p> <p>Cas particulier : Pour une prestation de type honoraire, le LPS ne pose pas la question au PS :</p> <ul style="list-style-type: none"> pour une prestation de type honoraire simple, le LPS considère la même réponse que celle donnée par le PS pour la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte, pour une prestation de type honoraire global, le LPS considère que la réponse est NON. <p> A noter que pour les HDA, HDE, HDR, cette réponse à NON n'empêche pas une exonération sous justificatif d'exonération 4 (cf. T8)</p> <p> Pour une prestation de type secondaire (cf. table 1 de l'annexe 2), la réponse à cette question est nécessairement identique à celle de l'acte support auquel la prestation secondaire est rattachée</p>

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
0100	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0101	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0102	<ul style="list-style-type: none"> Vignettes orange PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH 15% Vignettes bleues PH4, PMH, PM4, PPI, HD4, HG4 30% Autres 100 % 	assuré ou bénéficiaire exonéré
0103	<ul style="list-style-type: none"> Vignettes orange PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH 15% Vignettes bleues PH4, PMH, PM4, PPI, HD4, HG4 30% autres 100 % 	assuré ou bénéficiaire exonéré
0104	<ul style="list-style-type: none"> Vignettes orange PH2, PM2, HD2, HG2, MHU 15 % Vignettes bleues PH4, PPI, HD4, HG4 30% Vignettes blanches HDA, HDE, HDR, PH7, HD7, HG7 65 % autres 80 % 	FSV
0105	90 % sauf	pas d'exonération

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
	<ul style="list-style-type: none"> Vignettes orange PH2, PM2, HD2, HG2 15 % MHU, PMH 65 % Vignettes bleues PH4, PMH, PM4, PPI, HD4, HG4 80 % autres 90 % 	
0106	<ul style="list-style-type: none"> Vignettes orange PH2, PM2, HD2, HG2 15 % MHU, PMH 65 % Vignettes bleues PH4, PMH, PM4, PPI, HD4, HG4 80 % autres 100 % 	assuré ou bénéficiaire exonéré
0107	<ul style="list-style-type: none"> Vignettes orange PH2, PM2, HD2, HG2 15 % MHU, PMH 65 % Vignettes bleues PH4, PMH, PM4, PPI, HD4, HG4 80 % autres 100 % 	assuré ou bénéficiaire exonéré
0108	<p style="text-align: center;">90 % sauf</p> <ul style="list-style-type: none"> Vignettes orange PH2, PM2, HD2, HG2 15 % MHU, PMH 65 % Vignettes bleues PH4, PMH, PM4, PPI, HD4, HG4 80 % autres 90 % 	pas d'exonération
0109	<ul style="list-style-type: none"> Vignettes orange PH2, PM2, HD2, HG2 15 % MHU, PMH 65 % Vignettes bleues PH4, PMH, PM4, PPI, HD4, HG4 80 % autres 100 % 	assuré ou bénéficiaire exonéré
0110	<ul style="list-style-type: none"> Vignettes orange PH2, PM2, HD2, HG2 15 % MHU, PMH 65 % Vignettes bleues PH4, PMH, PM4, PPI, HD4, HG4 80 % autres 100 % 	assuré ou bénéficiaire exonéré
0200	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0201	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0202	<ul style="list-style-type: none"> Vignettes orange PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH 15 % Vignettes bleues PH4, PMH, PM4, PPI, HD4, HG4 30 % autres=100 % 	assuré ou bénéficiaire exonéré
0203	<ul style="list-style-type: none"> Vignettes orange PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH 15 % Vignettes bleues PH4, PMH, PM4, PPI, HD4, HG4 30 % autres=100 % 	assuré ou bénéficiaire exonéré
0204	<ul style="list-style-type: none"> Vignettes orange PH2, HD2, HG2, MHU 15 % Vignettes bleues PH4, PPI, HD4, HG4 30 % 	FSV

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération	
	<ul style="list-style-type: none"> Vignettes blanches HDA, HDE, HDR, PH7, HD7, HG7 65 % autres=80 % 		
0205	90 %	pas d'exonération	
0206	<ul style="list-style-type: none"> Vignettes orange PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH, Vignettes bleues PH4, PPI, PMH, PM4, HD4, HG4 90 % autres=100 % 	assuré ou bénéficiaire exonéré	
0207	<ul style="list-style-type: none"> Vignettes orange PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH, Vignettes bleues PH4, PPI, PMH, PM4, HD4, HG4 90 % - autres=100 % 	assuré ou bénéficiaire exonéré	
0225	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	90 %	pas d'exonération
0226	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	<ul style="list-style-type: none"> Vignettes orange PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH, Vignettes bleues PH4, PPI, PMH, PM4, HD4, HG4 90 % autres=100 % 	assuré ou bénéficiaire exonéré
0227	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	<ul style="list-style-type: none"> Vignettes orange PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH, Vignettes bleues PH4, PPI, PMH, PM4, HD4, HG4 90 % autres=100 % 	assuré ou bénéficiaire exonéré
0300	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération	
0301	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération	
0302	<ul style="list-style-type: none"> Vignettes orange PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH 15% Vignettes bleues PH4, PMH, PM4, PPI, HD4, HG4 30% autres=100 % 	assuré ou bénéficiaire exonéré	
0303	<ul style="list-style-type: none"> Vignettes orange PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH 15% Vignettes bleues PH4, PMH, PM4, PPI, HD4, HG4 30% autres=100 % 	assuré ou bénéficiaire exonéré	
0304	<ul style="list-style-type: none"> Vignettes orange PH2, HD2, HG2, MHU 15% Vignettes bleues PH4, PPI, HD4, HG4 30% Vignettes blanches HDA, HDE, HDR, PH7, HD7, HG7 65 % 	FSV	

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
	<ul style="list-style-type: none"> autres 80% 	
0400	<ul style="list-style-type: none"> Prestations de la table T21.11 100% Autres 75% 	pas d'exonération
0401	<p>Poser la question : « PRESCRIPTION ETABLIE PAR MEDECIN SNCF (sur imprimé 1032 ou avec mention de Médecin SNCF) ? »</p> <p>SI LA REponse EST OUI le taux est de 100 %</p> <p>SI LA REponse EST NON :</p> <ul style="list-style-type: none"> Si la spécialité du prescripteur est présente en table T20.1 100% sinon cf. code situation 0100 	Service médical SNCF
0402	<ul style="list-style-type: none"> Prestations de la table T21.12 : 100% Autres : 75% 	pas d'exonération
0403	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00100 du Régime Général par application des taux de base figurant dans la table 4).	Pas d'exonération
0404	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0405	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0406	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00102 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.3).	identique à celui précisé dans la table 8.3
0407	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00106 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.3).	identique à celui précisé dans la table 8.3
0408	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00105 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.3).	identique à celui précisé dans la table 8.3
0409	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.3).	identique à celui précisé dans la table 8.3
0410	<ul style="list-style-type: none"> Prestations de la table T21.13 : 75% Prestations de la table T21.14 100% Autres : 80% 	FSV
0411	<ul style="list-style-type: none"> Prestations de la table T21.15 100% Prestations de la table T21.17 15% Vignettes bleues, PMH, PM4, HD4, HG4, PPI 80 % Autres : 90% 	pas d'exonération
0412	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00103 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.3).	identique à celui précisé dans la table 8.3
0413	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00107 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.3).	identique à celui précisé dans la table 8.3
0414	100 %	pas d'exonération

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
0415	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0500	gestion identique au code couverture 00100 du Régime Général par application des taux de base du Régime Général figurant en table 4 ni exonération, ni modulation (cf. table 4 colonne Régime Général)	pas d'exonération
0501	gestion identique au code couverture 00101 du Régime Général (100 %)	assuré ou bénéficiaire exonéré
0502	gestion identique au code couverture 00102 du Régime Général	assuré ou bénéficiaire exonéré
0503	gestion identique au code couverture 00103 du Régime Général	assuré ou bénéficiaire exonéré
0504	gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général	FSV
0700	Soins non conformes au protocole ALD : 100%	exonération régimes spéciaux
1000	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
1001	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1002	<ul style="list-style-type: none"> • Vignettes orange PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH 15% • Vignettes bleues PH4, PMH, PM4, PPI, HD4, HG4 45 % • autres 100 % 	assuré ou bénéficiaire exonéré
1003	<ul style="list-style-type: none"> • Vignettes orange PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH 15% • Vignettes bleues PH4, PMH, PM4, PPI, HD4, HG4 45 % • autres 100 % 	assuré ou bénéficiaire exonéré
1004	<ul style="list-style-type: none"> • Vignettes orange PH2, HD2, HG2, MHU 15 % • Vignettes bleues PH4, PPI, HD4, HG4 45 % • autres 85 % 	FSV
1600	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
1601	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1602	<ul style="list-style-type: none"> • Vignettes orange PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH 15% • Vignettes bleues PH4, PMH, PM4, PPI, HD4, HG4 30% • autres 100 % 	assuré ou bénéficiaire exonéré
1603	<ul style="list-style-type: none"> • Vignettes orange PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH 15% • Vignettes bleues PH4, PMH, PM4, PPI, HD4, HG4 30% • autres 100 % 	assuré ou bénéficiaire exonéré

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
9000	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
9001	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9002	<ul style="list-style-type: none"> • Vignettes orange PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH: 15% • Vignettes bleues PH4, PMH, PM4, PPI, HD4, HG4 30% • autres 100 % 	assuré ou bénéficiaire exonéré
9003	<ul style="list-style-type: none"> • Vignettes orange PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH: 15% • Vignettes bleues PH4, PMH, PM4, PPI, HD4, HG4 30% • autres 100 % 	assuré ou bénéficiaire exonéré
9004	<ul style="list-style-type: none"> • Vignettes orange PH2, HD2, HG2, MHU 15 % • Vignettes bleues PH4, PPI, HD4, HG4 30% • Vignettes blanches HDA, HDE, HDR, PH7, HD7, HG7 65 % • Autres 80% 	FSV
9020	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9021	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9022	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9023	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9024	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération

TAUX DE REMBOURSEMENT DES LABORATOIRES D'ANALYSES MEDICALES

Table 8.4 Table des taux de remboursement des Laboratoires d'analyses médicales

Valeur du code ALD (1 ^{er} caractère du code couverture)	REGLE A APPLIQUER QUELLE QUE SOIT LA VALEUR DU CODE SITUATION
1, 2, 3	<p>Poser la question : « Les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »</p> <p>Si la réponse est OUI : le taux à appliquer est de 100%, le code justification d'exonération est « soins conformes au protocole ALD ».</p> <p>Sinon, se reporter au tableau des codes situation ci-dessous</p> <p> Pour une prestation de type secondaire (cf. table 1 de l'annexe 2), la réponse à cette question est nécessairement identique à celle de l'acte support auquel la prestation secondaire est rattachée</p>

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
0100	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0101	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0102	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0103	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0104	80 %	FSV
0105	90 %	pas d'exonération
0106	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0107	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0108	90 %	pas d'exonération
0109	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0110	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0200	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0201	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0202	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »		Code Justificatif d'exonération
0203	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0204	80 %		FSV
0205	90 %		pas d'exonération
0206	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0207	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0225	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	90 %	pas d'exonération
0226	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0227	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0300	ni exonération, ni modulation		pas d'exonération
0301	ni exonération, ni modulation		pas d'exonération
0302	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0303	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0304	80%		FSV
0400	<ul style="list-style-type: none"> Prestations de la table T21.8 : 100% Autres : 75% 		pas d'exonération
0401	Poser la question : « PRESCRIPTION ETABLIE PAR MEDECIN SNCF ? » SI LA REponse EST OUI : le taux est de 100 % SI LA REponse EST NON : <ul style="list-style-type: none"> Si la spécialité du prescripteur est présente en table T20.1 : 100% sinon : cf. code situation 0100 		Service médical SNCF
0402	100 %		pas d'exonération
0403	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00100 du Régime Général par application des taux de base figurant dans la table 4).		Pas d'exonération
0404	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
0405	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0406	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00102 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.4).	identique à celui précisé dans la table 8.4
0407	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00106 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.4).	identique à celui précisé dans la table 8.4
0408	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00105 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.4).	identique à celui précisé dans la table 8.4
0409	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.4).	identique à celui précisé dans la table 8.4
0410	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.4).	identique à celui précisé dans la table 8.4
0411	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00105 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.4).	identique à celui précisé dans la table 8.4
0412	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00103 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.4).	identique à celui précisé dans la table 8.4
0413	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00107 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.4).	identique à celui précisé dans la table 8.4
0414	100 %	pas d'exonération
0415	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0500	gestion identique au code couverture 00100 du Régime Général par application des taux de base du Régime Général figurant en table 4	pas d'exonération
0501	gestion identique au code couverture 00101 du Régime Général (100 %)	assuré ou bénéficiaire exonéré
0502	gestion identique au code couverture 00102 du Régime Général (100 %)	assuré ou bénéficiaire exonéré
0503	gestion identique au code couverture 00103 du Régime Général (100 %)	assuré ou bénéficiaire exonéré
0504	gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général (80 %)	FSV
0700	Soins non conformes au protocole ALD : 100%	exonération régimes spéciaux

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
1000	ni une exonération, ni une modulation	pas d'exonération
1001	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1002	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1003	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1004	80 %	FSV
1600	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
1601	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1602	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1603	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9000	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
9001	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9002	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9003	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9004	80 %	FSV
9020	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9021	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9022	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9023	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9024	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération

TAUX DE REMBOURSEMENT DES FOURNISSEURS

Table 8.5 Table des taux de remboursement des Fournisseurs

Valeur du code ALD (1 ^{er} caractère du code couverture)	REGLE A APPLIQUER QUELLE QUE SOIT LA VALEUR DU CODE SITUATION
1, 2, 3	<p>Poser la question :</p> <p>"Les soins sont-ils conformes au protocole ALD ?"</p> <p>Si la réponse est OUI : le taux à appliquer est de 100%, le code justification d'exonération est "soins conformes au protocole ALD".</p> <p>Sinon, se reporter au tableau des codes situation ci-dessous</p> <p> Pour une prestation de type secondaire (cf. table 1 de l'annexe 2), la réponse à cette question est nécessairement identique à celle de l'acte support auquel la prestation secondaire est rattachée</p>

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
0100	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0101	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0102	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0103	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0104	80 %	FSV
0105	90 %	pas d'exonération
0106	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0107	100%	assuré ou bénéficiaire exonéré
0108	90 %	pas d'exonération
0109	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0110	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0200	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0201	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0202	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »		Code Justificatif d'exonération
0203	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0204	80 %		FSV
0205	90 %		pas d'exonération
0206	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0207	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0225	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	90 %	pas d'exonération
0226	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0227	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0300	ni exonération, ni modulation		pas d'exonération
0301	ni exonération, ni modulation		pas d'exonération
0302	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0303	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0304	80%		FSV
0400	<ul style="list-style-type: none"> • Prestations de la table T21.11 : 100% ? • Autres : 75% 		pas d'exonération
0401	Poser la question : "PRESCRIPTION ETABLIE PAR MEDECIN SNCF (sur imprimé 1032 ou avec mention de Médecin SNCF)?"		Service médical SNCF
	SI LA REPONSE EST OUI : le taux est de 100 %		
	SI LA REPONSE EST NON :		
	<ul style="list-style-type: none"> • Si la spécialité du prescripteur est présente en table T20.1 : 100% • sinon : cf. code situation 0100 		pas d'exonération
0402	<ul style="list-style-type: none"> • Prestations de la table T21.12 : 100% • Autres : 75% 		pas d'exonération
0403	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00100 du Régime Général par application des taux de base figurant dans la table 4).		pas d'exonération

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
0404	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0405	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0406	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00102 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.5).	identique à celui précisé dans la table 8.5
0407	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00106 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.5).	identique à celui précisé dans la table 8.5
0408	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00105 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.5).	identique à celui précisé dans la table 8.5
0409	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.5).	identique à celui précisé dans la table 8.5
0410	<ul style="list-style-type: none"> • Prestations de la table T21.14 : 100% • Autres : 80% 	FSV
0411	<ul style="list-style-type: none"> • Prestations de la table T21.15 : 100% • Autres : 90% 	pas d'exonération
0412	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00103 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.5).	identique à celui précisé dans la table 8.5
0413	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00107 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.5).	identique à celui précisé dans la table 8.5
0414	100 %	pas d'exonération
0415	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0500	gestion identique au code couverture 00100 du Régime Général par application des taux de base du Régime Général figurant en table 4 ni exonération, ni modulation (cf. table 4 colonne Régime Général)	pas d'exonération
0501	gestion identique au code couverture 00101 du Régime Général (100 %)	assuré ou bénéficiaire exonéré
0502	gestion identique au code couverture 00102 du Régime Général	assuré ou bénéficiaire exonéré
0503	gestion identique au code couverture 00103 du Régime Général	assuré ou bénéficiaire exonéré
0504	gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général	FSV
0700	Soins non conformes au protocole ALD : 100%	exonération régimes spéciaux

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
1000	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
1001	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1002	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1003	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1004	85 %	FSV
1600	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
1601	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1602	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1603	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9000	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
9001	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9002	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9003	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9004	80%	FSV
9020	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9021	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9022	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9023	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9024	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération



FSV dans ce tableau signifie Fond de Solidarité Vieillesse

Table 11.1 Régimes dont les assurés sont couverts pour le risque AT

Régime	Risque AT
01	O
02	O
03	N
04	O
05	O
06	O
07	O
08	O
10	O
14	O
15	O
16	O
17	O
90	N
91	O
92	O
93	O
94	O
95	O
96	O
99	O

Table 11.2 Régimes autorisant l'envoi d'une FSE AT

Code régime	Caisse gestionnaire	Centre gestionnaire	Code gestion	FSE AT
01	toutes	tous	≠ {23 ; 29}	O
01	toutes	tous	23	N
01	toutes	tous	29	N
02	579	tous	tous	N
02	679	tous	tous	N
02	689	tous	tous	N
02	≠ {579 ; 679 ; 689}	tous	tous	O
04	toutes	tous	tous	O
05	toutes	tous	tous	O
06	toutes	tous	tous	O
07	toutes	tous	tous	O
08	toutes	tous	tous	O
10	toutes	tous	tous	N
14	toutes	tous	tous	N
15	toutes	tous	tous	N
16	toutes	tous	tous	N
17	toutes	tous	tous	N
91 à 96	toutes	tous	tous	N
99	toutes	tous	tous	N

Table 11.3 Régimes acceptant l'envoi d'une FSE AT à l'organisme maladie inscrit en carte en l'absence d'organisme sur le support AT

Code régime	Caisse gestionnaire	Centre gestionnaire	Code gestion	FSE AT
01	toutes	tous	≠ {23 ; 29}	O
01	toutes	tous	23	N
01	toutes	tous	29	N
02	toutes	tous	tous	N
03	toutes	tous	tous	N
Autres	toutes	tous	tous	N

Table 11.4 Caisses gestionnaires du régime agricole n'autorisant pas l'envoi de FSE relative à un Accident de la Vie Privée

Code régime	Numéro de caisse gestionnaire	Top autorisant l'envoi de FSE
02	571	N
	575	N
	579	N
	671	N
	675	N
	679	N
	681	N
	685	N
	689	N

Table 12 Tables des Codes Prestation obligatoirement associés

Code prestation de type secondaire (Acte ne pouvant être facturé seul)	Code prestation associé (de type « support »)
ATD	ATM – BR1 - CM0 – CT0 – CT1 - CZ0 – CZ1 - IC0 – IC1- ICO – IMP – INO - IN1- PA0 – PA1 - PAM - PAR – PDT – PF0 – PF1 – PFC – PFM - PT0 – RA0 – RE1 – RF0 – RPN - RS0 - SU0 – SU1
ATL	AAD – AAR – APA - ARO – COR – DVO – LEN – LUN – M03 – M04 – MAC – MAD – MS2 - OPC – OPT – ORP – P2D – P2G - PA – PAN – PAU – PAZ - PEX – PII - PIL - PIO – POC – SUI – SV1 – SV3 – VER – VEH - VM1 – VM2 – VM3 – VM4 – VM5 – VM6 – VM7 - VU1 – VU2 – VU3 – VU4 – VU5 - VU6 – VU7
BDX	BDC - BR2 – BR4 – BRP
CPM	C – CS – V – VS
CRD	C – CS – CNP –G – GS –K – TC – TCG – TTE – Z Tout acte de nomenclature CCAM
CRM	C – CS – CNP –G – GS –K – TC – TCG – TTE – Z Tout acte de nomenclature CCAM
CRN	C – CS – CNP –G – GS –K – TC – TCG – TTE – Z Tout acte de nomenclature CCAM
CRS	C – CS – CNP –G – GS –K – TC – TCG – TTE – Z Tout acte de nomenclature CCAM
CST	STH – THR
DAP	Tout acte de nomenclature CCAM Tout acte de nomenclature NABM Tout acte de nomenclature NGAP
DAT	Tout acte de nomenclature CCAM Tout acte de nomenclature NABM Tout acte de nomenclature NGAP Tout acte de nomenclature Frais PH Tout acte de nomenclature LPP
DDT	ATM – AXI – BR1 - C – CM0 - CS – CT0 – CT1 – CZ0 – CZ1 – END – IC0 – IC1 - ICO – IMP – IN1 - INO – ORT – PA0 – PA1 - PAM – PAR – PDT – PF0 – PF1 – PFC – PFM – PT0 – RA0 – RE1 – RF0 – RPN – RS0 - SDE – SU0 – SU1 - TDS – TO
DHT	ACO – ADA – ADC – ADE – ADI – AIS – AMI – AMC – AMK – AMO – AMP – AMS – AMY – ATM – B – C – CDE – CSC – CNP – CS – G – GS – K – KB – KMB – KMO – PB – SES – SF – SFI – SP – TB – V – VG – VGS – VL – VNP – VS

Code prestation de type secondaire (Acte ne pouvant être facturé seul)	Code prestation associé (de type « support »)
DLT	AAD – AAR – APA - ARO – COR – DVO – LEN – LUN – M03 – M04 – MAC – MAD – MS2 - OPC – OPT – ORP – P2D – P2G – PA – PAN – PAU – PAZ - PEX – PII – PIL - PIO – POC – SUI – SV1 – SV3 – VER – VEH - VM1 – VM2 – VM3 – VM4 – VM5 – VM6 – VM7 - VU1 – VU2 – VU3 – VU4 – VU5 – VU6 – VU7
DPS	Tout acte de nomenclature Frais PH
	Tout acte de nomenclature LPP
DSP	SF
FDA	BR1 – CM0 – CT0 – CT1 – CZ0 – CZ1– IC0 – IC1 – IN1– PA0 – PA1– PF0 – PF1 – PT0 – RA0 – RE1 – RF0 – RS0 – SU0 – SU1 Tout acte de nomenclature CCAM
FDC	BR1 – CM0 – CT0 – CT1 – CZ0 – CZ1– IC0 – IC1 – IN1– PA0 – PA1– PF0 – PF1 – PT0 – RA0 – RE1 – RF0 – RS0 – SU0 – SU1 Tout acte de nomenclature CCAM
FDO	TO – ORT
FDR	BR1 - CM0 - CT0 – CT1 – CZ0 – CZ1– IC0 – IC1 – IN1– PA0 – PA1– PF0 – PF1 - PT0 – RA0 – RE1 – RF0 – RS0 – SU0 – SU1 Tout acte de nomenclature CCAM
FMV	FHV
FOH	AMO
FPC	BR1 - CM0 - CT0 – CT1 – CZ0 – CZ1– IC0 – IC1 – IN1– PA0 – PA1– PF0 – PF1 - PT0 – RA0 – RE1 – RF0 – RS0 – SU0 – SU1 Tout acte de nomenclature CCAM
FPE	C – CS – G – GS – V – VG – VGS – VS
FPH	AMO
FPO	ORT – TO
FSD	ADC
HC	PH1 – PH2 – PH4 – PH7 – MHU
HD1	PH1
HD2	PH2
HD4	PH4 - MHU
HD7	PH7
HDS	GS1 – GS2
HG1	PH1
HG2	PH2
HG4	PH4 - MHU
HG7	PH7
IGR	C – CS – V – VS
IPD	IG
MAF	CNP
MAS	CS

Code prestation de type secondaire (Acte ne pouvant être facturé seul)	Code prestation associé (de type « support »)
MAU	AMI
MAV	C - CS - V - VS
MBB	CS - VS
MCA	C - CS - TC - V - VS
MCC	CSC
MCD	ADC - ADI - ATM - AXI - BR1 - C - CM0 - CS - CT0 - CT1 - CZ0 - CZ1 - END - IC0 - IC1 - ICO - IMP - IN1 - INO - PA0 - PA1 - PAM - PAR - PDT - - PF0 - PF1 - PFC - PFM - PT0 - RA0 - RE1 - RF0 - RPN - RS0 - SDE - SU0 - SU1 - TDS - V - VS - Z
MCE	CS - TC
MCG	C - CS - G - GS - TC - TCG
MCI	AMI - AIS - AMX - BSA - BSB - BSC - IFI
MCS	CNP - CS - TC - VNP - VS
MCT	C - CNP - CS - TC - V - VNP - VS
MCU	APC - APU - APV - APY - AVY - C CDE - CGP - CNP - CS - CSC - CS - CSC - CSE - CSM - CSO - CTE - EPH - G - GS - TC - TCG - V - VG - VGS - VL - VNP - VS
MD	APV - CGP - COA - COB - COD - COE - CSM - CSE - CSO - CTE - EPH - PCV - PPS - V - VG - VGS - VL - VS
MDD	V - VG - VGS - VS
MDI	V - VG - VGS - VS
MDN	V - VG - VGS - VS
MEG	C - CS - G - GS - TC - TCG - V - VG - VGS - VS
MEO	AMO
MEP	C - CS - G - GS - TC - V - VG - VGS - VS
MGE	C - CA - CS - G - GS - V - VG - VGS - VS
MIA	C - CNP - CS - V - VNP - VS
MIC	C - CNP - CS - G - GS - TC - TCG - V - VG - VGS - VNP - VS
MIE	AMI - AIS - AMX - DI - TLD - TLL - TLS
MIP	PAI
MIS	C - CNP - CS - G - GS - TC - TCG - V - VG - VGS - VNP - VS
MM	AMI - AIS - AMX - APC - APU - APV - APY - AVY - BSA - BSB - BSC - C - CS - G - GS - IFI - K - SF - SP - TB - TC - TCG - TTE - V - VG - VGS - VS
MMF	C - CS - TC - V - VS
MMM	C - CS - V - VS
MNO	C - CS - G - GS - V - VG - VGS - VS
MNP	CS - VS

Code prestation de type secondaire (Acte ne pouvant être facturé seul)	Code prestation associé (de type « support »)
MPB	C – CS – V – VS
MPC	CS – CNP – TC – TCG
MPE	C – CS – V – VS
MPF	CNP
MPI	Tout acte de nomenclature Frais PH
MPJ	CS – CNP –
MPP	C – COE – CS – V – VS
MPS	C – COE – CS – TC – V – VS
MPT	C – CS – TC – V – VS
MRT	C – CNP – CS – G – GS – TC – TCG – V – VG – VGS – VNP – VS
MSF	C – V
MSH	C – CNP – CS – CSC – G – GS – TC – TCG – V – VG – VGS – VNP – VS
MSP	C – CS – TC – V – VS
MTA	CS
MTJ	CNP – CS – VNP – VS
MTS	CNP – CS – TC – VNP – VS
MU	ACO – ADA – ADC – ATM – V – VG – VGS – VS
MUT	C – CCP – CDE – CNP – CGP – COE – CS – CSC – CSE – CSM – CSO – CTE – EPH – G – GS – TC – TCG – V – VG – VGS – VL – VNP – VS
NFE	C – CS – G – GS – TC – V – VG – VGS – VS
NFP	C – CS – G – GS – TC – V – VG – VGS – VS
PAV	ACO – ADA – ADC – ADE – ATM – K – SF
PEG	C – CS – TC – V – VS
PIV	C – CNP – CS – G – GS – V – VG – VGS – VNP – VS
POG	C – CS – TC – V – VS
PPN	C – CNP – CS – TC – V – VNP – VS
PPR	C – CS – TC – V – VS
PTG	C – CNP – CS – G – GS – TC – V – VG – VGS – VNP – VS
SGA	Tout acte de nomenclature CCAM
	Tout acte de nomenclature NABM
	Tout acte de nomenclature NGAP
SGE	C – CS – TC – V – VS
SGN	Tout acte de nomenclature Frais PH
	Tout acte de nomenclature LPP
SLA	C – CNP – CS – TC – V – VNP – VS
TCA	C – CS – TC – V – VS

Code prestation de type secondaire (Acte ne pouvant être facturé seul)	Code prestation associé (de type « support »)
VDC	ATM
VRD	V – VG – VGS – VS – VNP – K
	Tout acte de nomenclature CCAM
VRM	V – VG – VGS – VS – VNP – K
	Tout acte de nomenclature CCAM
VRN	V – VG – VGS – VS – VNP – K
	Tout acte de nomenclature CCAM
VRS	V – VG – VGS – VS – VNP – K
	Tout acte de nomenclature CCAM

Table 14 Table de détermination de « diminution TAUX » hors parcours de soins

Nature d'Assurance	Situation particulière du Bénéficiaire	Code Régime	Caisse Gestionnaire	Code prestation	Code justificatif d'exonération	Situation au regard PdS	Existence de la déclaration d'un Médecin traitant	Tiers-payant AMO appliqué	Diminution du taux Hors parcours de soins
Maternité	Sans objet	Tous ⁽¹⁾	Toutes	Toutes ⁽²⁾	Sans objet	Toutes ⁽⁴⁾	Indifférent ⁽⁵⁾	indifférent	0 (zéro)
AT	Sans objet	Tous ⁽¹⁾	Toutes	Toutes ⁽²⁾	Sans objet	Toutes ⁽⁴⁾	Indifférent ⁽⁵⁾	indifférent	0 (zéro)
Maladie	Sans objet	Tous ⁽¹⁾	976	Toutes ⁽²⁾	Sans objet	Toutes ⁽⁴⁾	Indifférent ⁽⁵⁾	indifférent	0 (zéro)
		02	941	Toutes ⁽²⁾	Sans objet	Toutes ⁽⁴⁾	Indifférent ⁽⁵⁾	indifférent	0 (zéro)
		≠ (941 ; 976)	Table 14.1	Tous ⁽³⁾	Toutes ⁽⁴⁾	Indifférent ⁽⁵⁾	indifférent	0 (zéro)	
				« soins conformes au protocole ALD »	Toutes ⁽⁴⁾	Indifférent ⁽⁵⁾	indifférent	0 (zéro)	
			Autres que 14.1	Autres ⁽³⁾	« Hors Accès Direct Spécifique »	Oui	indifférent	0 (zéro)	
					Non ou ne sait pas	OUI	0 (zéro)		
				Autre que « Hors Accès Direct Spécifique »	Indifférent ⁽⁵⁾	OUI	0 (zéro)		
					NON	Taux UNCAM			
		Tous ⁽⁴⁾ ≠ 02	Table 14.1	Tous ⁽³⁾	Toutes ⁽⁴⁾	Indifférent ⁽⁵⁾	indifférent	0 (zéro)	
				« soins conformes au protocole ALD »	Toutes ⁽⁴⁾	Indifférent ⁽⁵⁾	indifférent	0 (zéro)	
			Autres que 14.1 ⁽²⁾	Autres ⁽³⁾	« Hors Accès Direct Spécifique »	Oui	indifférent	0 (zéro)	
					Non ou ne sait pas	OUI	0 (zéro)		
Autre que « Hors Accès Direct Spécifique »	Indifférent ⁽⁵⁾			OUI	0 (zéro)				
	NON			Taux UNCAM					

- (1) Liste des codes régime : cf. A1-A0 : groupe 1310
 (2) Liste des codes prestation : cf. Annexe 2bis : Table 1
 (3) Liste des codes justif d'exonération : cf. A1-A0 : groupe 1820
 (4) Liste des situations du Parcours de soins : cf. A1-A0 : groupe 1180
 (5) Existence de la déclaration d'un Médecin traitant : « **Toutes** » signifie « toutes valeurs », à savoir :
 a. « Oui »
 b. ou « Non ou ne sait pas »
 Ces 2 valeurs sont les seules possibles pour ce paramètre.

Table 14.1 Prestations non soumises à la MTM

Code prestation
CA
FDA
FDC
FDO
FDR
FPC
HN
ID
MHU
MPI
PH1
PH2
PH4
PH7
PHN
PM2
PM4
PMH
PMR
PPS
SES
TDR
TNS
UPH
VDC

Table 15.1 Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la spécialité du Professionnel de Santé

Spécialité PS
19
21
24
26
27
28
29
30
36
38
39
40
50
51
53
54
60
61
62
63
64
65
66
67
68
86

Table 15.2 Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la situation du bénéficiaire des soins

	Code Régime	Code Caisse	Code centre	NIR	Age min	Age max	Top AME de base saisi par le PS*
Bénéficiaires de moins de 16 ans							
	Tous	toutes	tous	tous	so	16	so
AME							
	Tous	toutes	tous	tous	so	so	oui
Migrants de passage							
	Tous	toutes	tous	5 xx xx xx xxx xxx xx 6 xx xx xx xxx xxx xx	so	so	so
NIR Fictif							
	Tous	toutes	tous	2 55 55 55 xxx 041 xx 2 55 55 55 xxx 042 xx	so	so	so
Mahorais							
	Tous	976	tous	tous	se	se	se
	02	941	tous	tous	se	se	se
Caisse des Français à l'Étranger							
	17	toutes	tous	tous	so	so	so

* cf. Annexe1-A § 2.1.3.4.4

Table 15.3 Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la nature des soins

Code Prestation		Code CCAM	Code justificatif d'exonération	Nature d'assurance
Code NGAP	Code Regroupement			
FFC	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	Tous	Maladie
FFV	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	Tous	Maladie
RNO	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	Tous	Maladie
RNO	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	Tous	Maternité
Actes de thermalisme				
CST	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	Tous	Maladie
KTH	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	Tous	Maladie
STH	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	Tous	Maladie
THR	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	Tous	Maladie
Actes d'IVG médicamenteuse				
FHV	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	Tous	Maladie
FMV	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	Tous	Maladie
IC	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	Tous	Maladie
ICS	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	Tous	Maladie
IPE	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	Tous	Maladie
IVE	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	Tous	Maladie
Actes D'IVG instrumentale				
IG	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	Tous	Maladie
IPD	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	Tous	Maladie
Actes d'expérimentation				
FIS	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	Tous	Maladie
Actes de mammographie de dépistage				
Sans objet	*	QEJQ001	7	Maladie
Sans objet	*	QEJQ001	7	Maladie
Sans objet	*	QEJQ004	7	Maladie
Sans objet	*	QEJQ001	7	Maladie
Sans objet	*	YYYY600	7	Maladie
Actes de Consultation de Contraception et Prévention				
CCP	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	Tous	Maladie
Actes de Consultation obligatoire enfant				
COA	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	Tous	Toutes
COB	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	Tous	Toutes
COD	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	Tous	Toutes
COE	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	Tous	Toutes
COG	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	Tous	Toutes
COH	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	Tous	Toutes

	COM	Sans objet	Sans objet	Tous	Toutes
Actes de dépistage					
	CDE	Sans objet	Sans objet	Tous	Toutes
Actes de télémedecine					
	TCP	Sans objet	Sans objet	Tous	Maladie
	TE1	Sans objet	Sans objet	Tous	Maladie Maternité AT
	TE2	Sans objet	Sans objet	Tous	Maladie Maternité AT
	TEP	Sans objet	Sans objet	Tous	Maladie
	TLC	Sans objet	Sans objet	Tous	Maladie
	TLE	Sans objet	Sans objet	Tous	Maladie
	TSA	Sans objet	Sans objet	Tous	Maladie Maternité
	TSF	Sans objet	Sans objet	Tous	Maladie Maternité
	TSM	Sans objet	Sans objet	Tous	Maladie Maternité
Actes d'anatomo-cytha-pathologistes					
	Sans objet	*	AZQX005	Tous	Toutes
	Sans objet	*	BHQX005	Tous	Toutes
	Sans objet	*	BKQX004	Tous	Toutes
	Sans objet	*	BZQX004	Tous	Toutes
	Sans objet	*	DZQX005	Tous	Toutes
	Sans objet	*	ENQX011	Tous	Toutes
	Sans objet	*	FAQX004	Tous	Toutes
	Sans objet	*	FBQX004	Tous	Toutes
	Sans objet	*	FCQX004	Tous	Toutes
	Sans objet	*	FCQX005	Tous	Toutes
	Sans objet	*	FCQX006	Tous	Toutes
	Sans objet	*	FCQX007	Tous	Toutes
	Sans objet	*	FCQX008	Tous	Toutes
	Sans objet	*	FCQX010	Tous	Toutes
	Sans objet	*	FCQX011	Tous	Toutes
	Sans objet	*	FCQX012	Tous	Toutes
	Sans objet	*	FCQX028	Tous	Toutes
	Sans objet	*	FDQX007	Tous	Toutes
	Sans objet	*	FFQX005	Tous	Toutes
	Sans objet	*	GCQX004	Tous	Toutes

Sans objet	*	GCQX005	Tous	Toutes
Sans objet	*	GDQX004	Tous	Toutes
Sans objet	*	GDQX005	Tous	Toutes
Sans objet	*	GDQX008	Tous	Toutes
Sans objet	*	GEQX001	Tous	Toutes
Sans objet	*	GEQX002	Tous	Toutes
Sans objet	*	GFQX004	Tous	Toutes
Sans objet	*	GFQX005	Tous	Toutes
Sans objet	*	GFQX006	Tous	Toutes
Sans objet	*	GFQX007	Tous	Toutes
Sans objet	*	GFQX008	Tous	Toutes
Sans objet	*	GFQX009	Tous	Toutes
Sans objet	*	GFQX010	Tous	Toutes
Sans objet	*	GFQX020	Tous	Toutes
Sans objet	*	GGQX004	Tous	Toutes
Sans objet	*	HAQX004	Tous	Toutes
Sans objet	*	HAQX005	Tous	Toutes
Sans objet	*	HAQX017	Tous	Toutes
Sans objet	*	HCQX004	Tous	Toutes
Sans objet	*	HDQX007	Tous	Toutes
Sans objet	*	HEQX004	Tous	Toutes
Sans objet	*	HEQX005	Tous	Toutes
Sans objet	*	HEQX008	Tous	Toutes
Sans objet	*	HFQX004	Tous	Toutes
Sans objet	*	HFQX005	Tous	Toutes
Sans objet	*	HFQX008	Tous	Toutes
Sans objet	*	HGQX003	Tous	Toutes
Sans objet	*	HGQX005	Tous	Toutes
Sans objet	*	HGQX008	Tous	Toutes
Sans objet	*	HHQX004	Tous	Toutes
Sans objet	*	HHQX005	Tous	Toutes
Sans objet	*	HHQX006	Tous	Toutes
Sans objet	*	HHQX007	Tous	Toutes
Sans objet	*	HHQX008	Tous	Toutes
Sans objet	*	HHQX010	Tous	Toutes
Sans objet	*	HHQX011	Tous	Toutes
Sans objet	*	HJQX004	Tous	Toutes
Sans objet	*	HKQX005	Tous	Toutes

Sans objet	*	HLQX004	Tous	Toutes
Sans objet	*	HLQX005	Tous	Toutes
Sans objet	*	HLQX008	Tous	Toutes
Sans objet	*	HLQX013	Tous	Toutes
Sans objet	*	HMQX004	Tous	Toutes
Sans objet	*	HMQX005	Tous	Toutes
Sans objet	*	HNQX004	Tous	Toutes
Sans objet	*	HNQX006	Tous	Toutes
Sans objet	*	HNQX007	Tous	Toutes
Sans objet	*	HNQX008	Tous	Toutes
Sans objet	*	HPQX005	Tous	Toutes
Sans objet	*	JAQX004	Tous	Toutes
Sans objet	*	JAQX005	Tous	Toutes
Sans objet	*	JAQX006	Tous	Toutes
Sans objet	*	JCQX004	Tous	Toutes
Sans objet	*	JDQX002	Tous	Toutes
Sans objet	*	JDQX004	Tous	Toutes
Sans objet	*	JDQX005	Tous	Toutes
Sans objet	*	JEQX005	Tous	Toutes
Sans objet	*	JFQX004	Tous	Toutes
Sans objet	*	JFQX005	Tous	Toutes
Sans objet	*	JGQX001	Tous	Toutes
Sans objet	*	JGQX004	Tous	Toutes
Sans objet	*	JGQX005	Tous	Toutes
Sans objet	*	JHQX004	Tous	Toutes
Sans objet	*	JHQX005	Tous	Toutes
Sans objet	*	JHQX007	Tous	Toutes
Sans objet	*	JHQX008	Tous	Toutes
Sans objet	*	JJQX004	Tous	Toutes
Sans objet	*	JJQX005	Tous	Toutes
Sans objet	*	JJQX008	Tous	Toutes
Sans objet	*	JKQX001	Tous	Toutes
Sans objet	*	JKQX004	Tous	Toutes
Sans objet	*	JKQX005	Tous	Toutes
Sans objet	*	JKQX006	Tous	Toutes
Sans objet	*	JKQX007	Tous	Toutes
Sans objet	*	JKQX008	Tous	Toutes
Sans objet	*	JKQX015	Tous	Toutes

Sans objet	*	JKQX020	Tous	Toutes
Sans objet	*	JKQX027	Tous	Toutes
Sans objet	*	JKQX147	Tous	Toutes
Sans objet	*	JKQX261	7	Toutes
Sans objet	*	JKQX347	Tous	Toutes
Sans objet	*	JKQX426	7	Toutes
Sans objet	*	JLQX004	Tous	Toutes
Sans objet	*	JMQX004	Tous	Toutes
Sans objet	*	JMQX005	Tous	Toutes
Sans objet	*	JPQX007	Tous	Toutes
Sans objet	*	JPQX019	Tous	Toutes
Sans objet	*	JQQX002	Tous	Toutes
Sans objet	*	JQQX003	Tous	Toutes
Sans objet	*	JQQX004	Tous	Toutes
Sans objet	*	JQQX005	Tous	Toutes
Sans objet	*	JQQX109	Tous	Toutes
Sans objet	*	KCQX004	Tous	Toutes
Sans objet	*	KCQX005	Tous	Toutes
Sans objet	*	KDQX005	Tous	Toutes
Sans objet	*	KEQX004	Tous	Toutes
Sans objet	*	PAQX004	Tous	Toutes
Sans objet	*	PDQX005	Tous	Toutes
Sans objet	*	PZQX004	Tous	Toutes
Sans objet	*	PZQX005	Tous	Toutes
Sans objet	*	PZQX008	Tous	Toutes
Sans objet	*	QEQX004	Tous	Toutes
Sans objet	*	QEQX005	Tous	Toutes
Sans objet	*	QEQX006	Tous	Toutes
Sans objet	*	QEQX007	Tous	Toutes
Sans objet	*	QEQX008	Tous	Toutes
Sans objet	*	QEQX010	Tous	Toutes
Sans objet	*	QEQX016	Tous	Toutes
Sans objet	*	QEQX037	Tous	Toutes
Sans objet	*	QZQX004	Tous	Toutes
Sans objet	*	QZQX005	Tous	Toutes
Sans objet	*	QZQX014	Tous	Toutes
Sans objet	*	QZQX021	Tous	Toutes
Sans objet	*	QZQX032	Tous	Toutes

Sans objet	*	ZZQX012	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX016	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX023	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX027	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX029	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX034	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX035	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX045	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX047	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX054	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX058	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX065	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX068	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX069	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX073	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX077	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX081	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX086	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX092	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX098	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX103	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX104	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX107	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX110	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX116	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX117	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX118	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX119	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX122	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX123	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX127	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX128	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX132	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX133	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX139	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX141	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX145	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX146	Tous	Toutes

Sans objet	*	ZZQX147	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX149	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX151	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX153	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX155	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX158	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX159	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX162	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX163	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX170	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX172	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX173	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX174	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX175	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX177	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX178	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX180	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX181	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX188	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX192	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX197	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX200	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX217	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX603	Tous	Toutes
Sans objet	*	ZZQX628	Tous	Toutes

Forfaits techniques

FTN	Sans objet	Sans objet	Tous	Toutes
FTR	Sans objet	Sans objet	Tous	Toutes

Actes de dentisterie

BDC	Sans objet	Sans objet	Tous	Toutes
BDX	Sans objet	Sans objet	Tous	Toutes
BR2	Sans objet	Sans objet	Tous	Toutes
BR4	Sans objet	Sans objet	Tous	Toutes
BRP	Sans objet	Sans objet	Tous	Toutes
ORT	Sans objet	Sans objet	Tous	Toutes
Z	Sans objet	Sans objet	7	Toutes

Actes diagnostics en rapport avec les soins bucco-dentaires

Sans objet	*	HBQH001	Tous	Toutes
Sans objet	*	HBQH002	Tous	Toutes

Sans objet	*	HBQH003	Tous	Toutes
Sans objet	*	HBQH004	Tous	Toutes
Sans objet	*	HBQH005	Tous	Toutes
Sans objet	*	HBQK001	Tous	Toutes
Sans objet	*	HBQK002	Tous	Toutes
Sans objet	*	HCQH001	Tous	Toutes
Sans objet	*	HCQH002	Tous	Toutes
Sans objet	*	HCQL001	Tous	Toutes
Sans objet	*	HCQM001	Tous	Toutes
Sans objet	*	LAQJ001	Tous	Toutes
Sans objet	*	LAQK001	Tous	Toutes
Sans objet	*	LAQK003	Tous	Toutes
Sans objet	*	LAQK005	Tous	Toutes
Sans objet	*	LAQK008	Tous	Toutes
Sans objet	*	LAQK009	Tous	Toutes
Sans objet	*	LAQK012	Tous	Toutes
Sans objet	*	LAQK013	Tous	Toutes
Sans objet	*	LAQN001	Tous	Toutes
Sans objet	*	LBQH001	Tous	Toutes
Sans objet	*	LBQH002	Tous	Toutes
Sans objet	*	LBQH003	Tous	Toutes
Sans objet	*	LBQK001	Tous	Toutes
Sans objet	*	LBQK005	Tous	Toutes
Sans objet	*	MGQK003	Tous	Toutes
Sans objet	*	PAQK002	Tous	Toutes

* Code regroupement associé selon la base CCAM en vigueur (cf. Annexe1-A1, règle CC7)

Table 15.4 Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la nature d'assurance

Nature d'assurance	Code régime gestionnaire
AT	08
SMG	Tous

Table 15.5 Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la catégorie médicale d'un acte CCAM

Catégorie médicale
AD
ID
PD

Table 16.1 Spécialités de Professionnels de Santé compatibles avec la situation d' « Accès Direct Spécifique »

Spécialité PS	Age min	Age max
07	so	So
15	so	So
17	16	26
33	16	26
70	so	So
75	16	26
77	so	So
79	so	So

Table 16.2 Spécialités de Professionnels de Santé compatibles avec la situation « Hors Accès Direct Spécifique »

Spécialité PS	Age min	Age max
07	So	So
15	So	So
17	26	So
33	26	So
70	so	So
75	26	So
77	so	So
79	so	So

Table 17 Compatibilité des majorations de coordination selon le contexte du parcours de soins et la spécialité du PS.

INFORMATIONS DU PARCOURS DE SOINS			PS	MAJORATIONS		
Position par rapport au parcours de soins	Contexte du parcours de soins		Spécialité PS	Majorations autorisées		
	Situation au regard du parcours de soins	Existence de la déclaration d'un Médecin traitant		MCC	MCG	MCS
Non concerné	Cas d'exclusion	-- (sans objet)	Toutes ⁽¹⁾	NON sauf exception ⁽³⁾ et sous condition cf. table 17bis	NON sauf exception ⁽³⁾ et sous condition cf. table 17bis	NON sauf exception ⁽³⁾ et sous condition cf. table 17bis
	Urgence	-- (sans objet)	Toutes ⁽¹⁾	NON	NON	OUI sous condition cf. table 17bis
Dans le parcours	Médecin Traitant	-- (sans objet)	Toutes ⁽¹⁾	NON		
	Nouveau Médecin Traitant	-- (sans objet)	Toutes ⁽¹⁾			
	Médecin traitant de substitution ⁽⁴⁾	Oui	Toutes ⁽¹⁾			
	Généraliste récemment installé	Oui	01, 22, 23			
	Médecin installé en zone sous médicalisée	Oui	Toutes ⁽¹⁾			
	Hors résidence habituelle du patient	Oui	01, 22, 23	NON	OUI sous condition cf. table 17bis	NON
		Non ou ne sait pas	01, 22, 23			
		Oui	Différente de 01, 22, 23	OUI sous condition cf. table 17bis	sans objet	OUI sous condition cf. table 17bis
		Non ou ne sait pas				
	Accès direct spécifique	Oui	Toutes ⁽²⁾	OUI sous condition cf. table 17bis		
Médecin orienté par le MT	-- (sans objet)	Toutes ⁽¹⁾				
Médecin orienté par un médecin autre que le MT (médecin en accès direct spécifique, généraliste récemment installé, médecin installé en zone sous médicalisée...)	Oui	Toutes ⁽¹⁾				
Hors parcours	Généraliste récemment installé	Non ou ne sait pas	01, 22, 23	NON sauf exception et sous condition cf. table 17bis		
	Médecin installé en zone sous médicalisée	Non ou ne sait pas	Toutes ⁽¹⁾			
	Accès direct spécifique	Non ou ne sait pas	Toutes ⁽¹⁾			
	Hors Accès direct spécifique	Oui	Toutes ⁽¹⁾			
		Non ou ne sait pas	Toutes ⁽¹⁾			
	Médecin orienté par un médecin autre que le MT (médecin en accès direct spécifique, généraliste récemment installé, médecin installé en zone sous médicalisée...)	Non ou ne sait pas	Toutes ⁽¹⁾			
Non respect du parcours (PS non Médecin Traitant, non orienté...)	-- (sans objet)	Toutes ⁽¹⁾				

(1) Toute spécialité de Professionnel de Santé concerné par le parcours de soins

(2) Toute spécialité de Professionnel de Santé concerné par l'accès direct spécifique (cf. Table 16)

(3) Cf. Règle 39

(4) Le PS se trouve dans la situation de « Médecin traitant de substitution » uniquement lorsque le bénéficiaire l'informe de l'existence d'une déclaration du médecin traitant.
Dans le cas contraire, la situation au regard du parcours de soins à saisir est « Non respect du parcours ».

Table 17bis Compatibilité des majorations de coordination en fonction du bénéficiaire et de la convention du PS.

PS			BENEFICIAIRE			
			Dans le parcours ou Non concerné		Hors parcours	
Code convention	Contrat tarifaire PS	hors CMU-C C2S et ACS	en CMU-C C2S et ACS	hors CMU-C C2S et ACS	CMU-C C2S ou ACS	
non conventionné	0	Aucun	non	non	non	
secteur I (sans DP)	1	Indifférent	MCC, MCS, MCG	MCC, MCS, MCG	NON	MCS, MCG, MCC
secteur I avec DP n'ayant pas adhéré à un Contrat tarifaire PS	2	Aucun	MCC, MCS, MCG			
secteur I avec DP ayant adhéré à un Contrat tarifaire PS		OPTAM ou OPTAM-CO	MCC, MCS, MCG			
secteur II n'ayant pas adhéré à un Contrat tarifaire PS	3	Aucun	MCC, MCS, MCG			
secteur II ayant adhéré à un Contrat tarifaire PS		OPTAM ou OPTAM-CO	MCC, MCS, MCG			

Remarque : Les majorations MCC, MCG et MCS sont autorisées dans le parcours de soins dans les situations d'orientation, d'accès direct spécifique ou de hors résidence habituelle du patient. La majoration MCS est également facturable dans un contexte d'urgence. Les majorations MCC, MCS et MCG sont également facturables hors parcours de soins pour des bénéficiaires de la CMU-C C2S, de l'ACS et de l'AME-C.

Table 17ter Majorations de coordination pour les patients de moins de 16 ans

MAJORATION DE COORDINATION
MCC
MCG
MCS

Table 18 Durée de validité de contextes particuliers du parcours de soins

Contexte du parcours de soins	Spécialité PS	Durée de validité du contexte en Mois
Généraliste nouvellement installé	01, 22, 23	60
Médecin installé en zone sous médicalisée	Toutes (*)	60

(*) toute spécialité de Professionnel de Santé concerné par le parcours de soins

Table 19 Acte de référence pour le calcul du plafond hors parcours.

Acte de référence pour la détermination du plafond du reste à charge du MTM hors parcours de soins
CS+MPC

Tables 20.X Tables des spécialité de PS utilisées dans les tables 8.x

Table	20.1	Table des spécialités utilisées pour la gestion du code situation	0401	de la table	8.1 / 8.2 / 8.3 / 8.4/8.5
		07	Gynécologie-obstétrique		
		18	Stomatologie		
		19	Chirurgie dentaire		
		36	Chirurgien dentiste spécialiste O.D.F		
		53	Chirurgien dentiste spécialité C.O.		
		54	Chirurgien dentiste spécialité M.B.D.		
		69	Chirurgie orale		
		70	Gynécologie Médicale		
		77	Obstétrique		
		79	Gynécologie obstétrique et gynécologie médicale		
Table	20.2	Table des spécialités utilisées pour la gestion du code situation	0402	de la table	8.1
		18	Stomatologie		
		19	Chirurgie dentaire		
		36	Chirurgien dentiste spécialiste O.D.F		
		53	Chirurgien dentiste spécialité C.O.		
		54	Chirurgien dentiste spécialité M.B.D.		
		69	Chirurgie orale		

Tables 21.X Tables des codes prestation utilisées dans les tables 8.x

Table	21.1	code situation	0400	table	8.1
		Code prestation	Catégorie médicale	Hors CCAM	CCAM
		ACO	Toutes		o
		BDC	so	o	
		BDX	so	o	
		BR2	so	o	
		BR4	so	o	
		BRP	so	o	
		FTN	so	o	
		FTR	so	o	
		IK	so	o	
		IKM	so	o	
		IKS	so	o	
		VDC	so	o	

Table	21.2	code situation	0401	table	8.1
		Code prestation	Catégorie médicale	Hors CCAM	CCAM
		ADA	Toutes		o
		ADC	Toutes		o
		ADE	Toutes		o
		ADI	Toutes		o
		ATM	AD		o
			CP		
			PD		
			Non renseigné		
		K	so	o	
		Z	so	o	

Table	21.3	code situation	0402	table	8.1	Cette table contient la liste des codes prestations couvrant les soins dentaires prothétiques
		Code prestation	Catégorie médicale	Hors CCAM	CCAM	
		BR1	Toutes		e	
		CM0	Toutes		e	
		CT0	Toutes		e	
		CT1	Toutes		e	
		CZ0	Toutes		e	
		CZ1	Toutes		e	
		END	Toutes		e	
		IC0	Toutes		e	
		IC1	Toutes		e	
		IC0	Toutes		e	

IMP	Toutes		e
IN1	Toutes		e
INO	Toutes		e
PA0	Toutes		e
PA1	Toutes		e
PAM	Toutes		e
PAR	Toutes		e
PDT	Toutes		e
PF0	Toutes		e
PF1	Toutes		e
PFC	Toutes		e
PFM	Toutes		e
PT0	Toutes		e
RA0	Toutes		e
RE1	Toutes		e
RF0	Toutes		e
RPN	Toutes		e
RS0	Toutes		e
SU0	Toutes		e
SU1	Toutes		e

Table 21.8	code situation 0400		table 8.2 8.4	
	Code prestation	Catégorie médicale	Hors CCAM	CCAM
	IK	so	o	
	IKM	so	o	
	IKS	so	o	

Table 21.11	code situation 0400		table 8.3 8.5	
	Code prestation	Catégorie médicale	Hors CCAM	CCAM
	APA	so	o	
	ATL	so	o	
	COR	so	o	
	DVO	so	o	
	HC	so	o	
	HD1	so	o	
	HG1	so	o	
	LEN	so	o	
	LUN	so	o	
	MPI	so	o	
	OPC	so	o	
	OPT	so	o	
	ORC	so	o	
	ORP	so	o	
	P1D	so	o	
	P1G	so	o	
	P2D	so	o	

P2G	so	o	
PA	so	o	
PAU	so	o	
PAZ	so	o	
PDM	so	o	
PEX	so	o	
PH1	so	o	
PIL	so	o	
PIO	so	o	
POC	so	o	
PPP	so	o	
SUI	so	o	
TNS	so	o	
UPH	so	o	
VEH	so	o	
VER	so	o	

Table	21.12	code situation	0402	table	8-3 8-5
		Code prestation	Catégorie médicale	Hors CCAM	CCAM
		ATL	so	e	
		COR	so	e	
		DVO	so	e	
		HC	so	e	
		HD1	so	e	
		HG1	so	e	
		LEN	so	e	
		LUN	so	e	
		MPI	so	e	
		OPC	so	e	
		OPT	so	e	
		ORC	so	e	
		ORP	so	e	
		PA	so	e	
		PAU	so	e	
		PAZ	so	e	
		PDM	so	e	
		PEX	so	e	
		PH1	so	e	
		PIO	so	e	
		POC	so	e	
		PPP	so	e	
		SUI	so	e	
		TNS	so	e	
		UPH	so	e	
		VEH	so	e	
		VER	so	e	

Table	21.13	code situation	0410	table	8-3
--------------	--------------	-----------------------	-------------	--------------	------------

Code prestation	Catégorie médicale	Hors CCAM	CCAM
HD2	se	e	
HD4	se	e	
HD7	se	e	
HG2	se	e	
HG4	se	e	
HG7	se	e	
MHU	se	e	
PH2	se	e	
PH4	se	e	
PH7	se	e	
PPI	se	e	

Table 21.14	code situation 0410	table 8-3 8-5		
Code prestation	Catégorie médicale	Hors CCAM	CCAM	
ATL	se	e		
DVO	se	e		
HC	se	e		
HD4	se	e		
HG4	se	e		
MPI	se	e		
OPC	se	e		
ORP	se	e		
PA	se	e		
PDM	se	e		
PH4	se	e		
POC	se	e		
PPP	se	e		
TNS	se	e		
UPH	se	e		
VEH	se	e		

Table 21.15	code situation 0411	table 8-3 8-5		
Code prestation	Catégorie médicale	Hors CCAM	CCAM	
ATL	se	e		
COR	se	e		
DVO	se	e		
HC	se	e		
HD4	se	e		
HG4	se	e		
LEN	se	e		
LUN	se	e		
M01	se	e		
M02	se	e		
M03	se	e		
M04	se	e		

MPI	se	e	
MS1	se	e	
MS2	se	e	
OME	se	e	
OP1	se	e	
OP2	se	e	
OP3	se	e	
OP4	se	e	
OP5	se	e	
OP6	se	e	
OP7	se	e	
OPC	se	e	
OPM	se	e	
OPT	se	e	
ORC	se	e	
ORP	se	e	
OV1	se	e	
OV2	se	e	
OV3	se	e	
OV4	se	e	
OV5	se	e	
OV6	se	e	
OV7	se	e	
OV8	se	e	
OV9	se	e	
OVA	se	e	
OVB	se	e	
PA	se	e	
PAU	se	e	
PAZ	se	e	
PDM	se	e	
PEX	se	e	
PH1	se	e	
PIO	se	e	
POC	se	e	
PPP	se	e	
S01	se	e	
SUI	se	e	
SV1	se	e	
SV2	se	e	
SV3	se	e	
SV4	se	e	
TNS	se	e	
UPH	se	e	
V01	se	e	
V02	se	e	
V03	se	e	
V04	se	e	
VEH	se	e	
VER	se	e	
VM1	se	e	
VM2	se	e	

VM3	se	e	
VM4	se	e	
VM5	se	e	
VM6	se	e	
VM7	se	e	
VU1	se	e	
VU2	se	e	
VU3	se	e	
VU4	se	e	
VU5	se	e	
VU6	se	e	
VU7	se	e	

Table	21.17	code situation	0411	table	8.3
		Code-prestation	Catégorie-médicale	Hors-CCAM	CCAM
		HD2	se	e	
		HC2	se	e	
		MHU	se	e	
		PH2	se	e	
		PM2	se	e	
		PMH	se	e	

Tables 22.X Tables des codes spécialité de PS utilisées dans certaines règles

Table	22.1	Table des spécialités non autorisés à facturer un samedi une majoration de dimanche et jour férié	Règle	R15
	19	Chirurgie dentaire		
	28	Orthophoniste		
	36	Chirurgien dentiste spécialiste O.D.F		

Tables 23 Table du type de majoration en fonction du code prestation

Code prestation	Valeur seuil du coefficient	Type de majoration	
		Coefficient inférieur à la valeur seuil	Coefficient Supérieur ou égal à la valeur seuil
C	so	Forfaitaire	
CNP	so	Forfaitaire	
CS	so	Forfaitaire	
K	15	Forfaitaire	Pourcentage
SF	15	Forfaitaire	Pourcentage
V	so	Forfaitaire	
VNP	so	Forfaitaire	
VS	so	Forfaitaire	
Z	15	Forfaitaire	Pourcentage
Autre	so	Forfaitaire	Autre

Table 24 Taux d'abattement pour les IK des infirmiers

Taux	Date d'effet	Date de fin
0%	01/01/2020	
50%	01/01/2020	
100%	01/01/2020	

Table 30 Prestations soumises obligatoirement à un supplément dérogatoire SMG

Code prestation	Code affiné
ORT	so
TO	so

Table 41 Table des contextes tarifaires PS

DEFINITION				CONTEXTE tarifaire PS	
Code convention	Contrat tarifaire PS	Groupe de Spécialité PS	Date d'exécution de la prestation	Code CTX_PS	Libellé
1	OPTAM-CO	CO	01/01/15	1	secteur 1 CAS, Toutes spécialités médicales
			01/01/17	14	secteur 1 OPTAM-CO, specialites de chirurgie et gyneco-obstetrique
1	OPTAM	CO	01/01/15	1	secteur 1 CAS, Toutes spécialités médicales
			01/01/17	17	secteur 1 OPTAM, specialites de chirurgie et gyneco-obstetrique
1	Aucun	CO	01/01/15	2	secteur 1, Toutes spécialités médicales
			01/01/17	32	secteur 1, specialites de chirurgie et gyneco-obstetrique
1	OPTAM	AN	01/01/15	1	secteur 1 CAS, Toutes spécialités médicales
			01/01/17	18	secteur 1 OPTAM, anesthésistes
1	Aucun	AN	01/01/15	2	secteur 1, Toutes spécialités médicales
			01/01/17	33	secteur 1, anesthésistes
1	OPTAM	GE	01/01/15	1	secteur 1 CAS, Toutes spécialités médicales
			01/01/17	20	secteur 1 OPTAM, généralistes
1	Aucun	GE	01/01/15	2	secteur 1, Toutes spécialités médicales
			01/01/17	35	secteur 1, généralistes
1	OPTAM	PE	01/01/15	1	secteur 1 CAS, Toutes spécialités médicales
			01/01/17	19	secteur 1 OPTAM, pédiatres
1	Aucun	PE	01/01/15	2	secteur 1, Toutes spécialités médicales
			01/01/17	34	secteur 1, pédiatres
1	Aucun	AUTRES	01/01/15	2	secteur 1, Toutes spécialités médicales
			01/01/17	36	secteur 1, autres specialites medicales
1	OPTAM	AUTRES	01/01/15	1	secteur 1 CAS, Toutes spécialités médicales
			01/01/17	21	secteur 1 OPTAM, autres specialites medicales
2	OPTAM-CO	CO	01/01/15	4	secteur 1DP CAS, Toutes spécialités médicales
			01/01/17	15	secteur 1 DP OPTAM-CO, specialites de chirurgie et gyneco-obstetrique
2	OPTAM	CO	01/01/15	4	secteur 1DP CAS, Toutes spécialités médicales
			01/01/17	22	secteur 1DP OPTAM, specialites de chirurgie et gyneco-obstetrique
2	Aucun	CO	01/01/15	5	secteur 1DP, Toutes spécialités médicales
			01/01/17	37	secteur 1DP, specialites de chirurgie et gyneco-obstetrique
2	OPTAM	AN	01/01/15	4	secteur 1DP CAS, Toutes spécialités médicales
			01/01/17	23	secteur 1DP OPTAM, anesthésistes
2	Aucun	AN	01/01/15	5	secteur 1DP, Toutes spécialités médicales
			01/01/17	38	secteur 1DP, anesthésistes
2	OPTAM	GE	01/01/15	4	secteur 1DP CAS, Toutes spécialités médicales
			01/01/17	25	secteur 1DP OPTAM, généralistes
2	Aucun	GE	01/01/15	5	secteur 1DP, Toutes spécialités médicales
			01/01/17	40	secteur 1DP, généralistes
2	OPTAM	PE	01/01/15	4	secteur 1DP CAS, Toutes spécialités médicales
			01/01/17	24	secteur 1DP OPTAM, pédiatres
2	Aucun	PE	01/01/15	5	secteur 1DP, Toutes spécialités médicales
			01/01/17	39	secteur 1DP, pédiatres

2	OPTAM	AUTRES	01/01/15	4	secteur 1DP CAS, Toutes spécialités médicales
			01/01/17	26	secteur 1DP OPTAM, autres specialites medicales
2	Aucun	AUTRES	01/01/15	5	secteur 1DP, Toutes spécialités médicales
			01/01/17	41	secteur 1DP, autres specialites medicales
3	OPTAM-CO	CO	01/01/15	7	secteur 2 CAS, Toutes spécialités médicales
			01/01/17	16	secteur 2 OPTAM-CO, specialites de chirurgie et gyneco-obstetrique
3	OPTAM	CO	01/01/15	7	secteur 2 CAS, Toutes spécialités médicales
			01/01/17	27	secteur 2 OPTAM, specialites de chirurgie et gyneco-obstetrique
3	Aucun	CO	01/01/15	8	secteur 2, Toutes spécialités médicales
			01/01/17	42	secteur 2, specialites de chirurgie et gyneco-obstetrique
3	OPTAM	AN	01/01/15	7	secteur 2 CAS, Toutes spécialités médicales
			01/01/17	28	secteur 2 OPTAM, anesthésistes
3	Aucun	AN	01/01/15	8	secteur 2, Toutes spécialités médicales
			01/01/17	43	secteur 2, anesthésistes
3	OPTAM	GE	01/01/15	7	secteur 2 CAS, Toutes spécialités médicales
			01/01/17	30	secteur 2 OPTAM, généralistes
3	Aucun	GE	01/01/15	8	secteur 2, Toutes spécialités médicales
			01/01/17	45	secteur 2, généralistes
3	OPTAM	PE	01/01/15	7	secteur 2 CAS, Toutes spécialités médicales
			01/01/17	29	secteur 2 OPTAM, pédiatres
3	Aucun	PE	01/01/15	8	secteur 2, Toutes spécialités médicales
			01/01/17	44	secteur 2, pédiatres
3	OPTAM	AUTRES	01/01/15	7	secteur 2 CAS, Toutes spécialités médicales
			01/01/17	31	secteur 2 OPTAM, autres specialites medicales
3	Aucun	AUTRES	01/01/15	8	secteur 2, Toutes spécialités médicales
			01/01/17	46	secteur 2, autres specialites medicales
0	Aucun	CO	01/01/15	9	non conventionné, Toutes spécialités médicales
			01/01/17	47	non conventionné, specialites de chirurgie et gyneco-obstetrique
0	Aucun	AN	01/01/15	9	non conventionné, Toutes spécialités médicales
			01/01/17	48	non conventionné, anesthésistes
0	Aucun	GE	01/01/15	9	non conventionné, Toutes spécialités médicales
			01/01/17	50	non conventionné, généralistes
0	Aucun	PE	01/01/15	9	non conventionné, Toutes spécialités médicales
			01/01/17	49	non conventionné, pédiatres
0	Aucun	AUTRES	01/01/15	9	non conventionné, Toutes spécialités médicales
			01/01/17	51	non conventionné, autres specialites medicales
≠ 0	Aucun	CD	01/01/15	10	conventionné, Chirurgiens dentistes
0	Aucun	CD	01/01/15	11	non conventionné, Chirurgiens dentistes
≠ 0	Aucun	SF	01/01/15	12	conventionné, Sages-femmes
0	Aucun	SF	01/01/15	13	non conventionné, Sages-femmes

Table 41bis Groupes de spécialités PS utilisés pour le contexte tarifaire de la prestation

Code groupe spécialité	Libellé	Code spécialité	Libellé
AN	Anesthésiste	02	• Anesthésie-Réanimation
		20	• Réanimation médicale
CD	Chirurgien dentiste	19	• Chirurgien dentiste
		36	• Chirurgie Dentaire spécialité O.D.F
		53	• Chirurgien dentiste spécialité C.O.
		54	• Chirurgien dentiste spécialité M.B.D.
CO	Chirurgie & Gynéco-obstétrique	04	• Chirurgie Générale
		07	• Gynécologie obstétrique
		10	• Neuro-Chirurgie
		11	• Oto-Rhino-Laryngologie
		15	• Ophtalmologie
		16	• Chirurgie urologique
		18	• Stomatologie
		41	• Chirurgie orthopédique et Traumatologie
		43	• Chirurgie infantile
		44	• Chirurgie maxillo-faciale
		45	• Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
		46	• Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique
		47	• Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
		48	• Chirurgie vasculaire
		49	• Chirurgie viscérale et digestive
		69	• Chirurgie orale
		70	• Gynécologie médicale
77	• Obstétrique		
79	• Obstétrique et Gynécologie médicale		
GE	Généralistes	01	• Médecine générale
		22	• Spécialiste en médecine générale avec diplôme
		23	• Spécialiste en médecine générale reconnu par l'ordre
PE	Pédiatres	12	• Pédiatrie
SF	Sages-Femmes	21	• Sage-femme
AUTRES	Autres professions médicales	03	• Cardiologie
		05	• Dermatologie et Vénérologie
		06	• Radiologie
		08	• Gastro-Entérologie et Hépatologie
		09	• Médecine interne
		13	• Pneumologie
		14	• Rhumatologie
		17	• Neuro-Psychiatrie
31	• Rééducation Réadaptation fonctionnelle		

Code groupe spécialité	Libellé	Code spécialité	Libellé
		32	• Neurologie
		33	• Psychiatrie
		34	• Gériatrie
		35	• Néphrologie
		37	• Anatomopathologie
		38	• Médecin biologiste
		42	• Endocrinologie et Métabolisme
		71	• Hématologie
		72	• Médecine nucléaire
		73	• Oncologie médicale
		74	• Oncologie radiothérapique
		75	• Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
		76	• Radiothérapie
		78	• Génétique médicale
		80	• Santé publique et médecine sociale
		81	• Médecine des Maladies infectieuses et tropicales
		82	• Médecine légale et expertises médicales
		83	• Médecine d'urgence
		84	• Médecine vasculaire
		85	• Allergologie

Table 42 Table des contextes tarifaires BS

SITUATION PARTICULIERE BS (bénéficiaire des soins)	Date d'exécution de la prestation	CONTEXTE tarifaire BS (bénéficiaire des soins)	
		Code	Libellé
Pas de situation spécifique	01/01/15	1	Tout Bénéficiaire
	01/01/17	3	Cas général hors CMU-C C2S et ACS
CMU-C C2S	01/01/15	1	Tout Bénéficiaire
	01/01/17	2	CMUC C2S
Sortant de CMU-C C2S	01/01/15	1	Tout Bénéficiaire
	01/01/17	3	Cas général hors CMU-C C2S et ACS
AME	01/01/15	1	Tout Bénéficiaire
	01/01/17	3	Cas général hors CMU-C C2S et ACS
ACS	01/01/15	1	Tout Bénéficiaire
	01/01/17	4	ACS

Détermination du taux de remboursement en l'absence du code couverture

Table 50.1 Table des taux de remboursement en l'absence de code couverture pour tous les Professionnels de Santé et pour le régime général, le RSI, la CCAS RATP, la CPRPSNCF, l'ENIM, la CNMSS, la CAVIMAC, le Port Autonome de Bordeaux, les Caisses autonomes de Sécurité Sociale du Sénat, les Fonds de sécurité sociale de l'Assemblée Nationale, les sections locales mutualistes et en partie pour le régime agricole.

Libellé	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
100 % toutes prestations		100 %	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
<i>Sinon</i> 100 % sauf vignettes orange, bleues et produits pharmaceutiques assimilés	NON	100 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH = 15 % PH4, HD4, HG4, MHU, PMH, PM4, PPI, = 30%	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % sauf vignettes orange, bleues et produits pharmaceutiques assimilés		100 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH = 15 % PH4, HD4, HG4, MHU, PMH, PM4, PPI, = 30%	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
<i>sinon</i> 100 % sauf vignettes orange, bleues et produits pharmaceutiques assimilés taux rég. local frontalier	NON	100 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2 = 15 % MHU, PMH = 65% PH4, HD4, HG4, MHU, PMH, PM4, PPI, = 80 %	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % sauf vignettes orange, bleues		100 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2 = 15 %	Assuré ou bénéficiaire exonéré

Libellé	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
et produits pharmaceutiques assimilés taux rég. local frontalier		MHU, PMH = 65% PH4, HD4, HG4, MHU, PMH, PM4, PPI, = 80%	
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
<i>sinon</i> taux rég. local frontalier	NON	90% sauf PH2, PM2, HD2, HG2 = 15% MHU, PMH = 65% PH4, HD4, HG4, MHU, PMH, PM4, PPI, = 80%	Pas d'exonération
taux rég. local frontalier		90 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2 = 15% MHU, PMH = 65% PH4, HD4, HG4, MHU, PMH, PM4, PPI, = 80%	Pas d'exonération
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
<i>sinon</i> Taux FSV	NON	PH2, HD2, HG2, MHU = 15% PH4, HD4, HG4, MHU, PPI = 30% HDA, HDE, HDR, PH7 = 65% autres = 80 %	FSV
Taux FSV		PH2, HD2, HG2, MHU = 15% PH4, HD4, HG4, MHU, PPI = 30% HDA, HDE, HDR, PH7 = 65% autres = 80 %	FSV
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
<i>sinon</i> 100 % sauf vignettes orange, bleues	NON	100 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2 = 15 % MHU, PMH = 65%	Assuré ou bénéficiaire exonéré

Libellé	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
et produits pharmaceutiques assimilés Taux Alsace-Moselle		PH4, HD4, HG4, MHU, PMH, PM4, PPI = 80%	
100 % sauf vignettes orange, bleues et produits pharmaceutiques assimilés Taux Alsace-Moselle		100 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2 = 15 % MHU, PMH = 65% PH4, HD4, HG4, MHU, PMH, PM4, PPI = 80%	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
<i>Sinon</i> Taux Alsace-Moselle	NON	90 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2 = 15% MHU, PMH = 65% PH4, HD4, HG4, MHU, PMH, PM4, PPI, = 80%	Pas d'exonération
Taux Alsace-Moselle		90 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2 = 15% PH4, HD4, HG4, MHU, PMH, PM4, PPI = 80%	Pas d'exonération
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
<i>Sinon</i> Autres cas non exonérés	NON	ni exonération – ni modulation	Pas d'exonération
Non exonéré		ni exonération – ni modulation	Pas d'exonération
100 % maternité	NON	100 %	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
100 % si service médical SNCF	NON		

Libellé	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
ou si gynécologie K, Z, ADA, ADC, ADE, ADI, ATM dentaire, hospitalisation transport			Exonération régimes spéciaux (Service médical SNCF)
Autres cas taux régime général		ni exonération – ni modulation	Pas d'exonération
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
<i>sinon</i> 100 % transport hospitalisation Appareillage Autres cas 75 %	NON	100 % ou 75 %	Pas d'exonération
75 % toute prestation sauf 100 % transport hospitalisation Appareillage		100 % ou 75 %	Pas d'exonération.
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
<i>sinon</i> 100% toutes prestations sauf 75 % pharmacie et prothèse dentaire	NON	100 % ou 75 %	Pas d'exonération
100 % toute prestation sauf 75 % pharmacie et prothèse dentaire		100 % ou 75 %	Pas d'exonération.
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
<i>sinon</i> 90 % toute prestation sauf 100 % transport hospitalisation Appareillage 15% Vignettes oranges et produits pharmaceutiques assimilés 80 % vignettes bleues et produits pharmaceutiques assimilés	NON	100 % ou 90 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH = 15% PH4, HD4, HG4, MHU, PMH, PM4, PPI, = 80%	Pas d'exonération

Libellé	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
90 % toute prestation sauf 100 % transport hospitalisation Appareillage 15% Vignettes oranges et produits pharmaceutiques assimilés 80 % vignettes bleues et produits pharmaceutiques assimilés		100 % ou 90 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH = 15% PH4, HD4, HG4, MHU, PMH, PM4, PPI, = 80%	Pas d'exonération
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
<i>Sinon</i> 80 % toute prestation sauf 100 % transport hospitalisation appareillage 75 % médicament	NON	100 % ou 80% ou 75 %	FSV (pas de motif d'exo pour 100% THA)
80 % toute prestation sauf 100 % transport hospitalisation appareillage 75 % médicament		100 % ou 80% ou 75 %	FSV (pas de motif d'exo pour 100% THA)
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
<i>sinon</i> 100 % maternité		100 % maternité	Assuré ou bénéficiaire exonéré
<i>sinon</i> taux régime Alsace-Moselle	NON	<i>sinon</i> 90 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2 =15% MHU, PMH = 65% PH4, HD4, HG4, MHU, PMH, PM4, PPI, = 80%	Pas d'exonération
100 % toute prestation Sauf vignettes orange et produits pharmaceutiques assimilés 15%, Sauf vignettes bleues et produits pharmaceutiques assimilés 80 %		100 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH = 15 % PH4, HD4, HG4, MHU, PMH, PM4, PPI = 80%	Assuré ou bénéficiaire exonéré

Libellé	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
100 % maternité		100 %	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
<i>sinon</i> 100 % toutes prestations Sauf vignettes orange et produits pharmaceutiques assimilés 15 % Sauf vignettes bleues et produits pharmaceutiques assimilés 80 %	NON	100 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH = 15 % PH4, HD4, HG4, MHU, PMH, PM4, PPI = 80%	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % si liés ALD XXXXXX I	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
<i>sinon</i> Autres cas taux régime général	NON	ni exonération - ni modulation	Pas d'exonération
Régime réduit soins non couverts		Non remboursé (Cf. R18)	Pas d'exonération
Pas d'exo taux régime général		ni exonération - ni modulation	Pas d'exonération

Table 50.2 Table des taux de remboursement en l'absence de code couverture pour tous les Professionnels de Santé et pour le régime agricole

Libellé	Soins en rapport avec un accident OUI / NON(1)	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
100 % si liés ALD XXXXXX sinon	OUI		Non remboursé	
100 %	NON	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
sauf vignettes orange, bleues et produits pharmaceutiques assimilés Taux Alsace-Moselle (accidents non couverts) (1)		NON	100 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2, PH4, , HD4, HG4, MHU, PMH, PM4, PPI= 90 %	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % sauf Vignettes orange, bleues et produits pharmaceutiques assimilés Taux Alsace-Moselle	Sans objet		100 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2, PH4, HD4, HG4, MHU, PMH, PM4, PPI= 90 %	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % liés ALD XXXXXX	Sans objet	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
sinon		NON	90 %	Pas d'exonération
Taux Alsace-Moselle				
Taux Alsace-Moselle	Sans objet		90 %	Pas d'exonération

(1) Cf. règle R35 (il ne doit pas y avoir élaboration de Feuille de Soins Electronique sécurisée SESAM-Vitale notamment lorsque le libellé " accidents non couverts " est mentionné.
Lorsque le libellé " accidents non couverts " n'est pas mentionné et que les soins sont en rapport avec un accident, il doit y avoir élaboration d'une FSE avec valorisation des données du groupe 1511.

Libellé	Soins en rapport avec un accident OUI / NON(1)	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI		Non remboursé	
sinon	NON	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
Autres cas non exonérés (accidents non couverts) (2)		NON	ni exonération - ni modulation	Pas d'exonération
Non exonéré	OUI		Non remboursé	
(accidents non couverts) (2)	NON		ni exonération - ni modulation	Pas d'exonération

(2) Cf. règle R35 (il ne doit pas y avoir élaboration de Feuille de Soins Electronique sécurisée SESAM-Vitale exclusivement lorsque le libellé " accidents non couverts " est mentionné.
Lorsque le libellé " accidents non couverts " n'est pas mentionné et que les soins sont en rapport avec un accident, il doit y avoir élaboration d'une FSE avec valorisation des données du groupe 1511.

Table 50.4 Table des taux de remboursement en l'absence de code couverture pour tous les Professionnels de Santé et pour la CRPCEN

Libellé	Spécialité du PS	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
100 % toutes prestations	Toutes	Néant	100 %	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % liés ALD XXXXXX	Toutes	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
Sinon	Prescripteurs	NON	85 %	Pas d'exonération
	Aux. Med. et prélèvement de biologie médicale	NON	80 %	Pas d'exonération
	Labo. de Biologie med.	NON	75 %	Pas d'exonération
	Pharmaciens*	NON	PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH =15% MHU, PH4, HD4, HG4, PM4, PMH, PPI = 45 % autres = 85 %	Pas d'exonération
	Fournisseurs	NON	85%	Pas d'exonération
100 % liés ALD XXXXXX	Toutes	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
Sinon Taux FSV	Prescripteurs	NON	85 %	FSV
	Aux. Med. et labo de Biologie med.	NON	80 %	FSV
	Pharmaciens*	NON	PH2, HD2, HG2, MHU =15% MHU, PH4, HD4, HG4, PPI = 45 % autres = 85 %	FSV
	Fournisseurs	NON	85%	FSV
FSV	Prescripteurs	Néant	85 %	FSV
	Aux. Med. et labo de Biologie med.	Néant	80 %	FSV

Libellé	Spécialité du PS	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
	Pharmaciens*	Néant	PH2, HD2, HG2, MHU =15% MHU, PH4, HD4, HG4, PPI = 45 % autres = 85 %	FSV
	Fournisseurs	Néant	85%	FSV
100 % lié ALD XXXXXX sinon 100 % sauf vignettes orange, bleues	Toutes	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
	Toutes	NON	100 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH = 15 % PH4, HD4, HG4, MHU, PMH, PM4, PPI = 45 %	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % sauf vignettes orange, bleues	Toutes	Néant	100 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH = 15 % PH4, HD4, HG4, MHU, PMH, PM4, PPI = 45%	Assuré ou bénéficiaire exonéré
Non exonéré	Prescripteurs	Néant	85 %	Pas d'exonération
	Aux. Med. et prélèvement de biologie médicale	Néant	80 %	Pas d'exonération
	Labo. de Biologie med.	Néant	75 %	Pas d'exonération
	Pharmaciens*	Néant	PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH = 15 % PH4, HD4, HG4, MHU, PMH, PM4, PPI = 45 % autres = 85 %	Pas d'exonération
	Fournisseurs	Néant	85%	Pas d'exonération

* cette ligne concerne également les prestations pharmaceutiques délivrées par un médecin généraliste propharmacien

Table 50.6 Table des taux de remboursement en l'absence de code couverture pour tous les Professionnels de Santé et pour le régime minier.

Libellé	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justificatif d'exo TM
100% toutes prestations		100%	Exonération régimes spéciaux
100% liés à une ALDXXXXX	Oui	100%	Soins conformes au protocole ALD
Sinon	Non	100%	Exonération régimes spéciaux
100% maternité	Non	100%	exonération régimes spéciaux
sinon 100% liés à une ALDXXX	oui	100%	Soins conformes au protocole ALD
100% maternité		100%	Exonération régimes spéciaux

Table 51 Table des prestations ouvrant droit à un complément AT dentaire

Prestation saisie par le PS				Complément AT dentaire à générer
Code prestation	Type de nomenclature	Catégorie médicale de l'acte	Qualificatif de la dépense	
*	CCAM	PD	Différent de « N »	ATD

*= toute valeur

Table 52 Table des coefficients pour le calcul du PU d'un complément AT

Code prestation du complément AT	Nature d'assurance	Situation du bénéficiaire	Coefficient à utiliser pour le calcul du PU (cf. règle B2)
ATD	AT	Différent de SP18	0,5
ATD	AT	SP18	0,5
ATD	Maladie	SP18	0,5
ATD	Maternité	SP18	0,5
ATD	Maladie	Différent de SP18	Sans objet
ATD	Maternité	Différent de SP18	Sans objet
ATL	AT	Différent de SP18	0,5
ATL	AT	SP18	0,5
ATL	Maladie	SP18	0,5
ATL	Maternité	SP18	0,5
ATL	Maladie	Différent de SP18	Sans objet
ATL	Maternité	Différent de SP18	Sans objet

Table 55 Code prestation de dépassement à générer en cas de Victime d'Attentat

Acte support			Code prestation du dépassement à générer
Type de Nomenclature	Groupe fonctionnel		
	Général	Détail	
*	Soins Dentaires	*	DDT
LPP	*	*	DLT
Différent de LPP	Différent de Soins Dentaires	*	DHT

* : toute valeur

Table 60 Table des codes prestation à générer en fonction d'une prestation en cours

Prestation saisie par le PS					Code de la prestation à générer
Code prestation	Type de nomenclature	Présence Code affiné	Type de conditionnement	Qualificatif de la dépense	
PH1	cf. table 1	OUI*	Petit	toute valeur	HD1
PH1	cf. table 1	OUI*	Grand	toute valeur	HG1
PH2	cf. table 1	OUI*	Petit	toute valeur	HD2
PH2	cf. table 1	OUI*	Grand	toute valeur	HG2
PH4	cf. table 1	OUI*	Petit	toute valeur	HD4
PH4	cf. table 1	OUI*	Grand	toute valeur	HG4
PH7	cf. table 1	OUI*	Petit	toute valeur	HD7
PH7	cf. table 1	OUI*	Grand	toute valeur	HG7
MHU	cf. table 1	OUI	Petit	toute valeur	HD4 HD2
MHU	cf. table 1	OUI	Grand	toute valeur	HG4 HG2

* = le code prestation concerné est nécessairement suivi d'un code affiné (cf. table 1)

Table 61 **Nombre minimum de médicaments remboursables différents donnant droit à l'Honoraire Complexe**

Nombre minimum de médicaments remboursables différents donnant droit à l'Honoraire Complexe
5

Table 63 Table des conditions donnant droit à un honoraire de dispensation lié à l'âge

Condition	Limite d'âge	Unité
Inférieur	3	ans
Supérieur ou égal	70	ans

Table 65 Table de validité des modes de prescription

Mode de prescription	Libellé court	Libellé long	Date d'effet	Date fin
F	NS CIF	non substituable (CIF)	01/01/2020	
G	NS EFG	non substituable (EFG)	01/01/2020	
M	NS	Non substituable	T0	31/12/2019
P	NS MTE PH	non substituable (MTE-PH)	30/01/2020	
T	NS MTE	non substituable (MTE)	01/01/2020	

Table 66 Table de compatibilité entre le mode de prescription et l'indicateur de substitution pour délivrance du princeps

Mode de prescription	Indicateur de substitution
blanc	N
blanc	U
F	Blanc
G	Blanc
M	blanc
M	N
P	Blanc
T	Blanc

Table 70 Consultations Obligatoires Enfant

Age min		Spécialité PS	Code conventionnel	Contrat PS	Caisse de rattachement du PS	Choix PS	Médecin traitant	Code prestation
nb	unité					Saisie PS	Saisie PS	
0	jours	01,22,23, 12	0,1,2,3	TOUS	Toutes	SO	so	Non déterminé
13	jours	01,22,23	1,2,3	OPTAM	Toutes	SO	so	COD
id	id	id	2,3	Non OPTAM	Toutes	BR_R_noDep	so	COD
id	id	id	id	id	Toutes	BR_noR_Dep	so	COG
id	id	id	0	Non OPTAM	Toutes	SO	so	COA
id	id	12	1,2,3	OPTAM	Toutes	SO	so	COH
id	id	id	2,3	Non OPTAM	Toutes	BR_R_noDep	so	COH
id	id	id	id	id	Toutes	BR_noR_Dep	so	COG
id	id	id	0	Non OPTAM	Toutes	SO	so	COA
8	mois	01,22,23, 12	0,1,2,3	TOUS	Toutes	SO	so	COE
10	mois	01,22,23	1,2,3	OPTAM	Toutes	SO	so	COD
id	id	id	2,3	Non OPTAM	Toutes	BR_R_noDep	so	COD
id	id	id	id	id	Toutes	BR_noR_Dep	so	COG
id	id	id	0	Non OPTAM	Toutes	SO	so	COA
id	id	12	1,2,3	OPTAM	Toutes	SO	so	COH
id	id	id	2,3	Non OPTAM	Toutes	BR_R_noDep	so	COH
id	id	id	id	id	Toutes	BR_noR_Dep	so	COG
id	id	id	0	Non OPTAM	Toutes	SO	so	COA
23	mois	01,22,23, 12	0,1,2,3	TOUS	Toutes	SO	so	COE
25	mois	01,22,23	1,2,3	OPTAM	Toutes	SO	so	COD
id	id	id	2,3	Non OPTAM	Toutes	BR_R_noDep	so	COD
id	id	id	id	id	Toutes	BR_noR_Dep	so	COG
id	id	id	0	Non OPTAM	Toutes	SO	so	COA
id	id	12	1,2,3	OPTAM	Toutes	SO	so	COH
id	id	id	2,3	Non OPTAM	Toutes	BR_R_noDep	so	COH
id	id	id	id	id	Toutes	BR_noR_Dep	so	COA
id	id	id	0	Non OPTAM	Toutes	SO	so	COA
6	ans	01,22,23	1,2,3	OPTAM	Toutes	SO	so	COB
id	id	id	2,3	Non OPTAM	id	BR_R_noDep	so	COB
id	id	id	id	id	id	BR_noR_Dep	so	COA
id	id	id	0	Non OPTAM	Toutes	SO	so	COA
id	id	12	1,2,3	OPTAM	≠ 976	SO	OUI	COG
id	id	id	id	id	id	SO	NON	COD
id	id	id	id	id	976	so	so	COM
id	id	id	2,3	Non OPTAM	≠ 976	BR_R_noDep	OUI	COG
id	id	id	id	id	id	id	NON	COD
id	id	id	id	id	id	BR_noR_Dep	so	COA
id	id	id	id	id	976	BR_R_noDep	so	COM
id	id	id	id	id	id	BR_noR_Dep	so	COA
id	id	id	0	Non OPTAM	Toutes	SO	so	COA
17	ans	01,22,23, 12	0,1,2,3	TOUS	Toutes	SO	so	Non déterminé

Légende :

- BR_R_noDep : Choix du code prestation avec tarif revalorisé mais sans dépassement possible
- BR_noR_Dep : Choix du code prestation avec tarif non revalorisé mais dépassement possible



Annexe 3

Formats et procédures d'échange des fichiers de conventions et de regroupements normés

Intégrant l'Addendum n°8

Ce document a été élaboré par le GIE SESAM-Vitale.

Conformément à l'article L.122-4 du Code de la Propriété Intellectuelle, toute représentation ou reproduction (intégrale ou partielle) du présent ouvrage, quel que soit le support utilisé, doit être soumise à l'accord préalable écrit de son auteur.

Il en est de même pour sa traduction, sa transformation, son adaptation ou son arrangement, quel que soit le procédé utilisé.

Tout manquement à ces obligations constituerait un délit de contrefaçon, au sens des articles L 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, susceptible d'entraîner des sanctions pour l'auteur du délit.

Sommaire

1	Introduction	4
2	Procédure de récupération des fichiers normés	5
2.1	Introduction (à titre informatif)	5
2.2	Chargement des fichiers normés (à titre informatif)	6
2.3	Réception des fichiers normés sur le poste du Professionnel de Santé par messagerie SMTP	6
2.3.1	Principes	6
3	Format d'échange des fichiers normés	8
3.1	Format général des fichiers normés	8
3.2	Type de valeur	8
3.3	Format d'échange	8
3.3.1	Fichiers de conventions normés	8
3.3.2	Fichiers de regroupements normés	9
3.3.3	Fichiers de correspondance normés	9
4	Définitions et règles de gestion des données contenues dans les fichiers normés	10
4.1	Légende	10
4.2	Règles sur le périmètre d'application d'une convention	10
4.3	Gestion séparée	10
4.3.1	Fichiers de conventions normés	10
4.3.2	Fichiers de regroupements normés	13
4.4	Gestion unique	14
4.4.1	Règles de renseignement des données code régime, code caisse, code centre et « MUTNUM »	14
4.4.2	Fichiers de conventions normés	14
4.4.3	Fichiers de regroupements normés	18
4.4.4	Fichiers de correspondance normés	19
5	Règles de filtrage et d'importation des fichiers normés et mise à jour des tables de conventions	21
5.1	Identification unique d'une convention ou d'une ligne de regroupement	21
5.1.1	Composition des clés composites	21
5.1.2	Principes sur les clés composites	21
5.2	Règles sur le filtrage des conventions	22
5.3	Règles de gestion des codes actions	22
5.3.1	Table des conventions	22
5.3.2	Table des regroupements	23
5.4	Mise à jour de la table des conventions	23
5.5	Mise à jour de la table des regroupements	23

1 Introduction

Cette annexe est dédiée aux fichiers et aux procédures pour la mise à jour des tables de conventions nécessaires pour la transmission de la part complémentaires dans la facture.

Ce document indique :

- le format et la définition des données des fichiers normés de convention, de regroupement et de correspondance,
- les procédures sur la réception des fichiers normés de convention et de regroupement sur le poste PS par messagerie SMTP,
- les moyens d'identification unique d'une convention et d'une ligne de regroupement,
- les règles de filtrage des fichiers normés de convention et de regroupement,
- les règles d'importation des fichiers normés de convention et de regroupement dans les tables du Professionnel de Santé,

afin que le progiciel du Professionnel de Santé puisse réaliser de manière correcte la mise à jour des tables de conventions, de regroupements et de correspondance.

Les corrections apportées par rapport à la notice de mise en œuvre des tables des conventions (document référencé PDT-CDC-043 publié en mai 2004) sont surlignées.

2 Procédure de récupération des fichiers normés

2.1 Introduction (à titre informatif)

Dans la suite de ce paragraphe, le terme générique « signataire de convention » désigne l'entité qui gère les éléments de la table des conventions, pour un signataire donné. Ce peut être le signataire lui-même, ou un organisme désigné par le signataire de la convention.

Dans le cadre de ses relations conventionnelles le Professionnel de Santé gère ses tables de conventions pour calculer la part complémentaire ou télétransmettre des DRE. Il doit :

- ajouter des lignes dans sa table des conventions et des éventuels regroupements associés ;
- modifier les lignes concernées de sa table des conventions et de sa table des regroupements.

Il dispose pour cela de processus disponibles à partir de son poste, pour gérer cette relation avec les signataires. Ces processus sont :

- la saisie manuelle :

Celle-ci se fait sur la base de fiches de saisie selon les modèles publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale et utilisés par tous les signataires de conventions.

- le chargement des fichiers normés :

Lors des relations conventionnelles bilatérales, les signataires de convention (Professionnel de Santé / AMC) conviennent d'un processus de chargement. Ce sera par exemple un site internet à partir duquel le Professionnel de Santé pourra télécharger les fichiers normés sur son poste. Ce processus est décrit à titre informatif dans le paragraphe 2.2 de ce document.

- la réception d'un message SMTP (contenant les fichiers normés) émis dans la boîte aux lettres SESAM-Vitale du Professionnel de Santé par le signataire de convention :

Le progiciel récupère ces fichiers pour mettre à jour les tables de conventions et regroupements. Ce processus est spécifié dans le paragraphe 2.3 de ce document.

Processus de récupération des fichiers normés par le Professionnel de Santé

1. Initialisation de la télétransmission des fichiers normés

Dans cette phase, le Professionnel de Santé s'inscrit à son initiative auprès du signataire pour recevoir les fichiers normés.

Pour cela :

- soit il s'inscrit sur le serveur du signataire en fournissant ses coordonnées ;
- soit il communique au signataire (par téléphone, par fax, par e-mail, ...) le nom de sa boîte aux lettres SESAM-Vitale.

Ensuite il inscrit le signataire dans la liste des adresses des émetteurs de confiance habilités à lui transmettre des fichiers normés (sur son poste).

Il peut éventuellement, à cette occasion, mettre à jour ses tables des conventions et des regroupements.

2. Mises à jour automatiques : Télétransmission des mises à jour des fichiers normés.

Dans cette phase, le Professionnel de Santé est invité par le signataire à mettre à jour sa table de conventions et ou de regroupements. La démarche est le plus souvent à l'initiative du signataire qui informe le Professionnel de Santé de la nécessité d'une mise à jour.

Par exemple pour répondre à des besoins de mise à jour exceptionnels, le signataire peut inviter le Professionnel de Santé à se connecter de nouveau sur son site internet pour récupérer la nouvelle table de convention ou regroupement pour une mise à jour.

Le signataire peut également envoyer au Professionnel de Santé un message dans sa boîte à lettres SESAM-Vitale contenant les fichiers normés. En particulier, il peut y avoir plusieurs mises à jour de la table de regroupements dans l'année pour une convention donnée. Ces mises à jour doivent être intégrées rapidement par le Professionnel de Santé.

2.2 Chargement des fichiers normés (à titre informatif)

Le signataire met à disposition du Professionnel de Santé les fichiers normés sur un site distant ou sur un autre support.

Le Professionnel de Santé les enregistre sous un répertoire spécifique et dédié aux fichiers normés. C'est à partir de ce répertoire que sera lancée la procédure de filtrage/importation/mise à jour des tables.

2.3 Réception des fichiers normés sur le poste du Professionnel de Santé par messagerie SMTP

2.3.1 Principes

Dans le cas de l'envoi via la BAL SESAM-Vitale du Professionnel de Santé des fichiers normés pour la mise à jour des tables, les principes suivants doivent être appliqués :

1. La gestion des émetteurs de confiance :

Le Professionnel de Santé doit pouvoir répertorier les adresses SMTP des émetteurs dits « émetteur de confiance » de fichiers normés dont il accepte de recevoir des messages. Il doit ainsi gérer une table des émetteurs de confiance qui autorise la récupération sur son poste, de la pièce jointe du message SMTP contenant le fichier normé.

2. Le traitement du message :

A chaque réception de message SMTP contenant le fichier normé, le progiciel doit vérifier que l'émetteur du message est identifié dans la liste des adresses d'émetteurs de confiance.

- Si oui, le progiciel détache la pièce jointe et l'enregistre dans le répertoire dédié aux fichiers normés. Et il informe le Professionnel de Santé de la réception du fichier normé et lui propose d'effectuer la mise à jour de ses tables.
- Sinon, le progiciel avertit le Professionnel de Santé qu'il a reçu un message d'un émetteur ne faisant pas partie de sa liste des émetteurs de confiance. Dans ce cas, les fichiers normés ne sont pas pris en compte.

3. La définition de l'enveloppe du message SMTP est décrite dans l'annexe 4 du Cahier des Charges SESAM-Vitale.
4. La différenciation d'un fichier normé à un autre se fait soit :
par le nom du fichier qui respectera toujours la structure suivante :
 - Le premier caractère indique s'il s'agit d'un fichier de convention normé « C » ou d'un fichier de regroupement normé « R » (suivi d'un séparateur '-') ;
 - Les caractères suivants indiquent le signataire (suivi d'un séparateur '-') ;
 - Les caractères alphanumériques suivants indiquent le numéro d'ordre (suivi d'un séparateur '-') ;
 - Les caractères suivants sont facultatifs et propres aux signataires de conventions, ils indiquent le type de Professionnel de Santé concerné ;
 - L'extension du fichier normé est « .csv ».Soit par le dernier caractère du champ « Subject » précisant le type de fichier joint :
 - 'C' = fichier de convention, ou 'R' = fichier de regroupement.

Le contrôle de la structure du nom du fichier n'est pas soumis à l'agrément.

Le format d'un fichier de conventions ou de regroupements normé ne contient aucun élément d'intégrité, aucun compteur, aucun émetteur, aucun destinataire.

3 Format d'échange des fichiers normés

Ce chapitre décrit le format d'échange des fichiers normés fournis par les organismes d'Assurance Maladie.

Les descriptions des données mentionnées dans le format d'échange des fichiers normés peuvent être reprises pour les données contenues dans les tables présentes sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé.

3.1 Format général des fichiers normés

Les fichiers normés sont au format CSV, en utilisant le séparateur point-virgule (« ; »).

Chaque fichier normé est contenu dans un fichier.

Les fichiers normés ont un séparateur de ligne en CR + LF.

3.2 Type de valeur

Les données dans les fichiers normés peuvent avoir les types suivants :

- alphanumérique (A) : lettres majuscules (A – Z) et chiffres (0 – 9) ;
- étendu (E) : ensemble des caractères affichables (codes ASCII 32 à 255) hormis le point-virgule (;) ;
- numérique (N) : chiffres (0-9) ;
- numérique avec caractères génériques (G) : chiffres (0-9) et « ? ».

Une donnée non renseignée est représentée par une chaîne vide, c'est-à-dire aucun caractère.

3.3 Format d'échange

3.3.1 Fichiers de conventions normés

Le format d'échange du fichier de conventions normé est le suivant :

N°	Données	Taille maxi	Type
1	Code action	1	A
Informations accompagnant les données de la convention			
2	Liste de codes catégorie	-	E
3	Liste des spécialités	-	E
4	Référence de convention	10	A
5	Message destiné au Professionnel de Santé pour l'aider dans sa mise à jour de la convention	250	E
Données de la convention			
6	Identifiant de l'organisme signataire	10	A
7	Libellé de l'organisme signataire	30	E
8	Indicateur de convention groupée	1	N
9	Type de convention	2	A
10	Critère secondaire	9	E

N°	Données	Taille maxi	Type
11	Type d'accord (TP / Hors TP)	1	A
12	Numéro d'organisme complémentaire	10	A
13	Libellé de l'organisme complémentaire	30	E
14	Indicateur de désactivation des STS	1	N
15	Code aiguillage STS	1	A
16	Indicateur d'usage de l'attestation papier	1	N
17	Indicateur d'acceptation d'une DRE d'annulation	1	N
18	Indicateur d'acceptation d'un DRE de rectification	1	N
19	Opérateur de règlement	10	A
20	Code routage	2	A
21	Identifiant de l'hôte	3	A
22	Nom de domaine	20	E

3.3.2 Fichiers de regroupements normés

Le format d'échange du fichier de regroupements normé est le suivant :

N°	Données	Taille maxi	Type
1	Code action	1	A
Informations accompagnant les données de regroupement			
2	Liste de codes catégorie	-	E
3	Liste des spécialités	-	E
Données de regroupement			
4	Numéro d'organisme complémentaire	10	A
5	Libellé de l'organisme complémentaire	30	E
6	Type de convention	2	A
7	Libellé du type de convention	30	E
8	Critère secondaire	9	E
9	Identifiant de l'organisme signataire	10	A
10	Libellé de l'organisme signataire	30	E

3.3.3 Fichiers de correspondance normés

Le format d'échange du fichier de correspondance normé est le suivant :

N°	Données	Taille maxi	Type
1	« MUTNUM »	8	G
2	Code organisme obligatoire associé : Code grand régime + code caisse gestionnaire + code centre gestionnaire	9	G
3	Numéro de l'organisme complémentaire	10	A
4	Libellé de l'organisme complémentaire	30	E

4 Définitions et règles de gestion des données contenues dans les fichiers normés

Ce chapitre a pour but de donner les règles de gestion des données contenues dans les fichiers normés. Ces règles peuvent s'appliquer aux données des tables utilisées pour la recherche de la convention applicable.

4.1 Légende

- « O » : donnée obligatoire
- « F » : donnée facultative
- « NU » : donnée non utilisée

4.2 Règles sur le périmètre d'application d'une convention

Pour chaque ligne des fichiers de conventions et de regroupements normés, il est précisé les Professionnels de Santé concernés dans les colonnes « Liste de codes catégorie » et « Liste des spécialités » :

Liste de codes catégorie	Liste des spécialités	Règle
Aucun code catégorie	Aucun code spécialité	La convention s'applique à tous les Professionnels de Santé sauf mention particulière dans le message destiné au Professionnel de Santé
Au moins un code catégorie	Aucun code spécialité	La convention s'applique aux seules catégories mentionnées
Aucun code catégorie	Au moins un code spécialité	La convention s'applique aux seules spécialités mentionnées
Au moins un code catégorie	Au moins un code spécialité	La convention s'applique aux seules catégories et spécialités mentionnées

4.3 Gestion séparée

4.3.1 Fichiers de conventions normés

N°	Données	Présence	Règle de gestion
1	Code action	O	<p>Ce code est l'expression des organismes d'Assurance Maladie par rapport à la fourniture précédente des données d'une convention.</p> <p>Liste de valeurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « C » Création : la convention est nouvelle • « M » Modification : la convention a fait l'objet d'une modification • « S » Suppression : la convention n'est plus en vigueur <p>« I » Sans changement : la convention n'a pas fait l'objet de modification. NB : Le code action est renseigné sur toutes les lignes du fichier normé.</p>

N°	Données	Présence	Règle de gestion
Informations accompagnant les données de la convention			
Ces informations sont des renseignements complémentaires accompagnant les données de la convention et peuvent ne pas être valorisées par les organismes d'Assurance Maladie. Elles constituent une aide pour le Professionnel de Santé à la sélection des conventions qui le concernent.			
2	Liste de codes catégorie	F	Voir règle § 4.2 sur le périmètre d'application. Liste de codes catégorie séparés par des virgules. Chaque code correspond à la 3ème position du n° d'identification du Professionnel de Santé (n° ADELI ou n° FINESS). Liste de valeurs : <ul style="list-style-type: none"> • Etablissement « 0 » (hors périmètre SESAM-Vitale actuel sauf Centre de Santé) • Médecin « 1 » • Pharmacie « 2 » • Laboratoire « 3 » • Chirurgiens Dentiste « 4 » • Sage-femme « 5 » • Infirmière « 6 » • Masseur-Kiné « 7 » • Pédicure « 8 » • Orthophoniste ou orthoptiste « 9 »
3	Liste des spécialités	F	Voir règle § 4.2 sur le périmètre d'application. Liste de codes spécialité séparés par des virgules.
4	Référence de convention	F	Réservé à un usage futur
5	Message	F	
Données de la convention			
6	Identifiant de l'organisme signataire	O	
7	Libellé de l'organisme signataire	F	
8	Indicateur de convention groupée	NU	Donnée non renseignée
9	Type de convention	F	Différent de « RO »
10	Critère secondaire	F	3 caractères au format libre
11	Type d'accord	O	<ul style="list-style-type: none"> • « T » : Tiers payant • « H » : Hors tiers payant
12	Numéro d'organisme complémentaire	NU	Donnée non renseignée
13	Libellé de l'organisme complémentaire	NU	Donnée non renseignée
14	Indicateur de désactivation des STS	O	<ul style="list-style-type: none"> • « 0 » : STS activé • « 1 » : STS désactivé

N°	Données	Présence	Règle de gestion
15	Code aiguillage STS	O en Tiers-Payant F en Hors Tiers-Payant	<ul style="list-style-type: none"> • « R » : STS-A8 • « M » : STS-FNMF • « 4 » : STS-FFSA • « 8 » : STS-CTIP
16	Indicateur d'usage de l'attestation papier	O	<ul style="list-style-type: none"> • « 0 » : Attestation indispensable pour obtenir les valeurs SESAM-Vitale • « 1 » : Prise en compte des données dans la table des conventions
17	Indicateur d'acceptation d'une DRE d'annulation	O	<ul style="list-style-type: none"> • « 0 » : Non acceptation • « 1 » : Acceptation
18	Indicateur d'acceptation d'une DRE de rectification	O	Donnée non utilisée
19	Opérateur de règlement	F	
20	Code routage	O en Tiers payant F en hors Tiers payant	
21	Identifiant de l'hôte	O en Tiers payant F en hors Tiers payant	
22	Nom de domaine	O en Tiers payant F en hors Tiers payant	

Exemple d'une convention groupée

C;;;;;MMMM;Organisme X;;;;;H;;;0;M;0;0;0;XR;001;DRE.RSS.FR

Dans cet exemple,

1. Code action = « C » → Nouvelle Convention
2. Liste de codes catégorie : non renseigné
3. Liste des spécialités : non renseigné
4. Référence de convention : non renseigné
5. Message : non renseigné
6. Identifiant de l'organisme signataire = « MMMM »
7. Libellé de l'organisme signataire = « Organisme X »
8. Indicateur de convention groupée : non renseigné
9. Type de convention : non renseigné
10. Critère secondaire : non renseigné
11. Type d'accord = « H » → Hors tiers Payant
12. Numéro d'organisme complémentaire : non renseigné
13. Libellé de l'organisme complémentaire : non renseigné
14. Indicateur de désactivation des STS = « 0 » → STS activés
15. Code aiguillage STS = « M » → STS-FNMF
16. Indicateur d'usage de l'attestation papier = « 0 » → Attestation indispensable pour obtenir les valeurs SESAM-Vitale
17. Indicateur d'acceptation d'une DRE d'annulation = « 0 » → Non acceptation de la DRE d'annulation
18. Indicateur d'acceptation d'une DRE de rectification = « 0 » → Non acceptation de la DRE de rectification
19. Opérateur de règlement : non renseigné
20. Code routage = « XR »
21. Identifiant de l'hôte = « 001 »
22. Nom de domaine = « DRE.RSS.FR »

4.3.2 Fichiers de groupements normés

N°	Donnée	Présence	Règle de gestion
1	Code action	O	<p>Ce code est l'expression des organismes d'Assurance Maladie par rapport à la fourniture précédente des données d'une convention.</p> <p>Liste de valeurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> « C » Création : l'organisme est nouveau dans la convention « M » Modification : l'organisme a fait l'objet d'une modification « S » Suppression : l'organisme ne fait plus partie de la convention « I » Sans changement : l'organisme n'a pas fait l'objet de modification <p> NB : Le code action est renseigné sur toutes les lignes du fichier normé.</p>

Informations accompagnant les données de regroupement

Ces informations sont des renseignements complémentaires accompagnant les données de regroupement et peuvent ne pas être valorisées par les organismes d'Assurance Maladie.

2	Liste de codes catégorie	F	<p>Voir règle § 4.2 sur le périmètre d'application.</p> <p>Liste de codes catégorie séparés par des virgules.</p> <p>Chaque code correspond à la 3ème position du n° d'identification du Professionnel de Santé (n° ADELI ou n° FINESS).</p> <p>Liste de valeurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> Etablissement « 0 » (hors périmètre SESAM-Vitale actuel sauf Centre de Santé) Médecin « 1 » Pharmacie « 2 » Laboratoire « 3 » Dentiste « 4 » Sage-femme « 5 » Infirmière « 6 » Masseur-Kiné « 7 » Pédicure « 8 » Orthophoniste ou orthoptiste « 9 »
3	Liste des spécialités	F	<p>Voir règle § 4.2 sur le périmètre d'application.</p> <p>Liste de codes spécialité séparés par des virgules.</p>

Données de regroupement

4	Numéro d'organisme complémentaire	O	
5	Libellé de l'organisme complémentaire	F	
6	Type de convention	F	Différent de « RO »
7	Libellé du type de convention	F	

N°	Donnée	Présence	Règle de gestion
8	Critère secondaire	F	3 caractères au format libre
9	Identifiant de l'organisme signataire	O	
10	Libellé de l'organisme signataire	F	

Exemple d'un regroupement

C;;;12345679;Organisme ZZZ;XX;Convention XX;YYY;MMMM;Organisme MMMM

Dans cet exemple,

1. Code action = « C » → Nouvel organisme regroupé
2. Liste de codes catégorie : non renseigné
3. Liste des spécialités : non renseigné
4. Numéro d'organisme complémentaire = « 12345679 »
5. Libellé de l'organisme complémentaire = « Organisme ZZZ »
6. Type de convention = « XX »
7. Libellé du type de convention = « Convention XX »
8. Critère secondaire = « YYY »
9. Identifiant de l'organisme signataire = « MMMM »
10. Libellé de l'organisme signataire = « Organisme MMMM »

4.4 Gestion unique

4.4.1 Règles de renseignement des données code régime, code caisse, code centre et « MUTNUM »

Les données qui contiennent le « code régime - code caisse - code centre » ou le « MUTNUM » peuvent être exprimées en utilisant le caractère générique « ? ».

Le code régime (deux premiers caractères) contenu dans le champ « code régime - code caisse - code centre » n'utilise jamais les caractères génériques.

Exemples :

- 94???????? → Toutes les caisses et centres gestionnaires du régime 94
- 021???????? → Tous les centres gestionnaires dont le code caisse commence par 1 pour le régime 02
- 04????2???? → Toutes les caisses dont le code centre commence par 2 pour le régime 04

4.4.2 Fichiers de conventions normés

N°	Donnée	Présence	Règle de gestion
1	Code action	O	<p>Ce code est l'expression des organismes d'Assurance Maladie par rapport à la fourniture précédente des données d'une convention.</p> <p>Liste de valeurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> « C » Création : la convention est nouvelle « M » Modification : la convention a fait l'objet d'une modification « S » Suppression : la convention n'est plus en vigueur « I » Sans changement : la convention n'a pas fait l'objet de modification <p> NB : Le code action est renseigné sur toutes les lignes du fichier normé.</p>
<p>Informations accompagnant les données de la convention</p> <p>Ces informations sont des renseignements complémentaires accompagnant les données de la convention et peuvent ne pas être valorisées par les organismes d'Assurance Maladie. Elles constituent une aide pour le Professionnel de Santé à la sélection des conventions qui le concernent.</p>			
2	Liste de codes catégorie	F	<p>Voir règle § 4.2 sur le périmètre d'application.</p> <p>Liste de codes catégorie séparés par des virgules.</p> <p>Chaque code correspond à la 3ème position du n° d'identification du Professionnel de Santé (n° ADELI ou n° FINESS).</p> <p>Liste de valeurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> Etablissement « 0 » (hors périmètre SESAM-Vitale actuel sauf Centre de Santé) Médecin « 1 » Pharmacie « 2 » Laboratoire « 3 » Dentiste « 4 » Sage-femme « 5 » Infirmière « 6 » Masseur-Kiné « 7 » Pédicure « 8 » Orthophoniste ou orthoptiste « 9 »
3	Liste des spécialités	F	<p>Voir règle § 4.2 sur le périmètre d'application.</p> <p>Liste de codes spécialité séparés par des virgules.</p>
4	Référence de convention	F	Réservé à un usage futur
5	Message	F	
<p>Données de la convention</p>			
6	Identifiant de l'organisme signataire	O	
7	Libellé de l'organisme signataire	F	

N°	Donnée	Présence	Règle de gestion
8	Indicateur de convention groupée	O	
9	Type de convention	O	Valeur « RO »
10	Critère secondaire	O	Code régime, code caisse, code centre. Cette zone peut contenir des caractères génériques.
11	Type d'accord	O	<ul style="list-style-type: none"> « T » : Tiers payant « H » : Hors tiers payant
12	Numéro d'organisme complémentaire	F	
13	Libellé de l'organisme complémentaire	F	
14	Indicateur de désactivation des STS	O	<ul style="list-style-type: none"> « 0 » : STS activé « 1 » : STS désactivé
15	Code aiguillage STS	F	<ul style="list-style-type: none"> « R » : STS-A8 « M » : STS-FNMF « 4 » : STS-FFSA « 8 » : STS-CTIP
16	Indicateur d'usage de l'attestation papier	NU	Donnée non renseignée
17	Indicateur d'acceptation d'une DRE d'annulation	NU	Donnée non renseignée
18	Indicateur d'acceptation d'un DRE de rectification	NU	Donnée non renseignée
19	Opérateur de règlement	NU	Donnée non renseignée
20	Code routage	NU	Donnée non renseignée
21	Identifiant de l'hôte	NU	Donnée non renseignée
22	Nom de domaine	NU	Donnée non renseignée

Exemple de convention non groupée

M;1;01,12;;Convention signée entre l'organisme ZZZZ et les médecins généralistes et les pédiatres;NNNN;Organisme ZZZZ;0;RO;02????????;T;123456789;Organisme UUUU;0;R; ; ; ; ; ; ; ;

Dans cet exemple,

- Code action = « M » → Modification: la convention a fait l'objet d'une modification
- Liste de codes catégories = « 1 » → Médecin
- Liste des spécialités = « 01,12 » → Médecine générale, Pédiatrie
- Référence de convention : non renseigné
- Message = « Convention signée entre l'organisme ZZZZ et les médecins généralistes et les pédiatres »
- Identifiant de l'organisme signataire = « NNNN »
- Libellé de l'organisme signataire = « Organisme ZZZZ »
- Indicateur de convention groupée = « 0 » → Convention non groupée
- Type de convention = « RO »

10. Critère secondaire = « 02??????? » → Toutes les caisses et tous les centres du régime 02
11. Type d'accord = « T » → Tiers payant
12. Numéro d'organisme complémentaire= « 123456789 »
13. Libellé de l'organisme complémentaire = « Organisme UUUU »
14. Indicateur de désactivation des STS = « 0 » → STS activés
15. Code aiguillage STS = « R » → STS-A8
16. Indicateur d'usage de l'attestation papier : non renseigné
17. Indicateur d'acceptation d'une DRE d'annulation : non renseigné
18. Indicateur d'acceptation d'une DRE de rectification : non renseigné
19. Opérateur de règlement : non renseigné
20. Code routage : non renseigné
21. Identifiant de l'hôte : non renseigné
22. Nom de domaine : non renseigné

4.4.3 Fichiers de groupements normés

N°	Donnée	Présence	Règle de gestion
1	Code action	O	<p>Ce code est l'expression des organismes d'Assurance Maladie par rapport à la fourniture précédente des données d'une convention.</p> <p>Liste de valeurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> « C » Création : l'organisme est nouveau dans la convention « M » Modification : l'organisme a fait l'objet d'une modification « S » Suppression : l'organisme ne fait plus partie de la convention « I » Sans changement : l'organisme n'a pas fait l'objet de modification <p> NB : Le code action est renseigné sur toutes les lignes du fichier normé</p>
<p>Informations accompagnant les données de groupement</p> <p>Ces informations sont des renseignements complémentaires accompagnant les données de regroupement et peuvent ne pas être valorisées par les organismes d'Assurance Maladie.</p>			
2	Liste de codes catégorie	F	<p>Voir règle § 4.2 sur le périmètre d'application.</p> <p>Liste de codes catégorie séparés par des virgules</p> <p>Chaque code correspond à la 3ème position du n° d'identification du Professionnel de Santé (n° ADELI ou n° FINESS).</p> <p>Liste de valeurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> Etablissement « 0 » (hors périmètre SESAM-Vitale actuel sauf Centre de Santé) Médecin « 1 » Pharmacie « 2 » Laboratoire « 3 » Dentiste « 4 » Sage-femme « 5 » Infirmière « 6 » Masseur-Kiné « 7 » Pédicure « 8 » Orthophoniste ou orthoptiste « 9 »
3	Liste des spécialités	F	<p>Voir règle § 4.2 sur le périmètre d'application.</p> <p>Liste de codes spécialité séparés par des virgules.</p>
<p>Données de regroupement</p>			
4	Numéro d'organisme complémentaire	O	
5	Libellé de l'organisme complémentaire	F	

N°	Donnée	Présence	Règle de gestion
6	Type de convention	O	Valeur « RO »
7	Libellé du type de convention	F	
8	Critère secondaire	O	Code régime, code caisse, code centre. Cette zone peut contenir des caractères génériques.
9	Identifiant de l'organisme signataire	O	
10	Libellé de l'organisme signataire	O	

Exemple d'un regroupement

C;1;01,12;12345679;Organisme ZZZ;RO;Convention
UU;02????????;02;Organisme VVVV

Dans cet exemple,

- Code action = « C » → Nouvel organisme regroupé
- Liste des codes catégorie = « 1 » → Médecin
- Liste des spécialités = « 01,12 » → Médecine générale, Pédiatrie
- Numéro d'organisme complémentaire = « 12345679 »
- Libellé de l'organisme complémentaire = « Organisme ZZZ »
- Type de convention = « RO »
- Libellé du type de convention = « Convention UU »
- Critère secondaire = « 02???????? »
- Identifiant de l'organisme signataire = « 02 »
- Libellé de l'organisme signataire = « Organisme VVVV »

4.4.4

Fichiers de correspondance normés

N°	Données	Présence	Règle de gestion
1	« MUTNUM »	O	Peut contenir des caractères génériques
2	Code organisme obligatoire associé	O	Peut contenir des caractères génériques
3	Numéro d'organisme complémentaire	O	
4	Libellé de l'organisme complémentaire	O	

Exemples de cas de correspondance

N° exemple	« MUTNUM »	Code organisme obligatoire associé	Numéro d'organisme complémentaire	Signification
Ex. 1	12345679	030051300	97654321	Pour le couple « MUTNUM », organisme RO, un numéro de complémentaire

N° exemple	« MUTNUM »	Code organisme obligatoire associé	Numéro d'organisme complémentaire	Signification
Ex. 2	12345678	02??1????	87654321	Pour un ensemble d'organisme RO, un même « MUTNUM » est associé à un même numéro de complémentaire
Ex. 3	??8?????	94???????	77654321	Pour un régime RO, un ensemble de « MUTNUM » sont associés à un même numéro de complémentaire
Ex. 4	?????????	02??2????	11111111	Quel que soit le « MUTNUM », pour un ensemble d'organismes du régime, le numéro de complémentaire est le même.
Ex 5	123??67?	02??1 ????	23456789	Pour un ensemble d'organisme RO, un sous ensemble de « MUTNUM » est associé à un numéro d'organisme complémentaire.

Exemple 1 : pour le couple « MUTNUM », organisme RO, un numéro de complémentaire

12345679;030051300;97654321;Organisme MMMM

Dans cet exemple,

1. Le « MUTNUM » = « 12345679 »
2. Le code organisme obligatoire = « 030051300 »
3. Le numéro d'organisme complémentaire = « 97654321 »
4. Le libellé de l'organisme complémentaire = « Organisme MMMM »

Exemple 4 : quel que soit le « MUTNUM », pour un ensemble d'organismes d'un régime, le numéro de complémentaire est le même

?????????;02??2????;11111111;Mutuelle Y

Dans cet exemple,

1. Le « MUTNUM » = « ????????? »
2. Le code organisme obligatoire = « 02??2???? »
3. Le numéro d'organisme complémentaire = « 11111111 »
4. Le libellé de l'organisme complémentaire = « Mutuelle Y »

5 Règles de filtrage et d'importation des fichiers normés et mise à jour des tables de conventions

Le progiciel doit réaliser l'importation des fichiers de conventions et de regroupements normés dans les tables du Professionnel de Santé, à partir du répertoire dédié au stockage des fichiers de conventions et de regroupements normés.

Pour réaliser l'importation des fichiers normés, le progiciel dispose des règles précisées dans les paragraphes suivants.

5.1 Identification unique d'une convention ou d'une ligne de regroupement

Des clés composites permettant d'identifier de façon unique et sans ambiguïté une ligne de convention ou une ligne de regroupement sont instaurées.

Ces clés composites permettent notamment au progiciel la mise à jour des tables de conventions et de regroupements du Professionnel de Santé.

5.1.1 Composition des clés composites

Les données constituant les clés composites sont des données contenues dans les tables ou les fichiers normés, qui sont fixes et ne sont jamais modifiables pour une ligne de convention ou une ligne de regroupement données.

La composition des clés composites pour chacune des tables est la suivante :

Pour la table des conventions :

« Signataire + type de convention + critère secondaire + numéro d'organisme complémentaire + type d'accord »

Pour la table des regroupements :

« Signataire + type de convention + critère secondaire + numéro d'organisme complémentaire »

5.1.2 Principes sur les clés composites

1. Lorsqu'une convention est modifiée, ce sont les propriétés de la convention qui sont modifiées. La clé composite ne doit jamais être modifiée. Les propriétés modifiables d'une convention sont toutes les autres données pouvant constituer une convention, exclusion faite des données de la clé composite (la même règle s'applique pour la table des regroupements).

2. Certains champs composant les clés composites peuvent être non renseignés, mais ils sont quand même significatifs. Dans le format d'échange des fichiers normés, un champ non renseigné est un champ qui ne contient aucun caractère.

5.2 Règles sur le filtrage des conventions

Le progiciel ne remonte que les conventions qui correspondent au Professionnel de Santé, qu'il s'agisse des fichiers de conventions normés ou des fichiers de regroupements normés.

Cette action s'exerce par l'intermédiaire d'un filtre sur la catégorie et/ou la spécialité du Professionnel de Santé. Ces données sont présentes dans le format d'échange des fichiers normés et font parties des informations accompagnant les données de la convention et de regroupement (cf. § 4.1.2).

Ce filtre s'exerce une fois que le progiciel a récupéré, sur le poste du Professionnel de Santé, les fichiers normés, avant de réaliser l'importation dans les tables du Professionnel de Santé.

5.3 Règles de gestion des codes actions

5.3.1 Table des conventions

Pour l'importation d'un fichier de conventions normé, il y a deux actions possibles du progiciel sur la table des conventions du Professionnel de Santé :

- **Mise à jour** d'une ligne de convention

La mise à jour correspond à une création, une modification ou aucun changement. Tout dépend de la situation dans la table des conventions. Par exemple, un fichier normé dans lequel une convention a été créée, peut se traduire, non pas par une création en table, mais par une modification de la convention sur le poste du Professionnel de Santé si celui-ci l'avait ajoutée manuellement auparavant.

- **Suppression** d'une ligne de convention

Le progiciel doit solliciter l'accord du Professionnel de Santé pour confirmer les mises à jour et les suppressions des lignes de conventions dans sa table. Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de donner son accord de façon unitaire ligne à ligne, ou de façon globale pour toute la table.

Si l'accord est donné de manière unitaire, le Professionnel de Santé doit pouvoir visualiser et contrôler les informations contenues dans la table au regard du contenu du fichier normé.

Code action dans le fichier de convention normé	Situation dans la table des conventions	Action du progiciel
« C », « M » ou « I »	Convention absente	<u>Propose la mise à jour</u>
« C », « M » ou « I »	Convention présente	<u>Propose la mise à jour</u> (en cas de saisie manuelle préalable du PS, permet de le conforter dans la conformité des données saisies)
« S »	Convention absente	Rien à signaler (RAS)
« S »	Convention présente	<u>Propose la suppression</u>

5.3.2 Table des regroupements

Pour l'importation d'un fichier de regroupements normé, il y a deux actions possibles du progiciel sur la table des regroupements du Professionnel de Santé :

- **Mise à jour** d'une ligne de regroupement

La mise à jour correspond à une création, une modification ou pas de changement. Tout dépend de la situation dans la table des regroupements. Par exemple, un fichier normé dans lequel un organisme complémentaire a été ajouté, peut se traduire, non pas par une création en table, mais par un remplacement de la ligne de regroupement sur le poste du Professionnel de Santé si celui-ci l'avait ajoutée manuellement auparavant.

- **Suppression** d'une ligne de regroupement

Le progiciel doit informer au préalable le Professionnel de Santé des mises à jour et des suppressions des lignes de regroupements dans sa table.

Code action dans le fichier de regroupement normé	Situation dans la table des regroupements	Action du progiciel
« C », « M » ou « I »	Organisme absent	Effectue automatiquement la mise à jour
« C », « M » ou « I »	Organisme présent	Effectue automatiquement la mise à jour
« S »	Organisme absent	Rien à signaler (RAS)
« S »	Organisme présent	Effectue automatiquement la suppression

5.4 Mise à jour de la table des conventions

- Soit la mise à jour est réalisée par saisie manuelle telle que décrite dans le corps du document.
- Soit la mise à jour est réalisée par un fichier de conventions normé telle que décrite dans le corps du document et cette annexe 3.

Le progiciel doit réaliser l'importation des fichiers de conventions normés dans la table du Professionnel de Santé, à partir du répertoire dédié au stockage des fichiers de conventions et de regroupements normés.

5.5 Mise à jour de la table des regroupements

- Soit la mise à jour est réalisée par saisie manuelle telle que décrite dans le corps du document.
- Soit la mise à jour est réalisée par un fichier de regroupements normé telle que décrite dans le corps du document et cette annexe 3.

Le progiciel doit réaliser l'importation des fichiers de regroupements normés dans la table du Professionnel de Santé, à partir du répertoire dédié au stockage des fichiers de conventions et de regroupements normés.



Annexe 4

Télécommunications (sur Réseau IP) et chiffrement de pièce jointe

Intégrant l'Addendum n°8

Ce document a été élaboré par le GIE SESAM-Vitale.

Conformément à l'article L.122-4 du Code de la Propriété Intellectuelle, toute représentation ou reproduction (intégrale ou partielle) du présent ouvrage, quel que soit le support utilisé, doit être soumise à l'accord préalable écrit de son auteur.

Il en est de même pour sa traduction, sa transformation, son adaptation ou son arrangement, quel que soit le procédé utilisé.

Tout manquement à ces obligations constituerait un délit de contrefaçon, au sens des articles L 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, susceptible d'entraîner des sanctions pour l'auteur du délit.

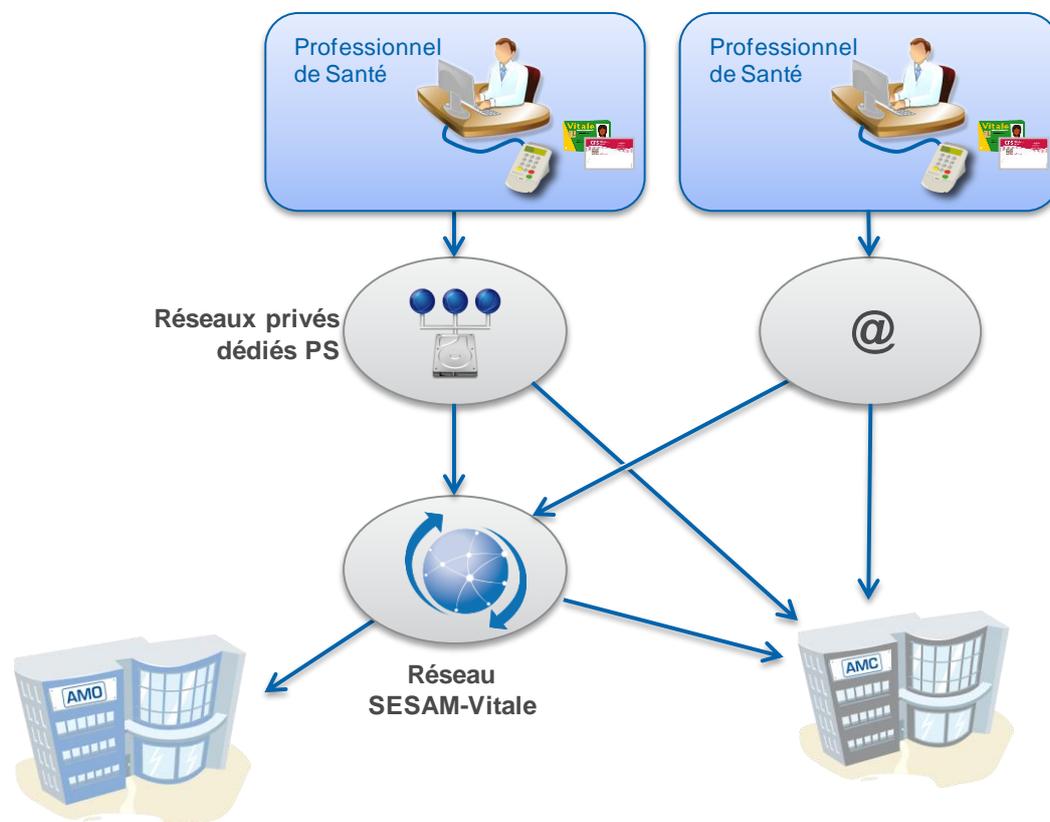
Sommaire

1	Présentation	5
2	Architecture du réseau	6
3	Conformité aux standards Internet	7
4	Nature des flux	8
5	Compression	9
6	Chiffrement de pièce jointe	10
6.1	Présentation	10
6.2	Chiffrement de la pièce jointe	12
6.2.1	Règles de gestion	12
6.2.2	Modalité technique de chiffrement	13
6.2.3	Contrôle de validité des certificats	13
6.3	Administration des éléments de sécurité	15
6.3.1	Gestion des autorités de certification	15
6.3.2	Gestion des certificats	16
6.3.3	Gestion de la CRL	16
7	Profil des messages réels SMTP	18
7.1	Les messages SMTP contenant les fichiers de factures	18
7.1.1	Profil des messages SMTP	18
7.1.2	Constitution du message SMTP au format MIME à partir du fichier de factures	20
7.1.3	Structures du message SMTP MIME	21
7.2	Les messages SMTP contenant les ARL	25
7.2.1	Profil des messages SMTP	25
7.2.2	Structure du message SMTP	25
7.3	Les messages SMTP contenant les flux de Rejet / Signalement / Paiement	29
7.3.1	Profil des messages SMTP	29
7.3.2	Structure du message SMTP	29
7.4	Les messages SMTP contenant les rapports de réclamation	32
7.4.1	Profil des messages SMTP	32
7.4.2	Structures du message SMTP MIME	34
7.5	Les messages SMTP d'accusé de réception des rapports de réclamation	36
7.5.1	Profil des messages SMTP	36
7.5.2	Structures du message SMTP MIME	37
8	Profil des messages test SMTP	39
9	Profil des messages de démonstration SMTP	41
10	Profil des messages de service SMTP du réseau	42
10.1	Les messages SMTP indiquant un AR_P	42
10.1.1	Profil des messages SMTP	42
10.1.2	Structure des messages SMTP	42
11	Profil des messages de service SMTP de l'Assurance Maladie	44
11.1	Les messages SMTP indiquant une anomalie de structure SMTP	44
11.1.1	Profil des messages SMTP	44
11.1.2	Liste des codes rejets générés par les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire et complémentaire	45
11.1.3	Structure du message SMTP	45
11.2	Les messages SMTP indiquant un fichier rejeté	48
11.2.1	Profil des messages SMTP	48

11.2.2	Liste des codes rejets générés par les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire et complémentaire	48
11.2.3	Structure du message SMTP	49
11.3	Les messages SMTP indiquant une erreur de chiffrement	52
11.3.1	Profil des messages SMTP	52
11.3.2	Liste des codes rejets générés par les organismes d'Assurance Maladie	52
11.3.3	Structure du message SMTP	53
11.4	Description et format de la pièce jointe dans le cas d'anomalie de structure SMTP, de fichier rejeté ou d'erreur de chiffrement	56
11.4.1	Description du contenu du fichier joint	56
11.4.2	Composition du fichier joint	56
11.4.3	Exemple de pièce jointe vers le PS	57
12	Profil des messages SMTP concernant les incréments DLOI	58
12.1	Messages SMTP de demande d'incrément de dLOI	58
12.1.1	Profil des messages SMTP	58
12.1.2	Constitution du message SMTP signé	59
12.1.2.1	Premier format de signature S/MIME	59
12.1.2.2	Deuxième format de signature S/MIME	60
12.1.3	Signature du message	60
12.1.4	Structure du message SMTP signé	61
12.2	Message SMTP contenant le fichier d'incrément dLOI signé	64
12.2.1	Profil des messages SMTP	64
12.2.2	Structure du message SMTP	65
12.3	Message SMTP indiquant une impossibilité fonctionnelle (ARAN)	67
12.3.1	Profil des messages SMTP	67
12.3.2	Liste des codes retour générés	67
12.3.3	Structure du message SMTP	68
13	Profil du message de service SMTP contenant les fichiers normés	70
13.1	Profil des messages SMTP	70
13.2	Structure du message SMTP	71
13.3	Format des fichiers normés	74
14	Profil des messages de service SMTP de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation	75
14.1	Les messages SMTP indiquant une anomalie de structure SMTP	75
14.1.1	Profil des messages SMTP	75
14.1.2	Liste des codes rejets	76
14.1.3	Structure du message SMTP	77
14.2	Les messages SMTP indiquant un fichier rejeté	79
14.2.1	Profil des messages SMTP	79
14.2.2	Liste des codes rejets	79
14.2.3	Structure du message SMTP	80
14.3	Les messages SMTP indiquant une erreur de chiffrement	82
14.3.1	Profil des messages SMTP	82
14.3.2	Liste des codes rejets	82
14.3.3	Structure du message SMTP	83

1 Présentation

L'architecture globale de l'envoi et de la réception des flux de facturation du système SESAM-Vitale est illustrée par la figure ci-après.



Cette figure intègre les différentes possibilités pour un PS d'utiliser les réseaux existants.

Les Professionnels de Santé transmettent les Feuilles de soins Electroniques nécessaires au remboursement à destination des organismes d'Assurance Maladie Obligatoire via un réseau tiers¹ de messagerie qui est obligatoirement relié au Réseau SESAM-Vitale. Le Réseau SESAM-Vitale est un réseau de messagerie basé sur les protocoles SMTP et TCP/IP.

Les Professionnels de Santé transmettent les Demandes de Remboursements Electroniques nécessaires au remboursement à destination des organismes d'Assurance Maladie Complémentaire soit directement par un réseau tiers¹, soit via le Réseau SESAM-Vitale.

Le Poste de Travail du Professionnel de Santé peut récupérer dans sa boîte aux lettres des flux retour des organismes assurances Maladie qui sont non chiffrés (ARL, flux « Rejet/Signalement/Paiement » et messages de service correspondant à l'ensemble des factures du Professionnel de Santé, quel que soit le mode de saisie (Factures électroniques ou papier).

Les Professionnels de Santé transmettent les rapports de réclamation au CESI soit directement par un réseau tiers¹, soit via le Réseau SESAM-Vitale.

¹ Ce qui nécessite le paramétrage libre de la configuration d'accès au réseau et aux serveurs de FAI standards.

2 Architecture du réseau

En fonction du choix fait par le Professionnel de Santé, une boîte aux lettres peut être associée à chaque situation d'exercice et de facturation et à l'opposition incrémentale ou à toutes les situations d'exercice et de facturation et à l'opposition incrémentale.

La boîte aux lettres du Professionnel de Santé gérée par un réseau tiers (FAI).

3 Conformité aux standards Internet

Les réseaux s'appuient sur les standards Internet décrits dans des « Request For Comments ».

Le chiffrement de pièce jointe est conforme à la RFC 5652.

Les certificats de clé publique des organismes destinataires sont conformes au RFC 2459 (X509 V3).

A ce titre, le Poste de Travail du Professionnel de Santé devra être conforme notamment avec les standards TCP/IP, ESMTP, MIME, POP3 et S/MIME.

Le mécanisme d'avis de non remise est conforme aux RFC 1891, 1893 et 1894.

Cette spécification technique est basée sur les travaux de l'IETF relatifs au transport par messagerie des flux EDI (cf. RFC 1767).

4 Nature des flux

Les flux SESAM-Vitale entre les Professionnels de Santé et les organismes d'Assurance Maladie sont actuellement constitués :

- des Feuilles de Soins Electroniques symbolisées par **FSE**,
- des Demandes de remboursements Electroniques symbolisées par **DRE**,
- des retours NOEMIE-PS comprenant les Accusés de Réception Logique (**ARL**) et les flux Rejet/Signalement/Paiement (**RSP**),
- des messages de service symbolisé par **SERVICE**.
- des rapports de réclamation symbolisés par **CESI**.

Seuls les flux de FSE et de DRE, ainsi que les rapports de réclamation, sont chiffrés, qu'il s'agisse de messages réels, de test ou de démonstration.

Les flux d'administration du système SESAM-Vitale sont actuellement constitués :

- des messages de fichiers de conventions et de regroupements normés, symbolisés par **CONV**,
- des fichiers concernant les incréments de la LOI, symbolisées par **dLOI**.

Le présent document présente les profils des messages réels, des messages test, des messages de démonstration et des messages de service.

- L'implémentation des spécifications relatives aux messages dits « réels », de « test », de « démonstration », et de « service » est requise pour l'obtention de l'agrément SESAM-Vitale.
- L'implémentation des spécifications relatives aux messages concernant les incréments dLOI est requise pour l'obtention de l'agrément SESAM-Vitale.

Les messages contenant la liste d'opposition ou les fichiers normés de conventions et de regroupement sont techniquement assimilés aux messages de services.

D'autres flux s'ajouteront à cette liste au fur et à mesure des évolutions du système SESAM-Vitale.

5 Compression

Le progiciel « Pharmacien » compresse obligatoirement les fichiers de factures (FSE et DRE) avant de les télétransmettre aux organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire. Pour les autres catégories de progiciel de santé, la compression est fortement conseillée.

Le progiciel compresse obligatoirement le rapport de réclamation avant de le télétransmettre au CESI.

De même, le progiciel accepte les fichiers retour compressés des organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, car un Professionnel de santé qui télétransmet des flux compressés à une assurance maladie reçoit en retour de cet organisme des flux compressés. Mais le progiciel doit aussi savoir traiter la réception de flux non compressés.

Le principe de compression s'applique pour les flux à destination :

- Des organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, les flux contenant les factures, qu'elles soient réelles, de tests ou de démonstrations.
- Des Professionnels de Santé, les flux contenant les ARL, les R/S/P et les incréments dLOI de la liste d'opposition incrémentale (LOI).
- Du CESI (pour les rapports de réclamation).

Impacts sur le profil des messages SMTP

Le champ « Content-Description » des messages SMTP possède un troisième sous-champ valorisé à « Z » qui indique la compression.

Exemple :

- Pour les flux à destination des organismes d'assurance maladie obligatoire, le champ « Content-Description » sera valorisé à « FSE/B2/Z ».

Impacts sur la structure des messages SMTP

L'algorithme de compression à utiliser est référencé dans la RFC 1952 « GZIP file format specification version 4.3 » ou supérieure. Il peut notamment être implémenté en utilisant les fonctions de compression au format GZIP présentes dans la librairie publique ZLIB 1.1.3 (ou supérieure) disponible sur multi-plateformes (cf. <http://www.gzip.org/zlib/> pour disposer des spécifications techniques, des sources et des binaires pour les plateformes les plus utilisées).

Particularité pour les messages SMTP liés à la liste d'opposition incrémentale

- Le fichier de demande envoyé par le Professionnel de Santé ne doit pas être compressé.
- Par contre, le fichier des incréments de la liste d'opposition (LOI) reçu par le Professionnel de Santé est toujours compressé, le champ « Content-Description » sera valorisé à « REponse/dLOI/Z »

6 Chiffrement de pièce jointe

6.1 Présentation

Contexte

Les évolutions contenues dans ce chapitre ont pour objectif :

- De décrire la mise en œuvre du chiffrement de pièce jointe lors des échanges entre le PS et l'assurance maladie, chiffrement qui vient en remplacement du chiffrement de transport qui était optionnel dans les versions précédentes du cahier des charges SESAM-Vitale 1.40.
- D'assurer ainsi la confidentialité des données patients (en dehors des données déjà chiffrées) échangées entre le PS et l'assurance maladie, dont le NIR, en conformité avec les exigences de la CNIL, tout en permettant aux OCT d'assurer la continuité des services offerts à leurs clients.

NB : la transmission des rapports de réclamation se fait directement vers le CESI, sans passer par les OCT.

Principes généraux du chiffrement

Le chiffrement de la pièce jointe contenant le fichier de lots de FSE ou de DRE transmis par messagerie se fait en utilisant :

- une clé AMO pour chiffrer le fichier de FSE à destination des AMO,
- une clé AMC pour chiffrer le fichier de DRE à destination des AMC,
- une clé OCT pour chiffrer le fichier à destination d'un OCT

Ce principe de chiffrement est illustré par le schéma suivant :

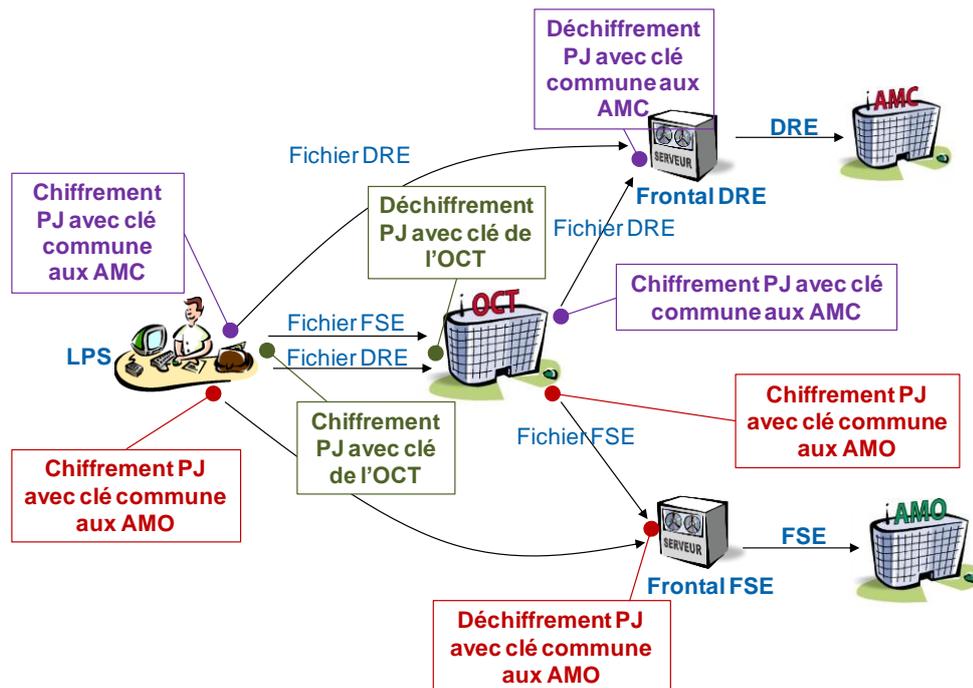


Figure 1 : Principe de chiffrement des pièces jointes

Le chiffrement de la pièce jointe s'applique également aux rapports de réclamation transmis par messagerie en utilisant une clé spécifique au CESI.

Nouvelles fonctionnalités

La mise en œuvre du chiffrement de pièce jointe introduit les nouvelles fonctionnalités suivantes :

- Chiffrement de pièces jointes, comprenant les points suivants :
 - Vérification de la validité des certificats avant usage.
 - Chiffrement des PJ des messages avec le certificat AMO de l'IGC OSI (pour les FSE).
 - Chiffrement des PJ des messages avec le certificat AMC de l'IGC OSI (pour les DRE).
 - Chiffrement des PJ des messages avec le certificat OCT de l'IGC de l'OCT pour les flux à destination des OCT.
 - Chiffrement des PJ des rapports de réclamation avec le certificat CESI de l'IGC OSI.
- Gestion de la sécurité, comprenant les points suivants :
 - Stockage (en général dans un magasin de certificats) des 2 et/ou 3 certificats (AMO/AMC/CESI et/ou OCT) et d'au moins 2 à 4 autorités de certification (pour gérer l'autorité de l'assurance maladie et de l'OCT, ainsi que la période de migration vers une nouvelle AC lors des renouvellements).
 - Accès à l'annuaire LDAP du GIE SV pour la récupération des certificats et des Listes de Révocation de Certificats (CRL).
- Gestion de nouveaux messages de service :
 - Nouveaux messages de services envoyés par les frontaux de l'AM dans le cas de renouvellements/problèmes de certificats.

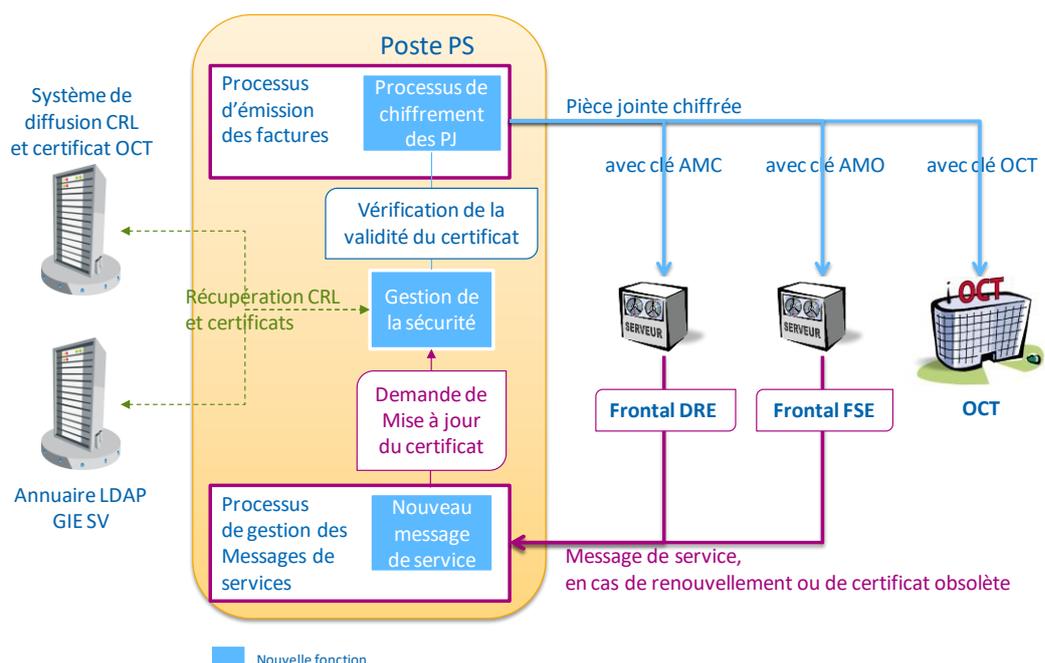


Figure 2 : Nouvelles fonctionnalités à mettre en œuvre

6.2 Chiffrement de la pièce jointe

6.2.1 Règles de gestion

L'émetteur chiffre le fichier logique ou la pièce jointe compressée en appliquant l'algorithme de chiffrement décrit ci-après (cf. §6.2.2).

Les certificats à utiliser doivent au préalable avoir été vérifiés selon la procédure décrite ci-après (cf. §6.2.3)

Les fichiers de FSE à destination des AMO doivent être chiffrés avec la clé AMO (certificat amo_pj.reel@reel.rss.fr)

Les fichiers de DRE à destination des AMC doivent être chiffrés avec la clé AMC (certificat amc_pj.reel@reel.rss.fr)

Les fichiers transmis à destination d'un OCT doivent être chiffrés avec la clé fournie par l'OCT destinataire.

Les fichiers de rapport de réclamation à destination du CESI doivent être chiffrés avec la clé du CESI (certificat cesi_pj.reel@reel.rss.fr).

Impacts sur le profil des messages SMTP

Le champ « Content-Description » des messages SMTP possède un troisième sous-champ valorisé à « K » qui indique le chiffrement de pièce jointe.

Exemple :

- Pour les flux à destination des organismes d'assurance maladie obligatoire, le champ « Content-Description » sera valorisé à « FSE/B2/K » ou « FSE/B2/ZK » si la pièce jointe est également compressée.



Cas particulier

[CP1] Flux de test ou flux de démonstration

Les fichiers de FSE à destination des AMO doivent être chiffrés avec la clé AMO de test (certificat amo_pj.test@test.rss.fr)

Les fichiers de DRE à destination des AMC doivent être chiffrés avec la clé AMC de test (certificat amc_pj.test@test.rss.fr)

Le rapport de réclamation à destination du CESI doit être chiffré avec la clé du CESI (certificat cesi_pj.test@test.rss.fr)

[CP2] CRL présente mais périmée (date de validité dépassée)

Le contrôle de non révocation des certificats se fait avec la CRL présente sur le poste et est non bloquant pour l'émission des flux SMTP.



Cas d'erreur

[CE1] Le certificat à utiliser est non valide

Le processus s'arrête et ne peut être repris qu'une fois le certificat mis à jour (cf. §6.2.3)

[CE2] Absence d'une CRL sur le poste émetteur

Le processus s'arrête et ne peut être repris qu'une fois la CRL installée sur le poste (cf. 6.3.3)

6.2.2 Modalité technique de chiffrement

Description

Le chiffrement d'un document possède les caractéristiques suivantes (basées sur la RFC 5652² - PKCS#7) :

1. le chiffrement du document s'effectue en utilisant l'algorithme AES 128 bits en mode CBC (clé de session de 128 bits) ;
2. la clé de session est chiffrée avec la clé publique RSA du destinataire du document (clé publique de 2048 bits) ;
3. les clés publiques sont certifiées, les certificats sont au format X509 V3.

Chaque document est chiffré à l'aide d'une clé de session qui elle-même est chiffrée à l'aide de la clé publique du destinataire du document. Cette clé publique est certifiée par une autorité de certification et est donc contenu dans le certificat correspondant.

Chaque résultat du chiffrement constitue le document sous forme « binaire » (pas d'encodage base 64 bits), auquel est ajoutée l'extension « .pkcs7 ».

Exemple

L'exemple ci-après illustre une possibilité de mettre en œuvre le chiffrement d'un document en utilisant le produit OpenSource OpenSSL.

Dans cet exemple :

- le document à chiffrer est indiqué sous « NomDuFichierAChiffrer »
- le certificat contenant la clé publique du destinataire est indiqué sous « Certificat.pem³ »

La commande permettant d'obtenir le chiffrement du document est la suivante :

```
« OpenSSL> cms -encrypt -in NomDuFichierAChiffrer -binary  
-aes-128-cbc -outform der -out NomDuFichierAChiffrer.pkcs7  
Certificat.pem »
```

6.2.3 Contrôle de validité des certificats

Certificats assurance maladie

Les certificats assurance maladie suivants sont utilisés pour chiffrer les fichiers transmis directement vers les frontaux de l'assurance maladie :

² <http://datatracker.ietf.org/doc/rfc5652/>

³ Pour être utilisé avec OpenSSL, le certificat doit être mis au format « .pem »

- Un certificat AMO pour le chiffrement des fichiers de lots de FSE
- Un certificat AMC pour le chiffrement des fichiers de lots de DRE
- Un certificat CESI pour le chiffrement des fichiers de rapport de réclamation

L'AC utilisée est l'AC-FACTURATION de l'IGC OSI du GIE SESAM-Vitale.

Les certificats sont disponibles dans l'annuaire LDAP X500 à l'adresse suivante :

- `ldap://annuaire.sesam-vitale.fr/cn=xxx_pj.reel@reel.rss.fr,ou=AC-FACTURATION,ou=AC-SESAM-VITALE-2034,o=sesam-vitale,c=fr?userCertificate;binary`

où « xxx_pj.reel@reel.rss.fr » vaut :

- `amo_pj.reel@reel.rss.fr` pour le certificat AMO
- `amc_pj.reel@reel.rss.fr` pour le certificat AMC
- `cesi_pj.reel@reel.rss.fr` pour le certificat CESI

Le LPS doit vérifier que dans le certificat récupéré, l'extension « *SubjectAltName* » contient les libellés précédents.



Cas particulier

[CP1] Flux de test ou flux de démonstration

Les certificats de tests ont pour libellés :

- `amo_pj.test@test.rss.fr` pour le certificat AMO
- `amc_pj.test@test.rss.fr` pour le certificat AMC
- `cesi_pj.test@test.rss.fr` pour le certificat CESI
- Le certificat CESI de tests est disponible à l'adresse suivante :
`ldap://annuaire.sesam-vitale.fr/cn=cesi_pj.test@test.rss.fr,ou=AC-FACTURATION-TEST,ou=AC-SESAM-VITALE-TEST-2034,o=sesam-vitale,c=fr`

Cas des PS utilisant les services d'un OCT

Les fichiers doivent être chiffrés lors de leur transmission entre le PS et l'OCT avec un certificat fourni par l'OCT.

Les modalités de récupération de ce certificat et des éléments de sécurité associés (AC, CRL) sont de la responsabilité de l'OCT et ne sont pas décrites dans ce document.

Vérification du certificat

Les vérifications à effectuer par le LPS sur un certificat sont les suivantes :

- contrôle de parenté (chaîne de confiance) du certificat⁴
- vérification de la validité de la chaîne de confiance (certificats des autorités intermédiaire et racine (ROOT))
- date de début et de fin de validité du certificat correcte (incluant la date du jour) ;
- certificat non révoqué (certificat non présent dans la liste de révocation des certificats) ;
- contrôle du nom du propriétaire du certificat.
- vérification du Key Usage (extension critique). Le Key Usage doit contenir
 - Digital Signature
 - KeyEncipherment
 - NonRepudiation

Gestion de la CRL

Le LPS vérifie que le certificat n'est pas dans la liste de révocation avant de chiffrer les documents.

En cas de liste de révocation non présente, le LPS doit considérer le certificat comme non valide.

En cas de liste de révocation périmée sur le poste PS, la vérification du certificat doit se faire à partir de la liste présente sur le poste PS.

6.3 Administration des éléments de sécurité

6.3.1 Gestion des autorités de certification

Il est recommandé que le Professionnel de Santé puisse s'assurer de la mise à jour des autorités de certification.

Le LPS doit être en mesure de gérer au moins deux autorités de certification en parallèle pour assurer les périodes de migration d'une autorité vers une autre ou pour gérer l'autorité d'un OCT en plus de l'autorité de l'assurance maladie.

Ces autorités peuvent être mises à jour au travers des procédures de mise à jour du LPS, soit directement par le PS au travers de l'IHM du LPS.



Les modalités de récupération et d'installation d'une nouvelle autorité de certification sur le poste PS sont laissées à la discrétion de l'éditeur.

Les autorités utilisées pour certifier les certificats de l'assurance maladie sont les suivantes :

- AC de production
 - Certificat de l'AC-FACTURATION : `ldap://annuaire.sesam-vitale.fr/cn=AC-FACTURATION,ou=AC-FACTURATION,ou=AC-SESAM-VITALE-2034,o=sesam-vitale,c=fr?cACertificate;binary`

⁴ Le certificat est signé par un certificat « intermédiaire » lui-même signé par un certificat « ROOT ».

- Certificat de l'AC-SESAM-VITALE-2034 : `ldap://annuaire.sesam-vitale.fr/cn= AC-SESAM-VITALE-2034,ou=AC-SESAM-VITALE-2034,o=sesam-vitale,c=fr?cACertificate;binary`

6.3.2 Gestion des certificats

Récupération du certificat

A une clé publique est associé un certificat, qui atteste que la clé publique est bien liée au destinataire. Ce certificat permet la vérification de la propriété d'une clé publique pour prévenir la contrefaçon des clés.

Une connexion à un annuaire public est nécessaire pour récupérer un nouveau certificat et l'intégrer dans l'annuaire local sur l'équipement informatique du LPS⁵. La récupération d'un certificat est nécessaire dans les cas suivants :

- initialement lorsque le LPS met en place la solution de chiffrement,
- par la suite, lorsque le certificat est périmé : le LPS récupère le nouveau certificat environ 15 jours avant la date de fin de validité,
- par la suite, lorsque le certificat est révoqué (en cas de clé privée dévoilée),
- sur réception d'un message de service chiffrement 4005, 4015 ou 4025.

Recommandations

Il est recommandé que les certificats utilisés sur l'équipement informatique du LPS soient stockés dans un magasin local, ceci afin d'éviter de surcharger inutilement les annuaires publics disponibles sur Internet.

Les certificats doivent être vérifiés avant leur enregistrement dans le magasin local (cf. §6.2.3)

Lors de la mise à jour d'un certificat dans ce magasin local, les anciens certificats correspondant au même destinataire doivent être supprimés.

6.3.3 Gestion de la CRL

Récupération de la CRL

L'adresse de récupération de la liste de révocation des certificats de l'AC-FACTURATION est disponible dans le champ du certificat « point de distribution de la liste de révocation des certificats » et est du type :

- `ldap://annuaire.sesam-vitale.fr/cn=AC-FACTURATION,ou=AC-FACTURATION,ou=AC-SESAM-VITALE-2034,o=sesam-vitale,c=fr/certificateRevocationList`

Vérification de la CRL

Les vérifications à effectuer par le LPS sur la CRL sont les suivantes :

- Vérification de la signature de la CRL par la bonne autorité de certification (AC)

⁵ Plusieurs certificats **valides** peuvent être disponibles dans l'annuaire pour un même destinataire. Dans ce cas, l'équipement informatique doit être capable de récupérer le plus récent.

- Vérification de la date de validité de la CRL

Recommandations

Les recommandations de récupération des CRLs reposent sur les principes suivants d'utilisation :

- **limitation du téléchargement** aux CRLs correspondant aux certificats susceptibles d'être acceptés par l'application ;
- **fréquence** de téléchargement des CRLs **en rapport avec la fréquence de publication** de celles-ci ;
- **variabilité des horaires de téléchargement** des CRLs lorsque celui-ci est automatisé (notamment pour que toutes les instances d'un même produit installé chez différents clients ne téléchargent pas les CRLs en même temps : prévoir par exemple un étalement de téléchargement « aléatoire » sur plusieurs heures) ;
- **limitation des durées de connexion** au temps nécessaire au téléchargement des CRLs (pas de maintien de session après un (ou une tentative de) téléchargement).

Le standard de référence décrivant le format des CRLs est le RFC 5280. Toutefois, la fréquence de publication est laissée libre à chaque IGC. Toute CRL contient obligatoirement la date/heure de la publication de la CRL suivante (extension nextUpdate) permettant ainsi à un vérificateur de récupérer la nouvelle CRL avant l'expiration de la CRL en cours.

La méthode suivante est recommandée pour assurer la bonne gestion de la CRL de l'AC-FACTURATION de l'assurance maladie sur l'équipement de l'émetteur des flux :

- Un chargement hebdomadaire est mis en place pour la CRL en exploitation. La CRL est publiée tous les jours approximativement à la même heure – vers 0h00. Le chargement peut donc commencer à partir de 2h00. La première requête doit être planifiée aléatoirement sur plusieurs heures (8 heures minimum) après 2h00 jusque 22h00 (algorithme intégré dans le logiciel par son éditeur devant garantir qu'il y a une répartition de charge chez ses clients).
- S'il se produit un problème lors du chargement (*problème technique ou chargement de la même CRL*) :
 - relancer le chargement tous les jours selon les mêmes règles que précédemment,
 - si le problème persiste toujours, afficher un message d'alerte au Professionnel de Santé lui demandant de contacter le fournisseur de sa solution avant l'expiration de la CRL. Ce dernier doit analyser la source du problème et contacter si besoin le centre de service du GIE SESAM-Vitale.

7 Profil des messages réels SMTP

Ces profils sont susceptibles d'évoluer lors de la prise en compte de nouveaux flux de données SESAM-Vitale.

Le progiciel de Santé détermine que le flux à transmettre est réel à l'aide des données restituées par les Services SESAM-Vitale lors de la constitution des lots qui seront intégrés dans le fichier joint au message à transmettre. La donnée Type de flux en sortie de la fonction Formater Lot est restituée avec la même valeur pour tous les lots du fichier à transmettre. Lorsque cette valeur est 'R', le fichier à transmettre est un flux réel (cf. annexe 1-A, § 4.1).

7.1 Les messages SMTP contenant les fichiers de factures

Les messages SMTP contenant les fichiers de factures sont transmis au format MIME.

7.1.1 Profil des messages SMTP

Les messages SMTP transmis par le Professionnel de Santé doivent respecter le format MIME.

Le progiciel du Professionnel de Santé doit également respecter ces formats lors de la procédure d'agrément.

Les règles suivantes spécifiques à SESAM-Vitale s'appliquent à ces messages SMTP :

- un message SMTP contient un seul fichier tel que généré par le progiciel du Professionnel de Santé en utilisant le Module des services SESAM-Vitale⁶ ;
- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse du Professionnel de Santé émetteur du message SMTP (fournie lors de l'abonnement du PS au RSS ou à un réseau d'accès tiers)
- le champ destinataire ("To") contient l'adresse de l'organisme d'Assurance Maladie récepteur du message SMTP :
 - Pour les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire le champ destinataire ("To") est du type XXYYY@YYY.XX.rss.fr⁷ où :
 - XX désigne le code grand régime ;
 - YYY désigne l'organisme destinataire (dédit à partir des règles spécifiées dans l'Annexe1-A0, groupe 1310) ;
 - Pour les organismes d'Assurance Maladie Complémentaire les éléments d'adressage sont fournis en sortie de la fonction « mise en lot » des Services SESAM-Vitale (Cf. annexe 1.A).
 - Cette fonction donne la partie droite et la partie gauche de @ ;

⁶ Tous les fichiers reçus par les organismes d'Assurance Maladie doivent être obligatoirement constitués d'une seule en-tête de fichier, d'un ou plusieurs lots de factures électroniques de même type (DRE ou FSE) et d'une seule fin de fichier.

⁷ Il est recommandé au progiciel du Professionnel de Santé de récupérer le couple XXYYY dans une donnée qui les contient déjà (ex : champ "numéro destinataire" de la fonction "Mise en forme en-tête et fin de fichier - cf. annexe 1-A).

- le champ relatif au sujet⁸ du message SMTP ("Subject") contient la référence "SVvvvvvv⁹ /exercice/compostage/nnnnn" pour les flux de FSE ou DRvvvvvv/exercice/compostage/nnnnn pour les flux de DRE, où :
 - SVvvvvvv (ou DRvvvvvv) est une chaîne de 8 caractères, où vvvvvv est représenté pour ce Cahier des Charges SESAM-Vitale par 140600 140800; La valeur 140600 140800 est fournie par les API SSV en sortie de la fonction Formater Lot dans le champ 7 du groupe 13 pour un fichier de FSE et dans le champ 7 du groupe 93 pour un fichier de DRE.
 - « exercice »¹⁰ contient le numéro émetteur correspondant au fichier transmis (cf. annexe 1 - fonction "Mise en forme en-tête et fin de fichier) ;
 - « compostage » est un champ obligatoire qui permet d'identifier de manière unique chaque message SMTP pour un émetteur donné (format fixe "AAAAMMJJHHMMSSxxxx" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2), compteur (5)¹¹ ;
 - « nnnnn » est le nombre de FSE (ou de DRE) contenues dans le fichier inclus dans le message SMTP (chaîne de caractères numériques, format fixe aligné à droite ; par exemple : "00025") ;
 - le délimiteur entre chaque champ est le caractère "/" ;
- le champ relatif au type du contenu ("Content-Type") contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "Application/EDI-consent" ;
- le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "FSE/B2" pour les flux de FSE ou DRE/DR pour les flux de DRE ;
- Un avis de non-remise du message SMTP est systématiquement demandé au réseau de messagerie (RFC 1891, 1893 et 1894).¹²

⁸ En cas de dysfonctionnement lors de l'échange des messages SMTP, ce champ peut servir à l'opérateur du RSS et au Professionnel de Santé à retrouver les messages égarés ou sources de problèmes (traçabilité). Il est donc recommandé au progiciel du Professionnel de Santé de le conserver et d'en permettre une restitution facile à l'utilisateur.

⁹ Le contenu de cette référence est susceptible d'évoluer en fonction des nouvelles versions de Cahier des Charges SESAM-Vitale.

¹⁰ Lorsque cette fonction existe, ce champ peut être utilisé pour le retrait sélectif des messages dans une boîte aux lettres.

¹¹ En cas de retransmission du même fichier, le champ compostage doit être différent du message SMTP précédent.

¹² Etant donné que le couple "Sujet du message" et "Champ expéditeur" identifie un message de façon unique sur le réseau, il est recommandé que les progiciels des Professionnels de Santé utilisent la valeur de l'attribut "Subject" pour l'attribut "ENVID".

7.1.2 Constitution du message SMTP au format MIME à partir du fichier de factures

Les règles suivantes spécifiques à SESAM-Vitale s'appliquent à ces messages SMTP :

- un message SMTP contient un seul fichier tel que généré par le progiciel du Professionnel de Santé en utilisant le Module des services SESAM-Vitale¹³ ;
- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse du Professionnel de Santé émetteur du message SMTP (fournie lors de l'abonnement du PS à l'opérateur de messagerie)
- le champ destinataire ("To") contient l'adresse de l'organisme d'Assurance Maladie récepteur du message SMTP :
 - Pour les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire le champ destinataire ("To") est du type XXYYY@YYY.XX.rss.fr¹⁴ où :
 - XX désigne le code grand régime ;
 - YYY désigne l'organisme destinataire (dédit à partir de la table de correspondance fournie par le manuel de programmation et les données contenues en carte Vitale) ;
 - Pour les organismes d'Assurance Maladie Complémentaire les éléments d'adressage sont fournis en sortie de la fonction « mise en lot » des Services SESAM-Vitale (Cf. annexe 1.A).
 - Cette fonction donne la partie droite et la partie gauche de @ ;
- le champ relatif au sujet¹⁵ du message SMTP ("Subject") contient la référence "SVvvvvvv¹⁶/exercice/compostage/nnnnn" pour les flux de FSE ou DRvvvvvv/exercice/compostage/nnnnn pour les flux de DRE, où :
 - SVvvvvvv (ou DRvvvvvv) est une chaîne de 8 caractères, où vvvvvv est représenté pour ce Cahier des Charges SESAM-Vitale par **140600 140800**; La valeur **140600 140800** est fournie par les API SSV en sortie de la fonction Formater Lot dans le champ 7 du groupe 13 pour un fichier de FSE et dans le champ 7 du groupe 93 pour un fichier de DRE.
 - « exercice »¹⁷ contient le numéro émetteur correspondant au fichier transmis (cf. annexe 1 - fonction "Mise en forme en-tête et fin de fichier) ;
 - « compostage » est un champ obligatoire qui permet d'identifier de manière unique chaque message SMTP pour un émetteur donné (format fixe "AAAAMMJJHHMMSSxxxxx" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2), compteur (5)¹⁸ ;

¹³ Tous les fichiers reçus par les organismes d'Assurance Maladie doivent être obligatoirement constitués d'une seule en-tête de fichier, d'un ou plusieurs lots de factures électroniques de même type (DRE ou FSE) et d'une seule fin de fichier.

¹⁴ Il est recommandé au progiciel du Professionnel de Santé de récupérer le couple XXYYY dans une donnée qui les contient déjà (ex : champ "numéro destinataire" de la fonction "Mise en forme en-tête et fin de fichier - cf. annexe 1-A).

¹⁵ En cas de dysfonctionnement lors de l'échange des messages SMTP, ce champ peut servir à l'opérateur de messagerie et au Professionnel de Santé à retrouver les messages égarés ou sources de problèmes (traçabilité). Il est donc recommandé au progiciel du Professionnel de Santé de le conserver et d'en permettre une restitution facile à l'utilisateur.

¹⁶ Le contenu de cette référence est susceptible d'évoluer en fonction des nouvelles versions de Cahier des Charges SESAM-Vitale.

¹⁷ Lorsque cette fonction existe, ce champ peut être utilisé pour le retrait sélectif des messages dans une boîte aux lettres.

¹⁸ En cas de retransmission du même fichier, le champ compostage doit être différent du message SMTP précédent.

- « nnnnn » est le nombre de FSE (ou de DRE) contenues dans le fichier inclus dans le message SMTP (chaîne de caractères numériques, format fixe aligné à droite ; par exemple : "00025") ;
- le délimiteur entre chaque champ est le caractère "/" ;
- le champ relatif au type du contenu ("Content-Type") contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "Application/EDI-consent" ;
- le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "FSE/B2" pour les flux de FSE ou DRE/DR pour les flux de DRE ;
- Un avis de non-remise du message SMTP est systématiquement demandé au réseau de messagerie (RFC 1891, 1893 et 1894).¹⁹

7.1.3 Structures du message SMTP MIME

La structure du message SMTP doit être conforme aux formats SMTP et MIME. Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

¹⁹ Etant donné que le couple "Sujet du message" et "Champ expéditeur" identifie un message de façon unique sur le réseau, il est recommandé que les logiciels des Professionnels de Santé utilisent la valeur de l'attribut "Subject" pour l'attribut "ENVID".

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:	
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From:	adresse émetteur du PS
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To:	adresse destinataire AMO ou AMC
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID	
		Objet du message	O	Subject:	<ul style="list-style-type: none"> SVvvvxxx/exercice/compostage/nnnnn pour les flux de FSE DRvvvxxx/exercice/compostage/nnnnn pour les flux de DRE
Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version:	version	version = 1.0
	Type du contenu	O	Content-Type:	multipart/mixed;boundary=délimiteur	
LIGNE VIDE			O		

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur [En-têtes]	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
		Type de contenu	O	Content-Type:	Type/ Sous-type; paramètre	Type = Application Sous-type = EDI-consent
		Encodage du contenu	O	Content-Transfer-Encoding:	Encodage	Encodage = BASE64
	Description du contenu	Description du contenu	O	Content-Description:	nature/norme	nature :
						<ul style="list-style-type: none"> FSE : nature = FSE DRE : nature = DRE
	Ligne vide Body part	Contenu du message	O	FICHER		norme :
<ul style="list-style-type: none"> FSE : norme = B2 DRE : norme = DR 						
Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--			
Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE			

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From:	adresse émetteur du PS	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To:	adresse destinataire OCT	
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID		
		Objet du message	O	Subject:	<ul style="list-style-type: none"> • SVvvvxxx/exercice/compostage/nnnnn pour les flux de FSE • DRvvvxxx/exercice/compostage/nnnnn pour les flux de DRE 	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version:	version	version = 1.0
		Type du contenu	O	Content-Type:	Type/ Sous-type ; paramètre	Type = Application Sous-type = EDI-consent
		Encodage du contenu	O	Content-Transfer-Encoding:	Encodage	Encodage = BASE64
Description du contenu		O	Content-Description:	nature/norme	nature : <ul style="list-style-type: none"> • FSE : nature = FSE • DRE : nature = DRE norme : <ul style="list-style-type: none"> • FSE : norme = B2 • DRE : norme = DR 	
LIGNE VIDE		O				
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHER		



7.2 Les messages SMTP contenant les ARL

7.2.1 Profil des messages SMTP

Le progiciel du Professionnel de Santé doit également respecter ces formats lors de la procédure d'agrément.

Les règles suivantes spécifiques à SESAM-Vitale s'appliquent à ces messages SMTP :

- un message contient un seul fichier NOEMIE-PS (une seule référence 930) comprenant un ou plusieurs Accusés de Réception Logique ;
- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse de l'organisme d'Assurance Maladie émetteur du message SMTP ;
- le champ destinataire ("To") contient l'adresse du Professionnel de Santé récepteur du message SMTP ; l'adresse du Professionnel de Santé destinataire d'un message contenant un flux NOEMIE-PS est identique à l'adresse contenue dans le champ expéditeur du message contenant le fichier traité, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
- le champ relatif à l'identifiant original (« in-reply-to »), s'il est renseigné, contient la valeur du champ sujet (« subject ») du message SMTP correspondant contenant le fichier, initialement émis par le Professionnel de Santé et éventuellement d'autres caractères. Il convient donc de rechercher la valeur du champ « subject » sans se limiter à une simple comparaison de leurs valeurs. Dans ce cas, un message SMTP contenant des ARL ne se rapporte qu'à un seul message SMTP contenant un fichier.
- le champ relatif au sujet du message SMTP ("Subject") contient la référence "SV/exercice/compostage" pour les flux émis par les AMO (ou DR/exercice/compostage pour les flux émis par les AMC) où le champ exercice est identique à celui contenu dans le message correspondant au fichier, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
- le champ relatif au type du contenu ("Content-Type") contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "Application/EDI-consent" ;
- le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est :
 - "ARL/NOEMIE" pour les flux non compressés émis par les AMO ;
 - ARLDRE/NOEMIE pour les flux non compressés émis par les AMC ;
 - "ARL/NOEMIE/Z" pour les flux compressés émis par les AMO ;
 - ARLDRE/NOEMIE/Z pour les flux compressés émis par les AMC ;

Il est recommandé que le progiciel du Professionnel de Santé contrôle tous les messages contenant des ARL afin de détecter tout doublon éventuel de messages SMTP.

7.2.2 Structure du message SMTP

Les messages SMTP transmis au Professionnel de Santé respectent les formats SMTP et MIME.

Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:	
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From:	adresse émetteur AM
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To:	adresse destinataire PS
	Champ référence	Identifiant du message initial	O	In-reply-to	Champ subject initial
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID	
		Objet du message	O	Subject:	SV/exercice/compostage pour les flux émis par les AMO DR/exercice/compostage pour les flux émis par les AMC
Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version:	version	version = 1.0
	Type du contenu	O	Content-Type:	multipart/mixed;boundary=délimiteur	
LIGNE VIDE			O		

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
	[En-têtes]	Type de contenu	O	Content-Type:	Type/ Sous-type; paramètre	Type = Application Sous-type = EDI-consent
		Encodage du contenu	O	Content-Transfer-Encoding:	Encodage	Encodage = BASE64
		Description du contenu	O	Content-Description:	nature/norme (fichier non compressé) nature/norme/Z (fichier compressé)	nature = ARL ou ARLDRE, norme = NOEMIE
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE			

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From:	adresse émetteur AM	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To:	adresse destinataire PS	
	Champ référence	Identifiant du message initial	O	In-reply-to	Champ subject initial	
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID		
		Objet du message	O	Subject:	SV/exercice/compostage pour les flux émis par les AMO DR/exercice/compostage pour les flux émis par les AMC	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version:	version	version = 1.0
		Type du contenu	O	Content-Type:	Type/Sous-type ; paramètre	Type = Application Sous-type = EDI-consent
Encodage du contenu		O	Content-Transfer-Encoding:	Encodage	Encodage = BASE64	
Description du contenu		O	Content-Description:	nature/norme (fichier non compressé) nature/norme/Z (fichier compressé)	nature = ARL ou ARLDRE, norme = NOEMIE	
LIGNE VIDE		O				
BODY PART	Body part	O	FICHER			

7.3 Les messages SMTP contenant les flux de Rejet / Signalement / Paiement

7.3.1 Profil des messages SMTP

Le progiciel du Professionnel de Santé doit également respecter ces formats lors de la procédure d'agrément.

Les règles suivantes spécifiques à SESAM-Vitale s'appliquent à ces messages SMTP :

- un message contient un seul fichier NOEMIE-PS de Rejet/Paiement/Signalement (une seule référence hors référence 930) ;
- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse de l'organisme d'Assurance Maladie émetteur du message SMTP ;
- le champ destinataire ("To") contient l'adresse du Professionnel de Santé récepteur du message SMTP ; l'adresse du Professionnel de Santé destinataire d'un message contenant un flux Noémie-PS est identique à l'adresse contenue dans le champ expéditeur du message contenant le fichier traité, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
- le champ relatif au sujet du message SMTP ("Subject") contient la référence "SV/exercice/compostage" pour les flux émis par les AMO (ou DR/exercice/compostage pour les flux émis par les AMC) où le champ exercice est identique à celui contenu dans le message correspondant au fichier initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
- le champ relatif au type du contenu ("Content-Type") contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "Application/EDI-consent" ;
- le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est :
 - "RSP/NOEMIE" pour les flux non compressés émis par les AMO ;
 - "RSPDRE/NOEMIE" pour les flux non compressés émis par les AMC ;
 - "RSP/NOEMIE/Z" pour les flux compressés émis par les AMO ;
 - "RSPDRE/NOEMIE/Z" pour les flux compressés émis par les AMC.

Il est recommandé que le progiciel du Professionnel de Santé contrôle tous les messages contenant des fichiers "Rejet/Signalement/Paiement" afin de détecter tout doublon éventuel de messages SMTP.

7.3.2 Structure du message SMTP

Les messages SMTP transmis au Professionnel de Santé respectent les formats SMTP et MIME.

Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:	
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From:	adresse émetteur AMO
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To:	adresse destinataire PS
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID	
		Objet du message	O	Subject:	SV/exercice/compostage pour les flux émis par les AMO DR/exercice/compostage pour les flux émis par les AMC
Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version:	version	version = 1.0
	Type du contenu	O	Content-Type:	multipart/mixed;boundary=délimiteur	
LIGNE VIDE			O		

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE	
	Délimiteur [En-têtes]	Délimiteur	O	--DELIMITEUR	
		Type de contenu	O	Content-Type:	Type/Sous-type; paramètre Type = Application Sous-type = EDI-consent
		Encodage du contenu	O	Content-Transfer-Encoding:	Encodage Encodage = BASE64
		Description du contenu	O	Content-Description:	nature/norme (fichier non compressé) nature/norme/Z (fichier compressé) nature = RSP ou RSPDRE norme = NOEMIE
	Ligne vide		O		
	Body part	Contenu du message	O	FICHIER	
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--	
Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From:	adresse émetteur AMO	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To:	adresse destinataire PS	
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID		
		Objet du message	O	Subject:	SV/exercice/compostage pour les flux émis par les AMO DR/exercice/compostage pour les flux émis par les AMC	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version:	version	version = 1.0
		Type du contenu	O	Content-Type:	Type/Sous-type; paramètre	Type = Application Sous-type = EDI-consent
Encodage du contenu		O	Content-Transfer-Encoding:	Encodage	Encodage = BASE64	
Description du contenu		O	Content-Description:	nature/norme (fichier non compressé) nature/norme/Z (fichier compressé)	nature = RSP ou RSPDRE norme = NOEMIE	
LIGNE VIDE		O				
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHER		

7.4 Les messages SMTP contenant les rapports de réclamation

7.4.1 Profil des messages SMTP

Les messages SMTP transmis par le Professionnel de Santé doivent respecter le format MIME.

Le progiciel du Professionnel de Santé doit également respecter ces formats lors de la procédure d'agrément.

Les règles suivantes spécifiques à SESAM-Vitale s'appliquent à ces messages SMTP :

- un message SMTP contient un seul fichier de rapport de réclamation ;
- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse du Professionnel de Santé émetteur du message SMTP pour les rapports de réclamation,
- le champ destinataire ("To") contient l'adresse de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI, récepteur du message SMTP : "cesi.rXX@cesi.rss.fr", où XX est égal au code région du lieu d'exercice du PS. Exemple : "cesi.r01@cesi.rss.fr". Les codes régions sont définis dans le Code Officiel Géographique de l'INSEE 2016. Pour les flux de test, l'adresse est la suivante : "cesi.test@cesi.rss.fr".
- le champ relatif au sujet²⁰ du message SMTP ("Subject") contient la référence "RRvvvvvv²¹/exercice/compostage" où :
 - RRvvvvvv est une chaîne de 8 caractères, où vvvvvv est représenté pour ce Cahier des Charges SESAM-Vitale par 140600 140800 ; La valeur 140600 140800 est fournie par les API SSV en sortie de la fonction Formater Lot dans le champ 7 du groupe 13 pour un fichier de FSE et dans le champ 7 du groupe 93 pour un fichier de DRE.
 - « exercice »²² contient le Numéro de facturation du Professionnel de Santé ;
 - « compostage » est un champ obligatoire qui permet d'identifier de manière unique chaque message SMTP pour un émetteur donné (format fixe "AAAAMMJJHHMMSSxxxx" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2), compteur (5)²³ ;
 - le délimiteur entre chaque champ est le caractère "/" ;
- le champ relatif au type du contenu ("Content-Type") contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "Application/EDI-consent" ;
- le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "CESI/XML/ZK" ;

²⁰ En cas de dysfonctionnement lors de l'échange des messages SMTP, ce champ peut servir à l'opérateur du RSS et au Professionnel de Santé à retrouver les messages égarés ou sources de problèmes (traçabilité). Il est donc recommandé au progiciel du Professionnel de Santé de le conserver et d'en permettre une restitution facile à l'utilisateur.

²¹ Le contenu de cette référence est susceptible d'évoluer en fonction des nouvelles versions de Cahier des Charges SESAM-Vitale.

²² Lorsque cette fonction existe, ce champ peut être utilisé pour le retrait sélectif des messages dans une boîte aux lettres.

²³ En cas de retransmission du même fichier, le champ compostage doit être différent du message SMTP précédent.

- Un avis de non-remise du message SMTP est systématiquement demandé au réseau de messagerie (RFC 1891, 1893 et 1894).²⁴

²⁴ Etant donné que le couple "Sujet du message" et "Champ expéditeur" identifie un message de façon unique sur le réseau, il est recommandé que les logiciels des Professionnels de Santé utilisent la valeur de l'attribut "Subject" pour l'attribut "ENVID".

7.4.2 Structures du message SMTP MIME

La structure du message SMTP doit être conforme aux formats SMTP et MIME. Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:	
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From:	Adresse SMTP du PS pour la gestion des rapports de réclamation
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To:	Adresse destinataire
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID	
		Objet du message	O	Subject:	RRvvvvvv/exercice/compostage
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version:	version	version = 1.0
Type du contenu		O	Content-Type:	multipart/mixed;boundary=délimiteur	
LIGNE VIDE			O		

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur [En-têtes]	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
		Type de contenu	O	Content-Type:	Type/ Sous-type; paramètre	Type = Application Sous-type = EDI-consent
		Encodage du contenu	O	Content-Transfer-Encoding:	Encodage	Encodage = BASE64
		Description du contenu	O	Content-Description:	nature/ norme	nature : • CESI norme : • XML compression / chiffrement : • ZK
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHER		
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE			

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From:	Adresse SMTP du PS pour la gestion des rapports de réclamation	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To:	Adresse destinataire	
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID		
		Objet du message	O	Subject:	RRvvvvvv/exercice/compostage	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version:	version	version = 1.0
		Type du contenu	O	Content-Type:	Type/ Sous-type ; paramètre	Type = Application Sous-type = EDI-consent
Encodage du contenu		O	Content-Transfer-Encoding:	Encodage	Encodage = BASE64	
Description du contenu		O	Content-Description:	nature/norme	nature : • CESI norme : • XML compression / chiffrement : • ZK	
LIGNE VIDE		O				
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		

7.5 Les messages SMTP d'accusé de réception des rapports de réclamation

7.5.1 Profil des messages SMTP

Les règles suivantes spécifiques à SESAM-Vitale s'appliquent à ces messages SMTP :

- un message ne contient aucune pièce jointe ;
- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse de l'infrastructure d'accueil²⁵ émetteur du message SMTP ;
- le champ destinataire ("To") contient l'adresse du Professionnel de Santé récepteur du message SMTP ; cette adresse est identique à l'adresse contenue dans le champ expéditeur du message contenant le rapport de réclamation traité, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
- le champ relatif à l'identifiant original (« in-reply-to »), contient la valeur du champ sujet (« subject ») du message SMTP correspondant contenant le rapport de réclamation, initialement émis par le Professionnel de Santé.
- le champ relatif au sujet du message SMTP ("Subject") contient la référence "RR/exercice/compostage" où
 - le champ exercice est identique à celui contenu dans le message correspondant au fichier, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
 - le champ compostage contient la date et l'heure de création du message de retour au format "AAAAMMJJHHMMSSxxxxx" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2), compteur (5) ;
- le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "ARLRR".

²⁵ des rapports de réclamation à destination du CESI.

7.5.2 Structures du message SMTP MIME

Les messages SMTP transmis au Professionnel de Santé respectent les formats SMTP et MIME.

Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:	
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From:	Adresse de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To:	Adresse destinataire PS
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID	
		Objet du message	O	Subject:	RRvvvvvv/exercice/compostage
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version:	version	version = 1.0
Type du contenu		O	Content-Type:	multipart/mixed;boundary=délimiteur	
LIGNE VIDE			O		

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur [En-têtes]	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
		Type de contenu	O	Content-Type:	Type/ Sous-type; paramètre	Type = Application Sous-type = EDI-consent
		Encodage du contenu	O	Content-Transfer-Encoding:	Encodage	Encodage = BASE64
	Ligne vide Body part	Description du contenu	O	Content-Description:	nature	ARLRR
		Contenu du message	O	FICHER		
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
	Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From:	<i>Adresse de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI</i>	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To:	<i>Adresse destinataire PS</i>	
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID		
		Objet du message	O	Subject:	RRvvvvvv/exercice/compostage	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version:	version	<i>version = 1.0</i>
		Type du contenu	O	Content-Type:	<i>Type/ Sous-type ; paramètre</i>	<i>Type = Application Sous-type = EDI-consent</i>
		Encodage du contenu	O	Content-Transfer-Encoding:	<i>Encodage</i>	<i>Encodage = BASE64</i>
Description du contenu		O	Content-Description:	<i>nature</i>	<i>ARLRR</i>	
LIGNE VIDE		O				
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		

8 Profil des messages test SMTP

Les progiciels des Professionnels de Santé devront obligatoirement être capables de générer des flux de tests ayant les caractéristiques définies ci-dessous.

Ce mode test correspond à l'élaboration de factures électroniques à partir de **cartes support** Vitale et CPS de test.

Les profils des messages test se différencient des profils des messages réels par le contenu du champ "Content-Description".

Le progiciel de santé détermine que le flux à transmettre est de test à l'aide des données restituées par les Services SESAM-Vitale lors de la constitution des lots qui seront intégrés dans le fichier joint au message à transmettre. La donnée Type de flux en sortie de la fonction Formater Lot est restituée avec la même valeur pour tous les lots du fichier à transmettre. Lorsque cette valeur est 'T', le fichier à transmettre est un flux de test (cf. annexe 1-A, § 4.1).

Les messages SMTP dits de « test » diffèrent des flux dits « réels » par le contenu du champ "Content-Description" qui contient la nature et la norme de l'objet transporté selon les règles suivantes :

- Pour les flux à destination ou émis par les organismes d'assurances maladies obligatoires :

Type de message SMTP de test	Champ « Content-Description »	
	Pas de compression	Compression
Message SMTP de test contenant un fichier de lots de FSE	"FSETEST/B2/K " ;	"FSETEST/B2/ZK" ;
Message SMTP de test contenant les flux ARL	"ARLTEST/NOEMIE"	"ARLTEST/NOEMIE/Z"
Message SMTP de test contenant les flux R/S/P	"RSPTEST/NOEMIE"	"RSPTEST/NOEMIE/Z"

- Pour les flux à destination des organismes d'assurances maladies complémentaires :

Type de message SMTP de test	Champ « Content-Description »	
	Pas de compression	Compression
Message SMTP de test contenant un fichier de lots des DRE	"DRETEST/DR/K " ;	"DRETEST/DR/ZK" ;
Message SMTP de test contenant les flux ARL	"ARLDRETEST/NOEMIE"	"ARLDRETEST/NOEMIE/Z"
Message SMTP de test contenant les flux R/S/P	"RSPDRETEST/NOEMIE"	"RSPDRETEST/NOEMIE/Z"

- Pour les flux à destination du CESI :

Type de message SMTP de test	Champ « Content-Description »
Message SMTP de test contenant un fichier de rapport de réclamation	CESITEST/XML/ZK

Type de message SMTP de test	Champ « Content-Description »
Message SMTP de test contenant les flux d'accusé de réception des rapports de réclamation	ARLRRTEST

9 Profil des messages de démonstration SMTP

Les progiciels des Professionnels de Santé devront obligatoirement être capables de générer des flux de démonstration ayant les caractéristiques définies ci-dessous.

Lors de l'utilisation d'une carte d'un support Vitale de démonstration avec une CPS réelle, le progiciel du Professionnel de Santé doit reconnaître la carte le support Vitale de démonstration sur la base des informations « code régime » et « code caisse » (01 et 999) et doit afficher au Professionnel de Santé qu'il est en train d'effectuer un flux de démonstration.

Les profils des messages utilisés dans le cadre de démonstration se différencient des profils des messages réels par le contenu du champ "Content-Description".

Le progiciel de santé détermine que le flux à transmettre est de démonstration à l'aide des données restituées par les Services SESAM-Vitale lors de la constitution des lots qui seront intégrés dans le fichier joint au message à transmettre. La donnée Type de flux en sortie de la fonction Formater Lot est restituée avec la même valeur pour tous les lots du fichier à transmettre. Lorsque cette valeur est 'D', le fichier à transmettre est un flux de démonstration (cf. annexe 1-A, § 4.1).

Les messages SMTP dits de « démonstration » diffèrent des flux dits « réels » par le contenu du champ "Content-Description" qui contient la nature et la norme de l'objet transporté selon les règles suivantes :

- Pour les flux à destination ou émis par les organismes d'assurances maladies obligatoires :

Type de message SMTP de démonstration	Champ « Content-Description »	
	Pas de compression	Compression
Message SMTP de démonstration contenant un fichier de FSE	"FSEDEMO/B2/K " ;	"FSEDEMO/B2/ZK" ;
Message SMTP de démonstration contenant les flux ARL	"ARLDEMO/NOEMIE"	"ARLDEMO/NOEMIE/Z"

- Pour les flux à destination ou émis par les organismes d'assurances maladies complémentaires :

Type de message SMTP de démonstration	Champ « Content-Description »	
	Pas de compression	Compression
Message SMTP de démonstration contenant un fichier de DRE	"DREDEMO/DR/K " ;	"DREDEMO/DR/ZK" ;
Message SMTP de démonstration contenant les flux ARL	"ARLDREDEMO/NOEMIE"	"ARLDREDEMO/NOEMIE/Z"

10 Profil des messages de service SMTP du réseau

Les règles définies ci-dessous ne s'appliquent que pour les messages en provenance de l'opérateur du réseau de messagerie.

10.1 Les messages SMTP indiquant un AR_P

Le message de service dit « AR_P » sera émis par l'opérateur de messagerie sur demande de l'assurance maladie lors d'une indisponibilité temporaire des serveurs de l'assurance maladie (cas de blocages exceptionnels).

Les messages SMTP respectent les formats SMTP et MIME.

10.1.1 Profil des messages SMTP

- Il y a autant de messages SMTP que de fichiers générés
- Le champ expéditeur ("FROM") contient l'adresse du système de messagerie émetteur ;
- Le champ destinataire ("TO") contient l'adresse du Professionnel de Santé (ou de l'OCT) à l'origine du flux sauvegardé. (champ from du message d'origine)
- Le champ sujet ("subject ") contient la référence "AR_P/XX/DDDDDDDDDDDDDDDDDDDDDDDD"

Où

- AR_P : est une chaîne constante
- XX : contient la valeur **SV** dans le cas d'un message initial de FSE et **DR** dans le cas d'un message initial de DRE (premier sous champ du subject d'origine)
- DDDDDD : est une chaîne, de longueur variable, contient l'adresse du destinataire du message d'origine (organisme AMO ou AMC).
- Le champ ("In-Reply-To ") contient le champ subject du message d'origine et éventuellement d'autres caractères. Il convient donc de rechercher la valeur du champ « subject » sans se limiter à une simple comparaison de leurs valeurs.
- Le champ relatif au type de contenu ("Content-Type") contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est ("Application/EDI-consent").
- Le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est :

SERVICE/AR_PROVISOIRE

10.1.2 Structure des messages SMTP

Les messages SMTP transmis au Professionnel de santé respectent les formats SMTP et MIME.

Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP (single part)

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From:	<i>adresse émetteur</i>	adresse du système de messagerie
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To:	<i>adresse destinataire</i>	Adresse PS OCT
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID		
		Objet du message	O	Subject:	AR P/XX/DDD(n)	cf description ci-dessus
		Référence du message d'origine	O	In-Reply-To		Champ subject du message d'origine
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version:	version	version = 1.0
		Type du contenu	O	Content-Type:	Type/sous-Type	Application/EDI-consent
		Encodage du contenu	O	Content-Transfer-Encoding:	Encodage	Encodage = BASE64
		Description du contenu	O	Content-Description:	<i>nature/norme</i>	<i>nature = SERVICE norme = AR_PROVISOIRE</i>
Ligne vide		O				

11 Profil des messages de service SMTP de l'Assurance Maladie

Le progiciel du Professionnel de Santé doit également respecter ces formats lors de la procédure d'agrément.

Un message de service sera envoyé par les régimes d'Assurance Maladie, si dans le champ 'sujet' du message allé, est indiqué la référence « SVvvvvvv²⁶/.. » pour les flux à destination des AMO ou « DRvvvvvv²⁷/.. » pour les flux à destination des AMC. La valeur de la référence vvvvvv est fournie par les API SSV en sortie de la fonction « Formater_Lot » dans le champ 7 du groupe 13 pour un fichier de FSE et dans le champ 7 du groupe 93 pour un fichier de DRE.

Un fichier trace²⁸ détaillant le motif du rejet est systématiquement joint aux messages de service. Ce fichier peut permettre aux éditeurs de progiciel de santé d'analyser l'incident avec l'aide du support technique du GIE SESAM-Vitale.

11.1 Les messages SMTP indiquant une anomalie de structure SMTP

11.1.1 Profil des messages SMTP

Les règles suivantes spécifiques à SESAM-Vitale s'appliquent à ces messages SMTP :

- le message contient une pièce jointe (Fiche détaillée de l'incident) ;
- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse de l'organisme d'Assurance Maladie émetteur du message SMTP ;
- le champ destinataire ("To") contient l'adresse du Professionnel de santé récepteur du message SMTP ; l'adresse du Professionnel de santé destinataire d'un message signalant une anomalie SMTP est identique à l'adresse contenue dans le champ expéditeur du message initialement transmis par ce même Professionnel de santé ;
- le champ relatif au sujet du message ("Subject") contient la référence "SV/exercice²⁹/compostage/**code rejet**" pour les flux émit par les AMO et DR/exercice³⁰/compostage/**code rejet**" pour les flux émit par les AMC ;
- le champ relatif à l'identifiant original ("In-Reply-To") contient le champ sujet du message initialement transmis par le Professionnel de Santé et éventuellement d'autres caractères. Il convient donc de rechercher la valeur du champ « subject » sans se limiter à une simple comparaison de leurs valeurs ;
- le champ relatif au type du contenu ("Content-Type") contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "Application/EDI-consent" ;

²⁶ Le contenu de cette référence est susceptible d'évoluer en fonction des nouvelles versions de Cahier des Charges SESAM-Vitale.

²⁷ Le contenu de cette référence est susceptible d'évoluer en fonction des nouvelles versions de Cahier des Charges SESAM-Vitale.

²⁸ Le descriptif complet de ce fichier trace est inclus dans la documentation des Fournitures SESAM-Vitale.

²⁹ Si ce champ est renseigné dans le message aller correspondant.

³⁰ Si ce champ est renseigné dans le message aller correspondant.

- le champ relatif à la description du contenu (« Content-Description ») contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est « SERVICE/REJET_SMTP ».

11.1.2 Liste des codes rejets générés par les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire et complémentaire³¹

Code Rejet	Libellés
1010	Le fichier pièce jointe déclaré n'existe pas
1020	Pas de pièce jointe
1030	Plus d'une pièce jointe
1031	Mauvais format de compression pour la pièce jointe
1032	Chiffrement PJ : Content-Description indiquant un flux chiffré qui ne l'est pas
1040	Content- Type différent de "APPLICATION/EDI-consent"
1050	Content- Description inconnu ou non autorisé
1060	Sujet non conforme
1061	1er sous-champ inconnu ou non autorisé
1062	2 ième sous-champ du sujet absent ou de longueur différente de 14 caractères
1063	3 ème sous-champ du sujet absent ou de longueur différente de 19 caractères
1064	Date et heure compostage non valides
1065	4 ième sous-champ du sujet absent ou de longueur différente de 5 caractères
1066	4 ième sous-champ non numérique ou incohérent
1070	Sujet identique (message déjà transmis)
9999	autre erreur

11.1.3 Structure du message SMTP

Les messages SMTP transmis au Professionnel de Santé respectent les formats SMTP et MIME.

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

³¹ La liste des erreurs est non exhaustive.

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:	
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From:	adresse émetteur AMO
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To:	adresse destinataire PS
	Champ référence	Identifiant du message initial	O	In-Reply-To	Champ subject initial
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID	
		Objet du message	O	Subject:	SV/exercice/compostage/code rejet pour les flux émis par les AMO DR/exercice/compostage/code rejet pour les flux émis par les AMC
Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version:	version	version = 1.0
	Type du contenu	O	Content-Type:	multipart/mixed;boundary=délimiteur	
LIGNE VIDE			O		

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE	
	Délimiteur [En-têtes]	Délimiteur	O	--DELIMITEUR	
		Type de contenu	O	Content-Type:	Type/ Sous-type ; paramètre Type = Application Sous-type = EDI-consent
		Encodage du contenu	O	Content-Transfer-Encoding:	Encodage Encodage = BASE64
		Description du contenu	O	Content-Description:	nature/ norme nature = SERVICE norme = REJET_SMTP
	Ligne vide		O		
	Body part	Contenu du message	O	FICHER	
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--	
Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From:	adresse émetteur AMO	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To:	adresse destinataire PS	
	Champ référence	Identifiant du message initial	O	In-Reply-To	Champ subject initial	
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID		
		Objet du message	O	Subject:	SV/exercice/compostage/code rejet pour les flux émis par les AMO DR/exercice/compostage/code rejet pour les flux émis par les AMC	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version:	version	version = 1.0
		Type du contenu	O	Content-Type:	Type/ Sous-type; paramètre	Type = Application Sous-type = EDI-consent
Encodage du contenu		O	Content-Transfer-Encoding:	Encodage	Encodage = BASE64	
Description du contenu		O	Content-Description:	nature/ norme	nature = SERVICE norme = REJET SMTP	
LIGNE VIDE						
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHER		

11.2 Les messages SMTP indiquant un fichier rejeté

11.2.1 Profil des messages SMTP

Les règles suivantes spécifiques à SESAM-Vitale s'appliquent à ces messages SMTP :

- le message contient une pièce jointe (Fiche détaillé de l'incident) ;
- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse de l'organisme d'Assurance Maladie émetteur du message SMTP ;
- le champ destinataire ("To") contient l'adresse du Professionnel de santé récepteur du message SMTP ; l'adresse du Professionnel de santé destinataire d'un message contenant un fichier rejeté est identique à l'adresse contenue dans le champ expéditeur du message contenant le fichier traité, initialement transmis par ce même Professionnel de santé ;
- le champ relatif au sujet du message ("Subject") contient la référence "SV/exercice/compostage/**code rejet**" pour les flux émit par les AMO et DR/exercice/compostage/**code rejet**" pour les flux émit par les AMC ;
- le champ relatif au type du contenu ("Content-Type") contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "Application/EDI-consent" ;
- le champ relatif à l'identifiant original ("In-Reply-To") contient le champ sujet du message initialement transmis par le Professionnel de Santé et éventuellement d'autres caractères. Il convient donc de rechercher la valeur du champ « subject » sans se limiter à une simple comparaison de leurs valeurs ;
- le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "SERVICE/REJET_FICHER".

11.2.2 Liste des codes rejets générés par les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire et complémentaire³²

Code Rejet	Libellés
2010	<i>incohérence du marquage des flux</i>
2011	<i>flux réel contenant un numéro de facturation de test</i>
2012	<i>Marquage du type de facture et/ou du type de lot erroné</i>
2020	<i>marquage des flux incorrect</i>
2030	<i>erreur de séquençement dans les types B2</i>
2040	<i>Incohérence sur le numéro AMC</i>
2110	<i>T000 : type émetteur différent de TP, TE, SI ou OT</i>
2111	<i>T000 : numéro d'émetteur non numérique</i>
2112	<i>T000 : numéro d'émetteur différent du champ exercice</i>
2113	<i>T000 : type+numéro de destinataire inconnu pour ce frontal</i>

³² La liste des erreurs est non exhaustive.

Code Rejet	Libellés
2114	<i>Pour FSE : T000 : application différente de TR et TO Pour DRE : T000 : application différente de 98 et 99</i>
2115	<i>T000 : identification du fichier non renseignée</i>
2116	<i>T000 : date de création du fichier pas au format date</i>
2117	<i>T000 : norme différente de IF, MK, OO, OY, PE, TA, LB, PH, FR, ER, CP, CS ou CT</i>
2118	<i>Pour FSE : T000 : version norme différente de B2 Pour DRE : T000 : version norme différente de DR</i>
2119	<i>T000 : compactage différent de 0 et espace</i>
2120	<i>T000 : cryptage différent de 0 ,1 ou 1 espace</i>
2121	<i>T000 : champ longueur différent de 128</i>
2122	<i>T000 : numéro de destinataire non numérique</i>
2123	<i>T000 : Zone Mise en Œuvre Sécurité différent de 3 espaces</i>
2124	<i>T000 : incohérence de l'adresse destinataire avec le numéro destinataire renseigné dans le fichier B2</i>
2210	<i>T999 : type émetteur différent du type 000</i>
2211	<i>T999 : numéro émetteur différent du type 000</i>
2212	<i>T999 : type destinataire différent du type 000</i>
2213	<i>T999 : numéro destinataire différent du type 000</i>
2214	<i>T999 : application différente de celle du type 000</i>
2215	<i>T999 : identification du fichier différente de celle du type 000</i>
2216	<i>T999 : nombre d'enregistrements incorrect</i>
2217	<i>T999 : nombre de lots incorrect</i>
2218	<i>T999 : nombre d'enregistrement non numérique</i>
2219	<i>T999 : nombre de lots non numérique</i>
2300	<i>Pour la FSE : nombre de FSE incorrect par rapport au sous champ du sujet du message SMTP Pour la DRE : nombre de DRE incorrect par rapport au sous champ sujet du message SMTP</i>
3004	<i>date de création du lot non conforme</i>
9999	<i>autre erreur</i>

11.2.3 Structure du message SMTP

Les messages SMTP transmis au Professionnel de Santé respectent les formats SMTP et MIME.

Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:	
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From:	adresse émetteur AMO
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To:	adresse destinataire PS
	Champ référence	Identifiant du message initial	O	In-Reply-To	Champ subject initial
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID	
		Objet du message	O	Subject:	SV/exercice/compostage/code rejet pour les flux émis par les AMO DR/exercice/compostage/code rejet pour les flux émis par les AMC
Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version:	version	version = 1.0
	Type du contenu	O	Content-Type:	multipart/mixed;boundary=délimiteur	
LIGNE VIDE			O		

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE	
	Délimiteur [En-têtes]	Délimiteur	O	--DELIMITEUR	
		Type de contenu	O	Content-Type:	Type/ Sous-type ; paramètre Type = Application Sous-type = EDI-consent
		Encodage du contenu	O	Content-Transfer-Encoding:	Encodage Encodage = BASE64
		Description du contenu	O	Content-Description:	nature/ norme nature = SERVICE norme = REJET_FICHIER
	Ligne vide		O		
	Body part	Contenu du message	O	FICHIER	
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--	
Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		



Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From:	<i>adresse émetteur AMO</i>	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To:	<i>adresse destinataire PS</i>	
	Champ référence	Identifiant du message initial	O	In-Reply-To	<i>Champ subject initial</i>	
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID		
		Objet du message	O	Subject:	<i>SV/exercice/compostage/code rejet pour les flux émis par les AMO DR/exercice/compostage/code rejet pour les flux émis par les AMC</i>	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version:	<i>version</i>	<i>version = 1.0</i>
		Type du contenu	O	Content-Type:	<i>Type/Sous-type; paramètre</i>	<i>Type = Application Sous-type = EDI-consent</i>
Encodage du contenu		O	Content-Transfer-Encoding:	<i>Encodage</i>	<i>Encodage = BASE64</i>	
Description du contenu		O	Content-Description:	<i>nature/norme</i>	<i>nature = SERVICE norme = REJET_FICHER</i>	
LIGNE VIDE		O				
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHER		

11.3 Les messages SMTP indiquant une erreur de chiffrement

11.3.1 Profil des messages SMTP

Les règles suivantes s'appliquent à ces messages SMTP :

- le message contient une pièce jointe (Fiche détaillée de l'incident) ;
- le champ expéditeur (« *From* ») contient l'adresse de l'organisme d'assurance maladie émettrice du message SMTP ;
- le champ destinataire (« *To* ») contient l'adresse Professionnel de Santé destinataire du message SMTP ; l'adresse du destinataire d'un message signalant une erreur de chiffrement est identique à l'adresse contenue dans le champ expéditeur du message initialement transmis par ce Professionnel de Santé ;
- le champ relatif au sujet du message (« *Subject* ») contient la référence « SV/exercice³³/compostage/code rejet » pour les flux émit par les AMO et DR/exercice/compostage/code rejet " pour les flux émit par les AMC ;
- le champ relatif à l'identifiant original (« *In-Reply-To* ») contient le champ sujet du message initialement transmis par le Professionnel de Santé et éventuellement d'autres caractères. Il convient donc de rechercher la valeur du champ « subject » sans se limiter à une simple comparaison de leurs valeurs ;
- le champ relatif au type du contenu (« *Content-Type* ») contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est « Application/EDI-consent ».
- le champ relatif à la description du contenu (« *Content-Description* ») contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est « SERVICE/REJET_FICHER ».

11.3.2 Liste des codes rejets générés par les organismes d'Assurance Maladie³⁴

Code Rejet	Libellés
4005	<i>Pièce jointe chiffrée en erreur</i>
4015	<i>Pièce jointe chiffrée warning</i>
4025	<i>Pièce jointe non chiffrée</i>

Remarques importantes :

Le message 4005 indique la raison pour laquelle le flux n'a pas été déchiffré, le flux est donc rejeté.

Le système d'accueil des flux de l'organisme d'assurance maladie n'arrive pas à déchiffrer le flux : en particulier, le certificat peut être révoqué au niveau du frontal de l'AM.

³³ Si ce champ est renseigné dans le message aller correspondant.

³⁴ La liste des erreurs est non exhaustive.

=> Le Professionnel de Santé doit réémettre le flux à l'identique en utilisant le bon certificat.

Le message 4015 indique que le flux a été déchiffré mais qu'il existe un certificat plus récent.

Le système d'accueil des flux de l'organisme d'assurance maladie a déchiffré le flux, mais le certificat est périmé. Ce message de service est un avertissement.

=> Le Professionnel de Santé devra utiliser le nouveau certificat dans ses prochaines télé-transmissions à l'organisme d'assurance maladie.

Le message 4025 indique que le flux reçu n'était pas chiffré alors qu'il devait l'être obligatoirement.

=> Le Professionnel de Santé doit réémettre le flux à l'identique en chiffrant la pièce jointe.

Avant toute intégration d'un nouveau certificat dans l'annuaire local, il convient de vérifier la validité du certificat (cf. §6.2.3), notamment en cas de changement d'autorité de certification, la nouvelle autorité devra être installée sur le poste (cf. §6.3.1) en préalable à toute intégration d'un nouveau certificat issu de cette autorité.

11.3.3 Structure du message SMTP

Les messages SMTP transmis au Professionnel de Santé respectent les formats SMTP et MIME.

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	Date :	
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From :	adresse émetteur caisse gestionnaire
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To :	adresse destinataire Professionnel de Santé
	Champ référence	Identifiant du message initial	O	In-Reply-To	champ subject initial
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID	
		Objet du message	O	Subject :	SV/exercice/compostage/code rejet ou DR/exercice/compostage/code rejet
Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version :	version	version = 1.0
	Type du contenu	O	Content-Type :	multipart/mixed ;boundary=délimiteur	
LIGNE VIDE			O		

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE	
	Délimiteur [En-têtes]	Délimiteur	O	--DELIMITEUR	
		Type de contenu	O	Content-Type :	Type/ Sous-type ;paramètre Type = Application Sous-type = EDI-consent
		Encodage du contenu	O	Content-Transfer-Encoding :	Encodage Encodage = BASE64
		Disposition du contenu	O	Content-Disposition:	nature = SERVICE norme = REJET_FICHER
	Ligne vide Body part		O		
		Contenu du message	O	FICHER	
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--	
Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	Date :		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From :	adresse émetteur caisse gestionnaire	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To :	adresse destinataire Professionnel de Santé	
	Champ référence	Identifiant du message initial	O	In-Reply-To	champ subject initial	
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID		
		Objet du message	O	Subject :	SV/exercice/compostage/code rejet Ou DR/exercice/compostage/code rejet	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version :	version	version = 1.0
		Type du contenu	O	Content-Type :	Type/ Sous-type ; paramètre	Type = Application Sous-type = EDI-consent
		Encodage du contenu	O	Content-Transfer-Encoding :	Encodage	Encodage = BASE64
		Disposition du contenu	O	Content-Disposition :		nature = SERVICE norme = REJET FICHIER
LIGNE VIDE		O				
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		

11.4 Description et format de la pièce jointe dans le cas d'anomalie de structure SMTP, de fichier rejeté ou d'erreur de chiffrement

11.4.1 Description du contenu du fichier joint

Ce fichier est au format ASCII, et comporte plusieurs rubriques, chacune de ces rubriques étant délimitée par un en-tête entre crochets.

Chacun des éléments d'une rubrique est composé d'une ligne constituée de 3 champs :

- Nom de l'élément.
- Séparateur : le signe égal =
- Le contenu proprement dit de l'élément.

Selon la cause du rejet, tous les champs ne sont pas renseignés. Dans ce cas, les champs vides sont absents du fichier de diagnostic du rejet.

11.4.2 Composition du fichier joint

Le fichier joint est composé des rubriques :

- 1 rubrique Fichier ;
- 1 rubrique Diagnostic.

Rubrique Fichier

Libellé	Signification	Présence pour rejet PS
[FICHER]		O
DATE_REC	Date de réception	O
HEURE_REC	Heure de réception	O

Rubrique Diagnostic

Libellé	Signification	Présence pour rejet PS
[DIAG]		O
DATE_REJET	Date du rejet	O
HEURE_REJET	Heure du rejet	O
CODE_REJET	Tableau liste des codes rejets	O
LIB_REJET	Tableau liste des codes rejets	O
DESC_CHAMP	Description du champ erroné	O
VAL_CHAMP	Valeur du champ erroné	O
OFFSET	Position du champ erroné	O
TYPE_ENR	Type de l'enregistrement erroné	O

Libellé	Signification	Présence pour rejet PS
MOTIF	Motif de l'erreur : <ul style="list-style-type: none">• non numérique• absent• incorrect• non au format• incohérent	O

11.4.3 Exemple de pièce jointe vers le PS

[FICHER]

DATE_REC=10/03/1999

HEURE_REC=15:25:12

[DIAG]

DATE_REJET=10/03/1999

HEURE_REJET=15:25:15

CODE_REJET=2110

LIB_REJET= T000: type émetteur différent de TP,TE,SI,CP ou OT

DESC_CHAMP=TypeEmet.

VAL_CHAMP=RE

OFFSET=1223

TYPE_ENR=000

MOTIF=incorrect

12 Profil des messages SMTP concernant les incréments dLOI

Ce chapitre s'adresse aux éditeurs développant des progiciels destinés aux catégories de Professionnels de Santé concernées par la liste d'opposition (cf. chapitre 4.2.6.3. relatif à la liste d'opposition dans ce Cahier des Charges SESAM-Vitale).

Dans le cas où le Professionnel de santé a recours à un organisme tiers (ex : Organisme Concentrateur Technique), les messages SMTP concernant les incréments dLOI de la liste d'opposition incrémentale seront transmis par cet organisme tiers.

Le Professionnel de Santé recevra le fichier des incréments de la liste d'opposition incrémentale obligatoirement compressé.

12.1 Messages SMTP de demande d'incrément de dLOI

Le progiciel envoie automatiquement et chaque jour une demande d'incrément (dLOI) dans un message SMTP signé.

12.1.1 Profil des messages SMTP

Ces messages SMTP respectent le format MIME et l'extension S/MIME.

Le progiciel doit également respecter ce format lors de la procédure d'agrément.

Les règles suivantes s'appliquent à ces messages SMTP :

- le message contient une seule pièce jointe (la demande de dLOI) ;
- le champ expéditeur (« *From* ») contient l'adresse du Professionnel de Santé émetteur du message SMTP ;
- le champ destinataire (« *To* ») contient l'adresse de l'organisme destinataire du message SMTP (le distributeur d'opposition) ;
- le champ relatif au sujet du message (« *Subject* ») contient :
 - « *compostage* » est un champ obligatoire qui permet d'identifier de manière unique chaque message SMTP pour un émetteur donné (format fixe "AAAAMMJJHHMMSSxxxxx" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2), compteur (5)³⁵ ;
 - le champ relatif au type du contenu (« *Content-Type* ») contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est « Application/EDI-consent ».
 - le champ relatif à l'encodage du contenu (« *Content-Transfer-Encoding* ») contient l'encodage : la valeur de ce champ est « BASE64 » ;
 - le champ relatif à la description du contenu (« *Content-Description* ») contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est « DEMANDE/dLOI ».
 - *Nature* : DEMANDE
 - *Norme* : dLOI

³⁵ En cas de retransmission du même fichier, le champ compostage doit être différent du message SMTP précédent.

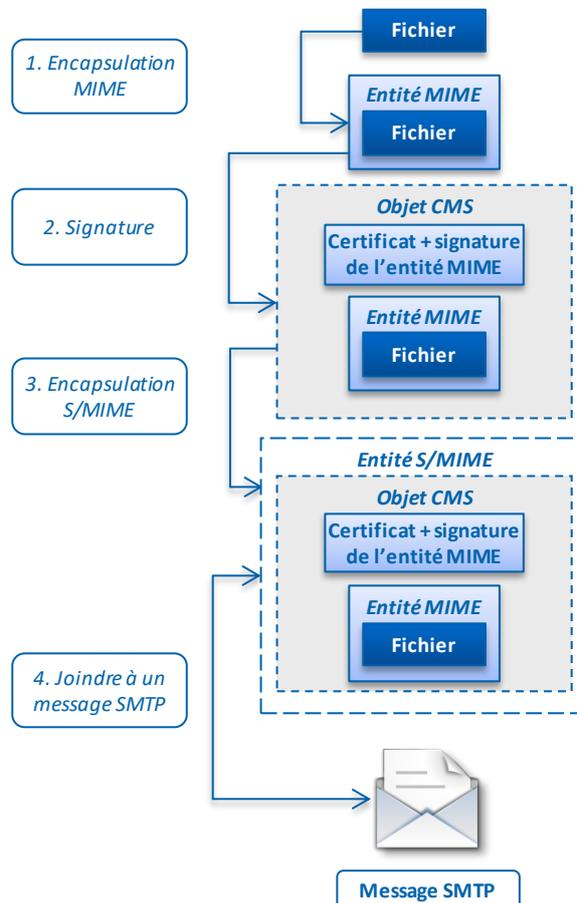
12.1.2 Constitution du message SMTP signé

Il existe deux formats de signature S/MIME.

Suivant les outils de signature utilisés sur le progiciel, l'un ou l'autre de ces formats peut être utilisé. Cf. RFC 2633.

12.1.2.1 Premier format de signature S/MIME

- (1) Le fichier de demande dLOI est encapsulé dans une entité MIME.
- (2) L'entité MIME est signée conformément à la RFC 2633 suivant le format `application/pkcs7-mime with SignedData` ; l'entité MIME signée (Algorithme de hachage SHA-1 et Algorithme de signature RSA) ainsi que le certificat de signature X509 sont regroupés dans un objet CMS.
- (3) L'objet CMS est encapsulé dans une entité S/MIME ; cette entité S/MIME a une structure « single part ».
- (4) L'entité S/MIME est attachée à un message SMTP. **Le message SMTP contient une et une seule entité S/MIME.**

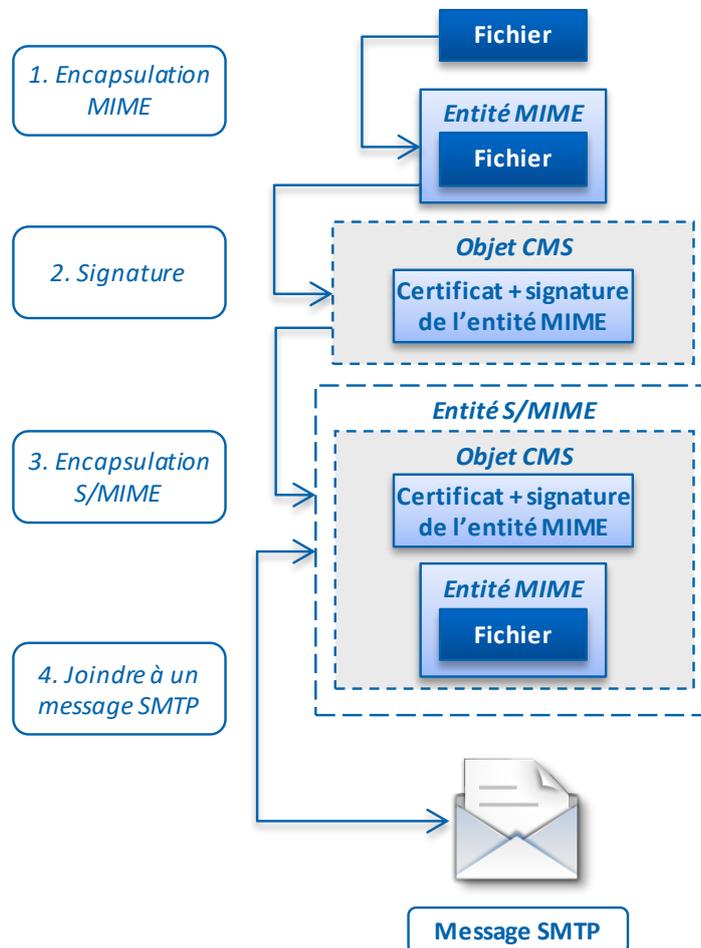


- le champ relatif au type du contenu (« *Content-Type* ») contient le type et le sous-type de l'objet transporté et les paramètres nécessaires ; les valeurs de ce champ sont :
 - *Content-Type* = `application/pkcs7-mime`
 - *smime-type* = `signed-data`
 - *name* = `smime.p7m`
- le champ relatif à l'encodage du contenu (« *Content-Transfer-Encoding* ») contient l'encodage : la valeur de ce champ est « `BASE64` » ;

- le champ relatif à la disposition du contenu (« *Content-Disposition* ») contient :
 - *Content-Disposition* = attachment.
 - *Filename* = smime.p7m

12.1.2.2 Deuxième format de signature S/MIME

- (1) Le fichier de demande dLOI est encapsulé dans une entité MIME.
- (2) L'entité MIME est signée conformément à la RFC 2633 suivant le format Signing Using the multipart/signed ; la signature (Algorithme de hachage SHA-1 et Algorithme de signature RSA) ainsi que le certificat de signature X509 sont regroupés dans un objet CMS.
- (3) L'objet CMS est encapsulé dans une entité S/MIME avec le fichier de demande dLOI au format MIME ; cette entité S/MIME a une structure « multipart ».
- (4) L'entité S/MIME est attachée à un message SMTP. **Le message SMTP contient une et une seule entité S/MIME.**



12.1.3 Signature du message

Le progiciel doit signer le message de demande d'incrément à partir de la carte CPS seule du Professionnel de Santé. (seules les cartes CPS sont acceptées).

Pour cela, il est possible d'utiliser des outils OSM homologués par le GIP-CPS ou la librairie crypto (PKCS#11) du GIP CPS associée à une librairie de gestion des formats S/MIME (exemple en Java, librairie « bouncycastle, site web : <http://www.bouncycastle.org/>).

12.1.4 Structure du message SMTP signé

La structure du message SMTP signée doit être conforme aux formats SMTP et S/MIME. Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Entité MIME contenant le fichier de demande de dLOI

Type de contenu	<input type="radio"/>	Content-Type : <i>Type/Sous-type ;paramètre</i>	<i>Type = text Sous-type = plain</i>
Encodage du contenu	<input type="radio"/>	Content-Transfer-Encoding : <i>Encodage</i>	<i>Encodage = 7bit</i>
	<input type="radio"/>		
Contenu du message	<input type="radio"/>	FICHER	<i>Description de la demande</i>

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	<input type="radio"/>	Date :	
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	<input type="radio"/>	From : <i>adresse émetteur Professionnel de Santé</i>	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	<input type="radio"/>	To : <i>adresse destinataire du distributeur d'opposition</i>	
	Autres champs	Identifiant du message	<input type="radio"/>	Message ID	
		Objet du message	<input type="radio"/>	Subject : <i>dLOI/compostage</i>	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	<input type="radio"/>	Mime-Version : <i>version</i>	<i>version = 1.0</i>
		Type du contenu	<input type="radio"/>	Content-Type : <i>Type/Sous-type ;paramètre</i>	<i>Content-Type = application/pkcs7-mime smime-type = signed-data name = smime.p7m</i>
		Encodage du contenu	<input type="radio"/>	Content-Transfer-Encoding : <i>Encodage</i>	<i>Encodage = BASE64</i>
Description du contenu		<input type="radio"/>	Content-Description : <i>nature/norme</i>	<i>nature = DEMANDE norme =dLOI</i>	
Disposition du contenu		<input type="radio"/>	Content-Disposition :	<i>Content-Disposition = attachment Filename = smime.p7m</i>	
LIGNE VIDE		<input type="radio"/>			
BODY PART	Body part	Contenu du message	<input type="radio"/>	OBJET signé (CMS) contenant le fichier demande de dLOI	

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	Date :	
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From :	adresse émetteur Professionnel de Santé
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To :	adresse destinataire du distributeur d'opposition
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID	
		Objet du message	O	Subject :	dLOI/compostage
Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version :	Version	version = 1.0
	Type du contenu	O	Content-Type :	multipart/signed; protocol= application/pkcs7-signature; micalg = sha1;boundary=délimiteur	
LIGNE VIDE			O		

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	[En-têtes]	Délimiteur	Délimiteur	O	--DELIMITEUR	
		Type de contenu		O	Content-Type :	Type/Sous-type ;paramètre Type = Application Sous-type = EDI-consent
		Encodage du contenu		O	Content-Transfer-Encoding :	Encodage Encodage = BASE64
		Description du contenu		O	Content-Description :	nature/norme nature = DEMANDE norme =dLOI
		Ligne vide		O		
	Body part	Contenu du message	O	FICHIER	Description de la demande	
	Délimiteur	Délimiteur	O	--DELIMITEUR--		
	[En-têtes]	Type de contenu		O	Content-Type :	Type/Sous-type ;paramètre Content-Type = application/pkcs7-signature name = smime.p7s
		Encodage du contenu		O	Content-Transfer-Encoding :	Encodage Encodage = BASE64
		Disposition du contenu		O	Content-Disposition:	Content-Disposition = attachment Filename = smime.p7s
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	OBJET signé (CMS) contenant la signature du fichier de demande de dLOI		
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
	Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		

12.2 Message SMTP contenant le fichier d'incrément dLOI signé

Le fichier d'incrément fourni en pièce jointe est signé par le distributeur d'opposition. Par contre, le message n'est pas signé par le distributeur d'opposition. Le fichier de dLOI est compressé.

La description du format du fichier est décrit dans l'annexe 6.

12.2.1 Profil des messages SMTP

Ces messages SMTP respectent le format MIME.

Le progiciel doit également respecter ces formats lors de la procédure d'agrément.

Les règles suivantes s'appliquent à ces messages SMTP :

- le message contient une seule pièce jointe (la dLOI) ;
- le champ expéditeur (« *From* ») contient l'adresse du distributeur d'opposition ;
- le champ destinataire (« *To* ») contient l'adresse³⁶ du Professionnel de Santé émetteur du message de demande de dLOI ;
- le champ relatif à l'identifiant original (« *In-Reply-To* ») contient le champ sujet du message initialement transmis par le Professionnel de Santé ;
- le champ relatif au sujet du message (« *Subject* ») contient la référence « dLOI/compostage »
 - « compostage » est un champ obligatoire qui permet d'identifier de manière unique chaque message SMTP pour un émetteur donné (format fixe "AAAAMMJJHHMMSSxxxxx" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2), compteur (5)³⁷ ;
- le champ relatif au type du contenu (« *Content-Type* ») contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est « Application/EDI-consent ».
- le champ relatif à l'encodage du contenu (« *Content-Transfer-Encoding* ») contient l'encodage : la valeur de ce champ est « BASE64 » ;
- le champ relatif à la description du contenu (« *Content-Description* ») contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est « REPONSE/dLOI ».
 - *Nature* : REPONSE
 - *Norme* : dLOI

Pour émettre des flux compressés, le champ « *Content-Description* » des messages SMTP possède un troisième sous-champ valorisé à « **Z** » qui indique la compression. « REPONSE/dLOI/**Z** ».

- *Compression* : Z

³⁶ L'adresse du destinataire du message est identique à l'adresse contenue dans le champ [bal_LOI] du fichier de demande joint au message de demande initialement transmis par ce Professionnel de Santé.

³⁷ En cas de retransmission du même fichier, le champ compostage doit être différent du message SMTP précédent.

12.2.2 Structure du message SMTP

La structure du message SMTP doit être conforme aux formats SMTP et S/MIME. Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From:	adresse émetteur du distributeur d'opposition	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To:	adresse destinataire du PS	
	Champ référence	Identifiant du message initial	O	In-Reply-To	Champ subject du message du PS	
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID		
		Objet du message	O	Subject:	dLOI/compostage	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version:	version	version = 1.0
Type du contenu		O	Content-Type:	Type/ Sous-type; paramètre	Type = Application Sous-type = EDI-consent	
Encodage du contenu		O	Content-Transfer-Encoding:	Encodage	Encodage = BASE64	
	Description du contenu	O	Content-Description:	nature/norme/compression	nature : REPONSE norme : dLOI compression =Z (obligatoire)	
LIGNE VIDE			O			
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHER de dLOI signé		

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From:	adresse émetteur du distributeur d'opposition	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To:	adresse destinataire du PS	
	Champ référence	Identifiant du message initial	O	In-Reply-To	Champ subject du message du PS	
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID		
		Objet du message	O	Subject:	dLOI/compostage	
Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version:	version	version = 1.0	
	Type du contenu	O	Content-Type:	multipart/mixed;boundary=délimiteur		
LIGNE VIDE			O			

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur [En-têtes]	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
		Type de contenu	O	Content-Type:	Type/ Sous-type; paramètre	Type = Application Sous-type = EDI-consent
		Encodage du contenu	O	Content-Transfer-Encoding:	Encodage	Encodage = BASE64
		Description du contenu	O	Content-Description:	nature/norme/compression	nature : REPONSE norme : dLOI compression =Z (obligatoire)
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHER de dLOI signé		
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE			

12.3 Message SMTP indiquant une impossibilité fonctionnelle (ARAN)

Cette réponse est appelée «accusé de réception applicatif négatif».

12.3.1 Profil des messages SMTP

Ces messages SMTP respectent le format MIME.

Le progiciel doit également respecter la réception de ces formats lors de la procédure d'agrément.

Les règles suivantes s'appliquent à ces messages SMTP :

- le champ expéditeur (« *From* ») contient l'adresse de l'organisme destinataire du message SMTP (soit le distributeur d'opposition)
- le champ destinataire (« *To* ») contient l'adresse³⁸ du Professionnel de Santé destinataire du message SMTP ;
- le champ relatif à l'identifiant original (« *In-Reply-To* ») contient le champ sujet du message initialement transmis par le Professionnel de Santé ;
- le champ relatif au sujet du message (« *Subject* ») contient notamment « dLOI/compostage/code »
 - « compostage » est un champ obligatoire qui permet d'identifier de manière unique chaque message SMTP pour un émetteur donné (format fixe "AAAAMMJJHHMMSSxxxxx" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2), compteur (5)³⁹ ;
 - « Code »: le format est xxxx, la liste des codes retour est donnée dans le paragraphe suivant ;
- le champ relatif au type du contenu (« *Content-Type* ») contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est « Application/EDI-consent ».
- le champ relatif à l'encodage du contenu (« *Content-Transfer-Encoding* ») contient l'encodage : la valeur de ce champ est « BASE64 » ;
- le champ relatif à la description du contenu (« *Content-Description* ») contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est « REPONSE/ARAN ».
 - *Nature* : REPONSE
 - *Norme* : ARAN

12.3.2 Liste des codes retour générés

Code	Libellé
0100	Le délai est dépassé (nb de dLOI à envoyer trop important)

En cas de réception d'un code inconnu, le Poste de Travail doit le signaler au Professionnel de Santé.

³⁸ L'adresse du destinataire du message est identique à l'adresse contenue dans le champ [bal_LOI] du fichier de demande joint au message de demande initialement transmis par ce Professionnel de Santé.

³⁹ En cas de retransmission du même fichier, le champ compostage doit être différent du message SMTP précédent.



Remarque :

D'autres cas fonctionnels d'impossibilité pourront être ajoutés dans l'avenir.

12.3.3

Structure du message SMTP

La structure du message SMTP doit être conforme aux formats SMTP et S/MIME. Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From:	adresse émetteur du distributeur d'opposition	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To:	adresse destinataire du PS	
	Champ référence	Identifiant du message initial	O	In-Reply-To	Champ subject du message du PS	
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID		
		Objet du message	O	Subject:	dLOI/compostage/code	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version:	version	version = 1.0
		Type du contenu	O	Content-Type:	Type/Sous-type; paramètre	Type = Application Sous-type = EDI-consent
Encodage du contenu		O	Content-Transfer-Encoding:	Encodage	Encodage = BASE64	
Description du contenu		O	Content-Description:	nature/norme	nature :REPONSE norme :ARAN	
LIGNE VIDE		O				

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From:	adresse émetteur du distributeur d'opposition	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To:	adresse destinataire du PS	
	Champ référence	Identifiant du message initial	O	In-Reply-To	Champ subject du message du PS	
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID		
		Objet du message	O	Subject:	dLOI/compostage/code	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version:	version	version = 1.0
Type du contenu		O	Content-Type:	multipart/mixed;boundary=délimiteur		
LIGNE VIDE		O				

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur [En-têtes]	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
		Type de contenu	O	Content-Type:	Type/Sous-type; paramètre	Type = Application Sous-type = EDI-consent
		Encodage du contenu	O	Content-Transfer-Encoding:	Encodage	Encodage = BASE64
		Description du contenu	O	Content-Description:	nature/norme	nature :REPONSE norme :ARAN
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O			
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE			

13 Profil du message de service SMTP contenant les fichiers normés

Les messages SMTP transportant les fichiers de conventions et de regroupements normés respectent les formats SMTP et MIME ainsi que les règles suivantes.

Le logiciel du Professionnel de Santé doit également respecter ces formats lors de la procédure d'agrément.

13.1 Profil des messages SMTP

Les règles suivantes spécifiques s'appliquent à ce message SMTP :

- Ce message SMTP contient un seul fichier ;
- le champ expéditeur ("**From**") contient l'adresse de l'émetteur du message SMTP
- le champ destinataire ("**To**") contient l'adresse du Professionnel de Santé récepteur du message SMTP :
- le champ relatif au sujet du message SMTP ("**Subject**") contient la référence "**CONV/exercice/compostage/n**" où :
 - "**compostage**" est un champ obligatoire qui permet d'identifier de manière unique chaque message SMTP pour un émetteur donné (format fixe "AAAAMMJJHHMMSS" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2) ;
 - "**exercice**" ce champ est le même que celui utilisé dans les messages de factures et les ARL. Il permet ici d'identifier le Professionnel de Santé dans le cas où plusieurs Professionnels de Santé partagent la même BAL, il contient soit :
 - pour un Professionnel de Santé ou un établissement ou un centre de soins, le numéro d'identification facturation Professionnel de Santé et sa clé (9 caractères)⁴⁰,
 - pour autres (sociétés civiles professionnelles, sociétés civiles de moyens), le N° est attribué par l'organisme d'assurance maladie, de préférence le numéro SIRET),
 - "**n**" est un champ qui peut prendre les valeurs suivantes :
 - "C" : cette valeur signifie qu'il y a un fichier de **convention** normé
 - "R" : cette valeur signifie qu'il y a un fichier de **regroupement** normé
 - le délimiteur entre chaque champ est le caractère "/" ;
- le champ relatif au type du contenu ("**Content-Type**") contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "Application/EDI-consent" ;
- le champ relatif à la description du contenu ("**Content-Description**") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "**SERVICE/FICHER_NORME**" pour les flux de fichiers normés ;

⁴⁰ Le champ « exercice » est défini sur 14 caractères dans tous les autres profils des messages de service SMTP. Dans un souci d'harmonisation des formats, le numéro d'identification du Professionnel de Santé est aussi cadré à droite du champ et complété sur 14 caractères avec des zéro à gauche :

Exemple : CONV/00000123456789/20080417070012/C

- le corps du message contient en pièce jointe un fichier.
 - Soit un fichier de convention normé seul,
 - Soit un fichier de regroupement normé seul.

13.2 Structure du message SMTP

Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:	
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From:	adresse émetteur
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To:	adresse destinataire
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID	
		Objet du message	O	Subject:	CONV/Exercice/Compostage/n
Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version:	version	version = 1.0
	Type du contenu	O	Content-Type:	multipart/mixed;boundary=délimiteur	
LIGNE VIDE			O		

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE	
	Délimiteur [En-têtes]	Délimiteur	O	--DELIMITEUR	
		Type de contenu	O	Content-Type:	Type/ Sous-type ; paramètre Type = Application Sous-type = EDI-Consent
		Encodage du contenu	O	Content-Transfer-Encoding:	Encodage Encodage = BASE64
		Description du contenu	O	Content-Description:	nature/ norme nature = SERVICE norme = FICHIER NORME
		Disposition du contenu	O	Content-Disposition:	Type ;paramètre Type = attachment paramètre = filename=" nom du fichier de convention normé"
	Ligne vide Body part		O		
		Contenu du message	O	FICHIER	- Fichier de convention normé
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--	
	Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE	

Message SMTP (single part)

EN-TETES	Dates	Date	<input type="checkbox"/>	Date:		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	<input type="checkbox"/>	From:	<i>adresse émetteur</i>	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	<input type="checkbox"/>	To:	<i>adresse destinataire</i>	
	Autres champs	Identifiant du message	<input type="checkbox"/>	Message ID		
		Objet du message	<input type="checkbox"/>	Subject:	<i>CONV/Exercice/Compostage/n</i>	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	<input type="checkbox"/>	Mime-Version:	<i>version</i>	<i>version = 1.0</i>
		Type du contenu	<input type="checkbox"/>	Content-Type:	<i>Type/Sous-type;paramètre</i>	<i>Type = Application Sous-type = EDI-Consent</i>
Encodage du contenu		<input type="checkbox"/>	Content-Transfer-Encoding:	<i>Encodage</i>	<i>Encodage = BASE64</i>	
Description du contenu		<input type="checkbox"/>	Content-Description:	<i>nature/norme</i>	<i>nature = SERVICE norme = FICHIER_NORME</i>	
Disposition du contenu		<input type="checkbox"/>	Content-Disposition:	<i>Type ;paramètre</i>	<i>Type = attachment paramètre = Filename=" nom du fichier normé"</i>	
LIGNE VIDE			<input type="checkbox"/>			
BODY PART	Body part	Contenu du message	<input type="checkbox"/>	FICHIER	<i>- Fichier de convention normé - Ou Fichier de regroupement normé</i>	

13.3 **Format des fichiers normés**

Le format des fichiers normés est spécifié dans l'annexe 3 du Cahier des Charges SESAM-Vitale.

Le format du nom des fichiers normés est également spécifié dans l'annexe 3 du Cahier des Charges SESAM-Vitale.

L'extension du fichier normé est « .csv ».

14 Profil des messages de service SMTP de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation

L'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation renvoie un message de service en cas d'alerte ou de rejet d'un message SMTP dont le champ 'sujet' contient la référence « RRvvvvv⁴¹/.. ».

Une fiche détaillée de l'incident détaillant le motif de l'alerte ou du rejet est systématiquement jointe aux messages de service. Ce fichier peut permettre aux éditeurs de logiciel de santé d'analyser l'incident avec l'aide du support technique du GIE SESAM-Vitale. Une description de cette fiche est disponible dans le chapitre 11.4.

Pour les messages SMTP indiquant un AR_P, cf. chapitre 10.

14.1 Les messages SMTP indiquant une anomalie de structure SMTP

14.1.1 Profil des messages SMTP

Les règles suivantes spécifiques à SESAM-Vitale s'appliquent à ces messages SMTP :

- le message contient une pièce jointe (Fiche détaillée de l'incident) ;
- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse de l'infrastructure d'accueil⁴² émetteur du message SMTP ;
- le champ destinataire ("To") contient l'adresse du Professionnel de Santé récepteur du message SMTP ; cette adresse est identique à l'adresse contenue dans le champ expéditeur du message contenant le rapport de réclamation traité, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
- le champ relatif à l'identifiant original (« in-reply-to »), contient la valeur du champ sujet (« subject ») du message SMTP correspondant contenant le rapport de réclamation, initialement émis par le Professionnel de Santé.
- le champ relatif au sujet du message SMTP ("Subject") contient la référence "RR/exercice/compostage/code rejet" où
 - le champ exercice est identique à celui contenu dans le message correspondant au fichier, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
 - le champ compostage contient la date et l'heure de création du message de retour au format "AAAAMMJJHHMMSSxxxxx" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2), compteur (5) ;
 - le champ code rejet contient un code « ERR-SMTP-XXX » ;
- le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "SERVICE/REJET_SMTP".

⁴¹ Le contenu de cette référence est susceptible d'évoluer en fonction des nouvelles versions de Cahier des Charges SESAM-Vitale.

⁴² des rapports de réclamation à destination du CESI.

14.1.2 Liste des codes rejets

Code Rejet	Libellés
1010	Le message reçu ne comporte aucune pièce jointe
1030	Le message reçu comporte plus d'une pièce jointe
1050	Champ de l'entête du message SMTP non conforme
1060	Champ de l'entête du message SMTP non conforme

NB : le code 1060 concerne le champ « subject » et le code 1050 concerne le champ « content-description ».

14.1.3 Structure du message SMTP

Les messages SMTP transmis au Professionnel de Santé respectent les formats SMTP et MIME.

Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:	
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From:	Adresse de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To:	Adresse destinataire PS
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID	
		Objet du message	O	Subject:	RRvvvvvv/exercice/compostage/code rejet
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version:	version	version = 1.0
Type du contenu		O	Content-Type:	multipart/mixed;boundary=délimiteur	
LIGNE VIDE			O		

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur [En-têtes]	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
		Type de contenu	O	Content-Type:	Type/Sous-type; paramètre	Type = Application Sous-type = EDI-consent
		Encodage du contenu	O	Content-Transfer-Encoding:	Encodage	Encodage = BASE64
		Description du contenu	O	Content-Description:	nature/norme	nature = SERVICE norme = REJET SMTP
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHER		
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
	Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From:	<i>Adresse de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI</i>	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To:	<i>Adresse destinataire PS</i>	
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID		
		Objet du message	O	Subject:	RRvvvvvv/exercice/compostage/code rejet	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version:	version	<i>version = 1.0</i>
		Type du contenu	O	Content-Type:	<i>Type/ Sous-type; paramètre</i>	<i>Type = Application Sous-type = EDI-consent</i>
		Encodage du contenu	O	Content-Transfer-Encoding:	<i>Encodage</i>	<i>Encodage = BASE64</i>
Description du contenu		O	Content-Description:	<i>nature/norme</i>	<i>nature = SERVICE norme = REJET SMTP</i>	
LIGNE VIDE			O			
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHER		

14.2 Les messages SMTP indiquant un fichier rejeté

14.2.1 Profil des messages SMTP

Les règles suivantes spécifiques à SESAM-Vitale s'appliquent à ces messages SMTP :

- le message contient une pièce jointe (Fiche détaillée de l'incident) ;
- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse de l'infrastructure d'accueil⁴³ émetteur du message SMTP ;
- le champ destinataire ("To") contient l'adresse du Professionnel de Santé récepteur du message SMTP ; cette adresse est identique à l'adresse contenue dans le champ expéditeur du message contenant le rapport de réclamation traité, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
- le champ relatif à l'identifiant original (« in-reply-to »), contient la valeur du champ sujet (« subject ») du message SMTP correspondant contenant le rapport de réclamation, initialement émis par le Professionnel de Santé.
- le champ relatif au sujet du message SMTP ("Subject") contient la référence "RR/exercice/compostage/code rejet" où
 - le champ exercice est identique à celui contenu dans le message correspondant au fichier, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
 - le champ compostage contient la date et l'heure de création du message de retour au format "AAAAMMJJHHMMSSxxxxx" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2), compteur (5) ;
 - le champ code rejet contient un code « ERR-... » (sauf « ERR-SMTP... » décrit dans le chapitre 14.1 et « ERR-CHIFR » décrit dans le chapitre 14.3) ;
- le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "SERVICE/REJET_FICHER".

14.2.2 Liste des codes rejets

Code Rejet	Libellés
1031	La pièce jointe n'a pas pu être décompressée
5000	La taille du rapport de réclamation transmis est trop grande
5001	Le rapport de réclamation transmis n'est pas au format XML
5002	Le format du rapport de réclamation transmis n'est pas conforme aux schémas XML (XSD) acceptés
5003	Le service CESI n'est pas ouvert pour la spécialité du PS émetteur
5004	Le rapport de réclamation n'a pas pu être converti au format PDF
5010	Le rapport de réclamation n'a pas pu être retransmis vers le CESI

⁴³ des rapports de réclamation à destination du CESI.

14.2.3 Structure du message SMTP

Les messages SMTP transmis au Professionnel de Santé respectent les formats SMTP et MIME.

Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:	
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From:	Adresse de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To:	Adresse destinataire PS
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID	
		Objet du message	O	Subject:	RRvvvvvv/exercice/compostage/code rejet
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version:	version	version = 1.0
Type du contenu		O	Content-Type:	multipart/mixed;boundary=délimiteur	
LIGNE VIDE			O		

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur [En-têtes]	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
		Type de contenu	O	Content-Type:	Type/Sous-type; paramètre	Type = Application Sous-type = EDI-consent
		Encodage du contenu	O	Content-Transfer-Encoding:	Encodage	Encodage = BASE64
		Description du contenu	O	Content-Description:	nature/norme	nature = SERVICE norme = REJET_FICHER
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHER		
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
Épilogue	Épilogue	F	TEXTE QUELCONQUE			

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From:	<i>Adresse de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI</i>	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To:	<i>Adresse destinataire PS</i>	
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID		
		Objet du message	O	Subject:	RRvvvvvv/exercice/compostage/code rejet	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version:	version	<i>version = 1.0</i>
		Type du contenu	O	Content-Type:	<i>Type/ Sous-type; paramètre</i>	<i>Type = Application Sous-type = EDI-consent</i>
		Encodage du contenu	O	Content-Transfer-Encoding:	<i>Encodage</i>	<i>Encodage = BASE64</i>
Description du contenu		O	Content-Description:	<i>nature/norme</i>	<i>nature = SERVICE norme = REJET_FICHER</i>	
LIGNE VIDE			O			
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHER		

14.3 Les messages SMTP indiquant une erreur de chiffrement

14.3.1 Profil des messages SMTP

Les règles suivantes spécifiques à SESAM-Vitale s'appliquent à ces messages SMTP :

- le message contient une pièce jointe (Fiche détaillée de l'incident) ;
- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse de l'infrastructure d'accueil⁴⁴ émetteur du message SMTP ;
- le champ destinataire ("To") contient l'adresse du Professionnel de Santé récepteur du message SMTP ; cette adresse est identique à l'adresse contenue dans le champ expéditeur du message contenant le rapport de réclamation traité, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
- le champ relatif à l'identifiant original (« in-reply-to »), contient la valeur du champ sujet (« subject ») du message SMTP correspondant contenant le rapport de réclamation, initialement émis par le Professionnel de Santé.
- le champ relatif au sujet du message SMTP ("Subject") contient la référence "RR/exercice/compostage/code" où
 - le champ exercice est identique à celui contenu dans le message correspondant au fichier, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
 - le champ compostage contient la date et l'heure de création du message de retour au format "AAAAMMJJHHMMSSxxxxx" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2), compteur (5) ;
 - le champ code contient un code rejet « ERR-CHIFR » ou un code d'alerte « WARN-CHIFR » ;
- le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "SERVICE/REJET_FICHER".

NB1 : le code rejet « ERR-CHIFR » indique un rejet du fichier.

NB2 : le code d'alerte « WARN-CHIFR » indique que le fichier est accepté.

14.3.2 Liste des codes rejets

Code Rejet	Libellés
4005	La pièce jointe n'a pas pu être déchiffrée
4015	Le rapport de réclamation est correct et a bien été transmis. La pièce jointe a été chiffrée avec un certificat obsolète (il existe un certificat plus récent à utiliser)

⁴⁴ des rapports de réclamation à destination du CESI.

14.3.3 Structure du message SMTP

Les messages SMTP transmis au Professionnel de Santé respectent les formats SMTP et MIME.

Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:	
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From:	Adresse de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To:	Adresse destinataire PS
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID	
		Objet du message	O	Subject:	RRvvvvvvv/exercice/compostage/code rejet ou code d'alerte
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version:	version	version = 1.0
Type du contenu		O	Content-Type:	multipart/mixed;boundary=délimiteur	
LIGNE VIDE			O		

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur [En-têtes]	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
		Type de contenu	O	Content-Type:	Type/ Sous-type; paramètre	Type = Application Sous-type = EDI-consent
		Encodage du contenu	O	Content-Transfer-Encoding:	Encodage	Encodage = BASE64
		Description du contenu	O	Content-Description:	nature/norme	nature = SERVICE norme = REJET FICHIER
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE			

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From:	Adresse de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To:	Adresse destinataire PS	
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID		
		Objet du message	O	Subject:	RRvvvvvv/exercice/compostage/ code rejet ou code d'alerte	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version:	version	version = 1.0
		Type du contenu	O	Content-Type:	Type/Sous-type; paramètre	Type = Application Sous-type = EDI-consent
		Encodage du contenu	O	Content-Transfer-Encoding:	Encodage	Encodage = BASE64
Description du contenu		O	Content-Description:	nature/norme	nature = SERVICE norme = REJET_FICHIER	
LIGNE VIDE		O				
BODY PART	Body part	O	FICHIER			

(Page laissé intentionnellement vide.)



Annexe 5

Transmission des flux SESAM-Vitale via les Organismes Concentrateurs Techniques

Intégrant l'Addendum n°8

Ce document a été élaboré par le GIE SESAM-Vitale.

Conformément à l'article L.122-4 du Code de la Propriété Intellectuelle, toute représentation ou reproduction (intégrale ou partielle) du présent ouvrage, quel que soit le support utilisé, doit être soumise à l'accord préalable écrit de son auteur.

Il en est de même pour sa traduction, sa transformation, son adaptation ou son arrangement, quel que soit le procédé utilisé.

Tout manquement à ces obligations constituerait un délit de contrefaçon, au sens des articles L 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, susceptible d'entraîner des sanctions pour l'auteur du délit.

Sommaire

1	Introduction	4
2	Principes	5
2.1	Principe 1 : réversibilité entre le mode d'échange direct et le mode d'échange via OCT	5
2.2	Principe 2 : libre choix de l'OCT	5
3	Architecture	6
4	Émission des flux aller de facturation SESAM-Vitale vers un OCT	7
4.1	Éclatement des flux à la source	7
4.1.1	Description des flux	7
4.1.2	Message	7
4.2	Transmission d'un fichier unique	8
4.2.1	Description du flux	8
4.2.2	Traitement : Regroupement des lots en fichier	8
4.2.2.1	Critères de constitution du fichier spécifique pour acheminement via l'OCT	8
4.2.2.2	Valeurs des champs du fichier envoyé à l'OCT	9
4.2.3	Message	9
4.3	Extension du mode 1.31 (FSE enrichie)	10
4.3.1	Description du flux	10
4.3.2	Traitement : renseignement des données de la FSE enrichie	10
4.3.3	Message	11
4.4	Remarque générale	11
5	Réception des flux retours de facturation SESAM-Vitale venant de l'OCT	12
5.1	Description du flux retour SESAM-Vitale OCT - PS	12
5.2	Les fichiers d'ARL	12
5.3	Les fichiers RSP	12
5.4	Les fichiers texte	12
6	Gestion des autres flux SESAM-Vitale	13
6.1	Fichier de la liste d'opposition incrémentale (LOI)	13
6.2	Fichier de demande d'incrémentations dLOI	13
6.3	Fichier des incréments de la liste d'opposition incrémentale (dLOI)	13
7	Profil des messages SMTP	14
7.1	Profil des messages du PS vers l'OCT	14
7.1.1	Nouveau profil de message contenant des lots sécurisés de FSE sécurisées et des lots sécurisés de DRE sécurisées	14
7.2	Profil des messages de l'OCT vers le PS	15
7.2.1	Les fichiers textes	15

Tables des illustrations

FIGURE 1	: ARCHITECTURE AVEC UN ORGANISME CONCENTRATEUR TECHNIQUE	6
FIGURE 2	: ÉCLATEMENT DES FLUX A LA SOURCE	7
FIGURE 3	: TRANSMISSION D'UN FICHIER UNIQUE	8
FIGURE 4	: EXTENSION DU MODE EXISTANT	10

1 Introduction

Cette annexe définit les règles de constitution des flux aller de factures électroniques SESAM-Vitale lorsque le Professionnel de Santé, disposant d'un progiciel de facturation agréé SESAM-Vitale, opte pour une télétransmission via un Organisme Concentrateur Technique. Elle définit également les flux retour SESAM-Vitale transmis via l'Organisme Concentrateur Technique.

Cette annexe ne décrit pas le support de télétransmission entre le Professionnel de Santé et l'Organisme Concentrateur Technique. En revanche, elle donne des informations complémentaires concernant les Organismes Concentrateurs Techniques intégrant un mode d'échange avec le progiciel conforme à l'annexe 4 (messagerie SMTP) du présent Cahier des Charges.

2 Principes

2.1 Principe 1 : réversibilité entre le mode d'échange direct et le mode d'échange via OCT

Le progiciel de santé doit permettre au Professionnel de Santé, de passer d'un mode d'échange via un Organisme Concentrateur Technique (PS => OCT => AM) à un mode d'échange direct (PS => AM) et vice-versa.

Ceci implique que :

- le progiciel de santé soit en conformité avec l'annexe 4 de ce Cahier des Charges.
- l'installation ou la suppression sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé des produits nécessaires à l'Organisme Concentrateur Technique n'interfère pas sur les modules de connexion au réseau de messagerie fournis lors de l'installation du progiciel de facturation agréé SESAM-Vitale.

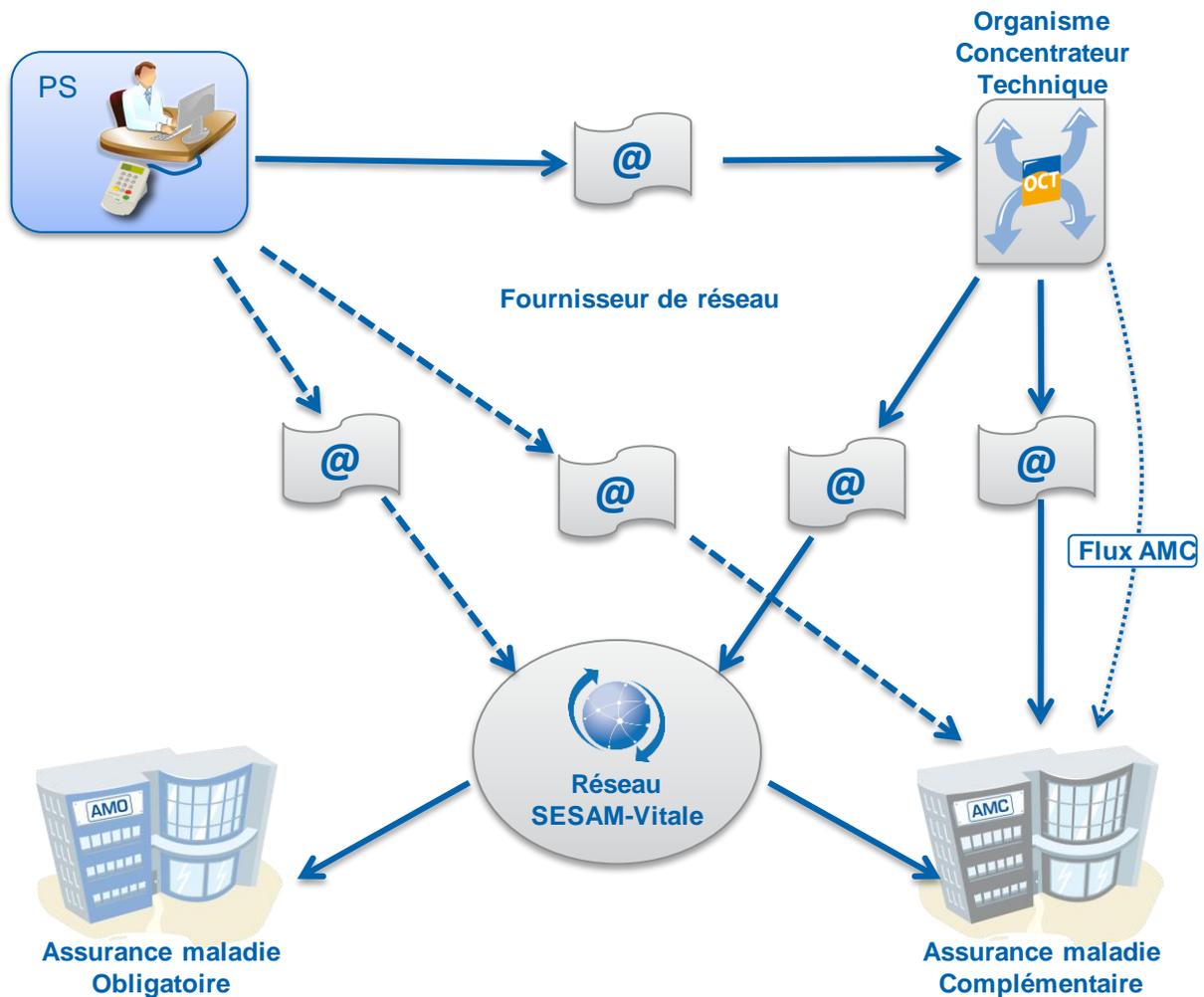
2.2 Principe 2 : libre choix de l'OCT

Le progiciel de santé doit laisser la possibilité technique au Professionnel de Santé de changer librement et facilement d'Organisme Concentrateur Technique.

Ceci nécessite, s'il utilise un mode d'échange avec l'OCT conforme à l'annexe 4 du présent Cahier des Charges (messagerie SMTP), la libre configuration de l'adresse de messagerie de l'Organisme Concentrateur Technique.

3 Architecture

L'architecture globale du système SESAM-Vitale incluant les Organismes Concentrateurs Techniques est illustrée par la figure ci-dessous.



Un trait plein indique un flux SESAM-Vitale passant par un OCT.

Un trait pointillé indique les autres flux SESAM-Vitale qui sont échangés en dehors des OCT.

Un trait en pointillé fin indique un flux AMC hors du périmètre SESAM-Vitale.

Figure 1 : Architecture avec un Organisme Concentrateur Technique

Les fournisseurs de réseaux sont soit :

- un réseau privé dédié ;
- un fournisseur Internet.

4 Émission des flux aller de facturation SESAM-Vitale vers un OCT

Le Professionnel de Santé a 3 possibilités pour envoyer ses flux à l'Organisme Concentrateur Technique.

- Éclatement des flux à la source ;
- Transmission d'un fichier unique ;
- Extension du mode 1.31 (FSE enrichie).

4.1 Éclatement des flux à la source

4.1.1 Description des flux

Le Professionnel de Santé choisit d'envoyer les fichiers de DRE et les fichiers de FSE à son Organisme Concentrateur Technique en suivant les mêmes critères de regroupement fichier donnés par les API SESAM-Vitale.

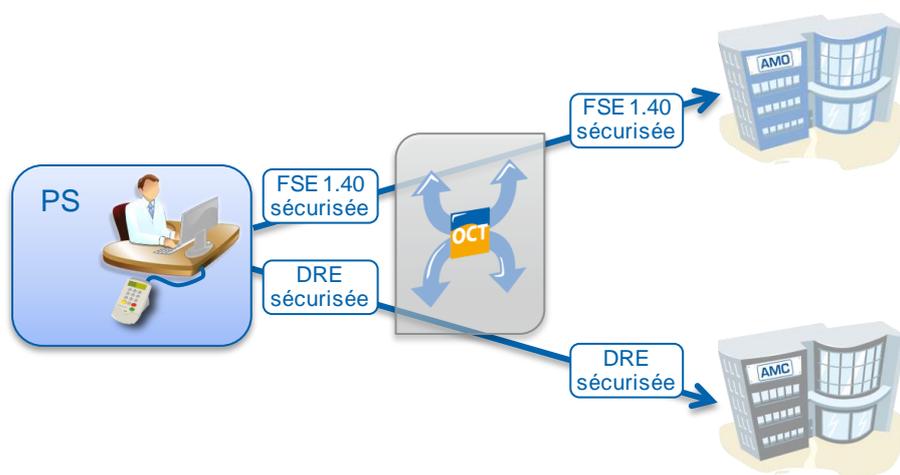


Figure 2 : Éclatement des flux à la source

Dans ce cas la certification des FSE, des DRE et des lots correspondants est effectuée sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé conformément aux spécifications de ce Cahier des Charges.

4.1.2 Message

Ces messages sont structurés selon le protocole SMTP. Les autres protocoles n'ont pas lieu d'être explicités dans ce document.

Les messages sont spécifiés dans l'annexe 4 du Cahier des Charges SESAM-Vitale, la seule différence est au niveau du champ destinataire où il faut spécifier l'adresse électronique de l'Organisme Concentrateur Technique et au niveau du certificat de chiffrement pièce jointe qui est fourni par l'OCT.

4.2 Transmission d'un fichier unique

4.2.1 Description du flux

Le Professionnel de Santé choisit d'envoyer un fichier unique et suivant les cas fonctionnels ce fichier peut contenir des lots de FSE ou des lots de DRE ou les deux.

L'Organisme Concentrateur Technique procédera à un éclatement du fichier.

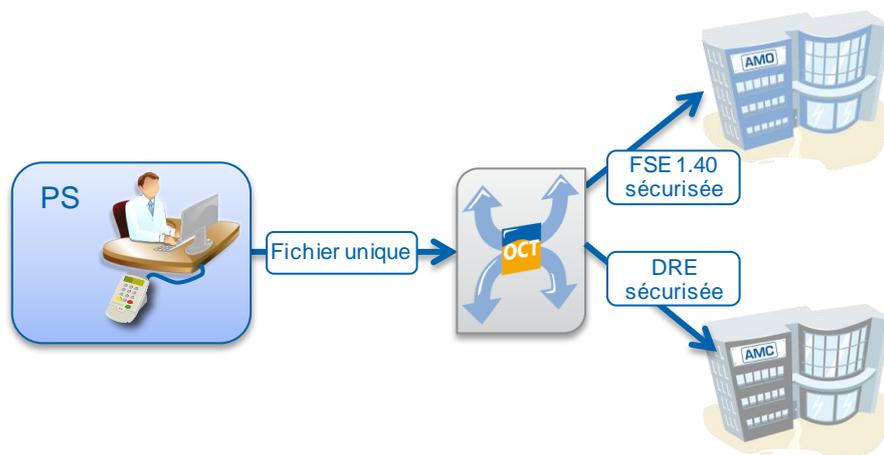


Figure 3 : Transmission d'un fichier unique

Dans ce cas la certification des FSE, des DRE et des lots correspondants est effectuée sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé conformément aux spécifications de ce Cahier des Charges.

4.2.2 Traitement : Regroupement des lots en fichier

4.2.2.1 Critères de constitution du fichier spécifique pour acheminement via l'OCT

Le regroupement des lots de FSE et des lots de DRE peut être réalisé par concaténation de l'ensemble des lots effectués par le Professionnel de Santé. Le fichier ainsi constitué doit être encadré par un enregistrement d'en-tête et de fin de fichier unique et spécifique à l'OCT.

- Constitution et sécurisation de tous les lots.
- Concaténation de tous les lots en un même fichier sans tenir compte du CRF (critère de regroupement en fichier) obtenu en sortie de la fonction SSV_FormaterLot.
- Appel de la fonction SSV_FormaterFichier afin de déterminer l'en-tête et la fin devant encadrer le fichier de lots ainsi constitué.

Certains paramètres en entrée de la fonction sont identiques à ceux définis pour un progiciel issu du Cahier des Charges :

- la date du fichier
- le nombre de lots
- la taille des lots
- le type émetteur fichier qui doit être égal au type émetteur issu de l'appel à SSV_FormaterLot

- le numéro émetteur fichier qui doit être égal au numéro de l'émetteur issu de l'appel à SSV_FormaterLot

D'autres paramètres ci-dessous sont spécifiques à cette procédure et définis en accord avec l'OCT :

- n'importe quel CRF issu d'un appel à SSV_FormaterLot
- le nom du fichier
- l'application
- le type destinataire
- le numéro du destinataire fichier
- la zone de message fichier
- Mise à jour du fichier de lots en l'encadrant avec l'en-tête et la fin de fichier issus de la fonction SSV_FormaterFichier
- Envoi de ce fichier en pièce jointe dans un message dont l'adresse de destination est celle de l'OCT (paramétrage dans le progiciel).

4.2.2.2 Valeurs des champs du fichier envoyé à l'OCT

Le tableau ci-dessous indique les valeurs de l'en-tête du fichier créé par le progiciel de santé que recevra l'Organisme Concentrateur Technique.

Les autres valeurs restant inchangées, elles sont déterminées par le progiciel agréé SESAM-Vitale du Professionnel de Santé.

Paramètre	Groupe	Champ	Valeur / proposition
Nom du fichier	12	2	différent de l'un à l'autre
Application	12	5	TO.
Type destinataire	12	6	OT pour Organisme Concentrateur Technique
Numéro destinataire	12	7	N° d'identifiant unique basé sur le SIREN, ou N° d'association
Zone de message	14	3	à l'initiative du progiciel

4.2.3 Message

Ces messages sont structurés selon le protocole SMTP. Les autres protocoles n'ont pas lieu d'être explicités dans ce document.

Une enveloppe spécifique pour le message du fichier unique est définie dans le chapitre 6.1 de cette annexe.

4.3 Extension du mode 1.31 (FSE enrichie)

4.3.1 Description du flux

Le Professionnel de Santé choisit d'envoyer une FSE enrichie des données complémentaires à son Organisme Concentrateur Technique. Le fichier envoyé sera constitué dans ce cas de lots de FSE enrichies.

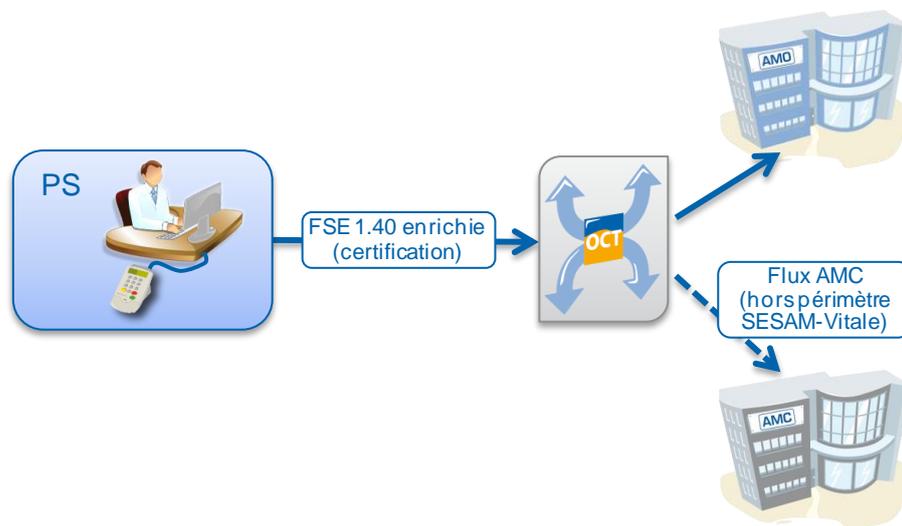


Figure 4 : Extension du mode existant

Dans ce cas la signature des feuilles de soins électroniques et des lots correspondants est effectuée sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé conformément aux spécifications de ce Cahier des Charges.

4.3.2 Traitement : renseignement des données de la FSE enrichie

Si le Professionnel de Santé souhaite que l'Organisme Concentrateur Technique modifie la FSE enrichie et crée un flux complémentaire, dans ce cas il doit transmettre à l'Organisme Concentrateur Technique son autorisation (type de contrat).

- Type de contrat à '99', qui est le champ 1 du groupe 1321 (données complémentaire facture).

Ce cas est possible lorsqu'il n'existe pas de convention de gestion entre l'Assurance Maladie Obligatoire et l'Assurance Maladie Complémentaire (cf. chapitre « Détermination du contexte de facturation au regard de la complémentaire » du corps du Cahier des Charges).

Dans le cas d'une FSE enrichie les seules valeurs possibles pour le groupe 1410 (cadre de remboursement) sont « pas de tiers payant » ou « tiers payant sur part AMO ». L'information de « tiers payant sur part complémentaire » peut être uniquement renseignée dans le groupe 1321 champ 4 et 5.

Pour la transmission des lots de FSE du Poste de Travail du Professionnel de Santé vers les Organismes Concentrateurs Techniques, deux possibilités sont offertes au Professionnel de Santé :

- Soit concaténation de l'ensemble des lots effectués par le Professionnel de Santé et encadrement de la totalité par un enregistrement d'en-tête et de fin de fichier unique et spécifique à l'OCT, les valeurs sont données au § 4.2.2.1.
- Soit regroupement de lot et mise en fichier par caisse destinataire, tel qu'indiquer dans ce Cahier des Charges.

4.3.3

Message

Ces messages sont structurés selon le protocole SMTP. Les autres protocoles n'ont pas lieu d'être explicités dans ce document.

Les messages sont spécifiés dans l'annexe 4 du Cahier des Charges SESAM-Vitale, la seule différence est au niveau du champ destinataire où il faut spécifier l'adresse électronique de l'Organisme Concentrateur Technique et au niveau du certificat de chiffrement pièce jointe qui est fourni par l'OCT.

4.4

Remarque générale

Le Progiciel du Professionnel de Santé ne peut pas en même temps donner l'autorisation à l'OCT d'éclater (type de contrat à 99) et pratiquer l'éclatement à la source sur le PDT (le type de contrat à 99 interdit la création d'une FSE et d'une DRE simultanément et vice-versa).

5 Réception des flux retours de facturation SESAM-Vitale venant de l'OCT

5.1 Description du flux retour SESAM-Vitale OCT - PS

Ce flux correspond à un message SMTP contenant soit :

1. un fichier d'ARL ;
2. un fichier de RSP ;
3. un fichier texte.

5.2 Les fichiers d'ARL

La gestion des ARL doit être effectuée par celui qui a constitué le lot.

5.3 Les fichiers RSP

Rappel concernant les RSP, le progiciel du PS doit être capable de traiter les données constituant la référence 580 de la Norme NOEMIE ainsi que les références 576 et 900 (sauf pour les pharmaciens), ce qui se traduit par la capacité du progiciel à afficher ces données¹. La gestion des autres références NOEMIE est laissée à la discrétion des éditeurs de progiciel de santé (dans le cas où l'accord entre le Professionnel de Santé et la caisse prévoit une autre référence NOEMIE celle-ci prévaut sur la référence 576).

Les flux de paiement et de rejet en provenance des AMC sont ceux actuellement transmis dans les échanges existant hors du périmètre SESAM-Vitale.

5.4 Les fichiers texte

Afin de limiter les répercussions sur le progiciel du Professionnel de Santé, il a été défini avec les Organismes Concentrateurs Techniques une enveloppe standard pour l'échange des fichiers texte entre l'OCT et le Professionnel de Santé.

Les fichiers texte sont créés, gérés et envoyés par l'Organisme Concentrateur Technique.

¹ L'automatisation de ce traitement est fortement encouragée.

6 Gestion des autres flux SESAM-Vitale

6.1 Fichier de la liste d'opposition incrémentale (LOI)

Les principes et règles concernant l'administration de la liste d'opposition incrémentale sur le progiciel sont donnés dans l'annexe 6 du Cahier des Charges SESAM-Vitale.

6.2 Fichier de demande d'incrément dLOI

Le message contenant la demande d'incrément dLOI est envoyé par Professionnel de Santé à l'OCT. La description de ce message est définie dans l'annexe 4 du Cahier des Charges SESAM-Vitale.

6.3 Fichier des incréments de la liste d'opposition incrémentale (dLOI)

Le message contenant le fichier des incréments (dLOI) de la liste d'opposition incrémentale est envoyé par l'OCT au Professionnel de Santé. La description de ce message est définie dans l'annexe 4 du Cahier des Charges SESAM-Vitale.

7 Profil des messages SMTP

7.1 Profil des messages du PS vers l'OCT

En plus des profils de messages définis dans le chapitre 7 de l'annexe 4 du présent document, il peut exister un autre profil de message.

Lorsque le Professionnel de Santé choisit d'envoyer dans un même fichier des lots de FSE et des lots de DRE vers l'Organisme Concentrateur Technique, si le mode d'échange est conforme à l'annexe 4 (messagerie SMTP), le progiciel utilisera le profil de message décrit ci-dessous.

Le chiffrement de pièce jointe s'applique à la transmission de ces messages conformément à l'annexe 4 en utilisant le certificat de chiffrement de pièce jointe fourni par l'OCT destinataire.

7.1.1 Nouveau profil de message contenant des lots sécurisés de FSE sécurisées et des lots sécurisés de DRE sécurisées

- un message SMTP contient un seul fichier de factures
- le champ expéditeur « **From** » contient l'adresse du Professionnel de Santé émetteur du message SMTP (fournie lors de l'abonnement du PS à son fournisseur de réseau)
- le champ destinataire « **To** » contient l'adresse de l'Organisme Concentrateur Technique récepteur du message SMTP
- le champ relatif au sujet² du message SMTP « **Subject** » contient la référence suivante :
« **SVvvvvvv/exercice/compostage/nnnnn** »

où :

- SVvvvvvv est une chaîne de 8 caractères, dans laquelle vvvvvv représente la version du Cahier des Charges SESAM. Pour ce Cahier des Charges SESAM-Vitale 1.40 addendum n°7 la valeur est **140700**. La valeur **140700** est fournie par les API SSV en sortie de la fonction Formater Lot dans le champ 7 du groupe 13 pour un fichier de FSE et dans le champ 7 du groupe 93 pour un fichier de DRE.
- « exercice »³ contient le numéro émetteur correspondant au fichier de factures transmis,
- « compostage » format fixe « AAAAMMJJHHMMSSxxxxx » constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2), compteur (5)⁴,
- « nnnnn » est le **nombre total de factures** contenues dans le fichier de factures (chaîne de caractères numériques, format fixe aligné à droite ; par exemple : "00025").
- le délimiteur entre chaque champ est le caractère "/" ;

² En cas de dysfonctionnement lors de l'échange des messages SMTP, ce champ peut servir à l'opérateur du RSS et au Professionnel de Santé à retrouver les messages égarés ou sources de problèmes (traçabilité). Il est donc recommandé au progiciel du Professionnel de Santé de le conserver et d'en permettre une restitution facile à l'utilisateur.

³ Lorsque cette fonction existe, ce champ peut être utilisé pour le retrait sélectif des messages dans une boîte aux lettres.

⁴ En cas de retransmission du même fichier de factures, le champ compostage doit être différent du message SMTP précédent.

- le champ relatif au type du contenu « **Content-Type** » contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est « **Application/EDI-consent** » ;
- le champ relatif à la description du contenu « **Content-Description** » contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est : « **FACTURE/SV** » ;

Pour rappel (cf. Annexe 4), lorsque la pièce jointe du message est chiffrée, le champ « **Content-Description** » possède un troisième sous-champ valorisé à « **K** » qui indique le chiffrement de pièce jointe. La valeur de ce champ sera alors « **FACTURE/SV/K** » pour un message contenant une pièce jointe chiffrée ou « **FACTURE/SV/ZK** » pour un message contenant une pièce jointe compressée et chiffrée.

7.2 Profil des messages de l'OCT vers le PS

Le Professionnel de Santé peut recevoir en plus des profils de messages définis dans le chapitre 7 de l'annexe 4 du présent document, un autre profil de message.

Ce message comporte un fichier texte. Le progiciel du Professionnel de Santé édite au minimum le message texte.

7.2.1 Les fichiers textes

Le format de l'en-tête SMTP dit de texte est le suivant :

- champ « *Subject* » : **ART/numéro PS**, cadré à droite avec des zéros à gauche /**horodatage** (aaaammjjhhmm)
- champ « *Content-type* » : **Application/EDI-consent**
- champ « *Name* » : <nom du fichier>.txt (longueur libre pour le nom du fichier)
- champ « *Content-Transfer-Encoding* » : **BASE64**
- champ « *Content-Description* » : **ART/XX** (2 caractères – « XX » devenant la valeur par défaut pour tout type de PS)

Les différentes valeurs de XX /

IF	infirmiers
MK	masseurs-kinésithérapeutes
OO	orthophonistes
OY	orthoptistes
PE	pédicures
LB	laboratoires de biologie
PH	pharmaciens
FR	produits de la LPP délivrés par professionnel agréé
ER	médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens dentistes et sages-femmes
CP	cliniques privées et hôpitaux
CS	centres de santé (centres de soins infirmiers, cliniques dentaires,...)
CT	centres thermaux (à ne pas utiliser pour les assurés du régime agricole)

Il a donc été convenu d'une enveloppe unique quel que soit l'Organisme Concentrateur Technique pour l'accusé de réception technique des OCT appelé ART.



Annexe 6

Liste d'Opposition Incrémentale

Intégrant l'Addendum n°8

Ce document a été élaboré par le GIE SESAM-Vitale.

Conformément à l'article L.122-4 du Code de la Propriété Intellectuelle, toute représentation ou reproduction (intégrale ou partielle) du présent ouvrage, quel que soit le support utilisé, doit être soumise à l'accord préalable écrit de son auteur.

Il en est de même pour sa traduction, sa transformation, son adaptation ou son arrangement, quel que soit le procédé utilisé.

Tout manquement à ces obligations constituerait un délit de contrefaçon, au sens des articles L 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, susceptible d'entraîner des sanctions pour l'auteur du délit.

Sommaire

1	Introduction	5
2	Présentation générale	6
2.1	L'installation de la liste d'opposition incrémentale (LOI) sur le poste du Professionnel de Santé	6
2.2	Synthèse des actions	6
2.2.1	<i>Synthèse des actions lors d'une installation de LOI</i>	<i>6</i>
2.2.2	<i>Synthèse des actions pour mettre à jour quotidiennement la LOI</i>	<i>6</i>
2.2.3	<i>Synthèse des actions pour administrer la LOI</i>	<i>7</i>
2.2.4	<i>Synthèse des actions pour la consultation de la LOI</i>	<i>7</i>
2.3	Recommandations pour le Professionnel de Santé	7
2.4	Informations complémentaires aux Professionnels de Santé et aux éditeurs	7
3	Les formats des fichiers.....	8
3.1	Format du fichier des incréments de la liste d'opposition incrémentale – dLOI.....	8
3.2	Format du fichier de la liste d'opposition incrémentale – LOI	10
3.3	Format du fichier de Demande de dLOI.....	11
3.3.1	<i>Description fonctionnelle du fichier de Demande de dLOI</i>	<i>11</i>
3.3.2	<i>Composition du fichier de Demande</i>	<i>11</i>
3.3.3	<i>Exemple de fichier de demande de dLOI</i>	<i>12</i>
4	Description de la mise à jour de la Liste d'Opposition Vitale Incrémentale (LOI) sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé	13
4.1	Diagramme.....	14
4.2	Charger les incréments(s) dLOI.....	15
4.2.1	<i>Détection d'un problème dans le destinataire du message SMTP</i>	<i>15</i>
4.2.2	<i>Vérification que le message SMTP contenant un incréments dLOI est bien une réponse à une demande d'incrément dLOI</i>	<i>15</i>
4.2.3	<i>Ordonner les incréments</i>	<i>15</i>
4.2.4	<i>Supprimer les éventuels incréments non applicables</i>	<i>15</i>
4.3	Intégrer incréments(s) dLOI	16
4.3.1	<i>Règle de décompression d'un incréments dLOI</i>	<i>17</i>
4.3.2	<i>Vérification de la signature</i>	<i>17</i>
4.3.3	<i>Appliquer un incréments dLOI sur une liste LOI</i>	<i>19</i>
4.3.3.1	<i>Les principes de l'application d'un incréments</i>	<i>19</i>
4.3.3.2	<i>Code source exemple</i>	<i>20</i>
4.4	Demander incréments(s) dLOI.....	21
4.4.1	<i>Message SMTP de demande d'incrément(s) dLOI</i>	<i>21</i>
4.4.2	<i>Signature du message SMTP de la demande d'incrément(s) dLOI.....</i>	<i>21</i>
4.4.3	<i>Nombre de demande par jour</i>	<i>21</i>
4.4.4	<i>Remplir la liste des demandes d'incrément(s) dLOI</i>	<i>21</i>
4.5	Traiter le message ARAN.....	22
4.5.1	<i>Vérifier que le message ARAN est bien une réponse à une demande d'incrément dLOI</i>	<i>22</i>
4.5.2	<i>Vérifier le code mentionné dans le message SMTP ARAN</i>	<i>22</i>
5	Description de l'administration de la Liste d'Opposition Incrémentale (LOI)	23
5.1	Administrer quotidiennement le Poste de Travail du Professionnel de Santé	23
5.1.1	<i>Récupérer la liste des Certificats Serveurs Révoqués.....</i>	<i>23</i>
5.1.2	<i>Contrôler le nombre de non-réponse quotidiennes aux différentes demandes d'incrément(s) dLOI</i>	<i>24</i>
5.1.3	<i>Informé en cas de non mise à jour de la LOI au début de chaque mois</i>	<i>25</i>
5.1.4	<i>Sauvegarde/Archive</i>	<i>25</i>
5.2	Administrer ponctuellement le poste de travail du Professionnel de Santé	26
5.2.1	<i>Paramétrer les informations liées à l'opposition sur le poste du Professionnel de Santé</i>	<i>26</i>
5.2.1.1	<i>Configurer la BAL Opposition.....</i>	<i>26</i>
5.2.1.2	<i>Paramétrer l'adresse du Distributeur d'Opposition</i>	<i>26</i>
5.2.1.3	<i>Paramétrer le nombre maximum de jours acceptable sans réception de dLOI</i>	<i>26</i>

5.2.2	Installer et Renouveler la chaîne de Certification sur le progiciel du Professionnel de Santé	26
5.2.3	Mettre au point l'opposition incrémentale	27
5.2.4	Visualiser la référence de la LOI active	27
5.3	Synthèse des fonctions débrayables	27
6	Description de la consultation de la LOI	29
6.1	Principe de la consultation	29
6.2	Code source exemple	30
7	Définitions techniques des paramètres spécifiques à la LOI	31

Tables des illustrations

FIGURE 1 : PROCESSUS DE MISE A JOUR DES DLOI	14
--	----

1 Introduction

Ce document constitue l'annexe 6 du Cahier des Charges SESAM-Vitale 1.40.

Cette annexe dédiée à la liste d'opposition incrémentale (LOI), a pour objet de décrire :

- les règles de mise à jour de la liste d'opposition incrémentale à partir des incréments dLOI, fournis par un distributeur d'opposition ;
- les formats des fichiers (LOI et dLOI) utilisés ;
- les règles d'administration de la liste d'opposition incrémentale sur le progiciel ;
- les règles de consultation de la liste d'opposition incrémentale.

2 Présentation générale

2.1 L'installation de la liste d'opposition incrémentale (LOI) sur le poste du Professionnel de Santé

La gestion de l'opposition par le progiciel devient incrémentale et quotidienne. Une liste d'opposition incrémentale (LOI) des cartes Vitale est donc créée quotidiennement et remplace la liste d'opposition électronique (LOE) dont la fréquence était mensuelle.

Cette liste LOI est mise à jour par le progiciel de manière incrémentale, seul le delta (dLOI) de la liste d'opposition est envoyé quotidiennement au poste du Professionnel de Santé. Le progiciel doit être capable de reconstituer la liste d'opposition incrémentale à partir du ou des incrément(s) (dLOI) reçu(s).

Par ailleurs, l'éditeur doit définir une procédure de mise à disposition de la LOI pour les Professionnels de Santé utilisateurs de son progiciel.

Cette procédure est utilisée uniquement dans les cas :

- de nouvelle installation logicielle ;
- de réception d'un message applicatif négatif SMTP dit ARAN ;
- ou de corruption du fichier LOI sur le Poste de Travail.

La procédure de diffusion de la LOI n'est pas décrite dans le Cahier des Charges SESAM-Vitale, chaque éditeur peut proposer le moyen de son choix pour la mise à disposition de la LOI au Professionnel de Santé.

2.2 Synthèse des actions

2.2.1 Synthèse des actions lors d'une installation de LOI

Lors d'une (première) installation de la nouvelle version du logiciel supportant la LOI et plus généralement lors d'une installation de LOI, l'éditeur doit fournir au Professionnel de Santé la version de LOI la plus récente qu'il détienne.

L'éditeur doit mettre en place une procédure pour sélectionner un fichier LOI préalablement transféré sur le Poste de Travail et le rendre actif, après avoir obligatoirement vérifié sa signature (cf. § 4.3.2).

Le progiciel doit automatiquement envoyer une demande d'incrément afin de mettre à jour sa LOI et ainsi constituer la dernière LOI.

2.2.2 Synthèse des actions pour mettre à jour quotidiennement la LOI

A partir de la LOI active présente sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé, le progiciel doit être capable :

- d'émettre quotidiennement un message SMTP signé non compressé de demande de dLOI vers son distributeur d'opposition (*soit le GIE SESAM-Vitale ou soit un OCT*). (*Cette fonction doit être débrayable*) ;
- de récupérer les fichiers d'incrément (dLOI) dans sa BAL opposition ;
- de vérifier la concordance entre sa demande de dLOI et le message SMTP de réponse contenant le dLOI reçu du distributeur (*Cette fonction doit être débrayable*) ;
- de décompresser chaque fichier d'incrément (dLOI) ;

- de vérifier la signature de chaque fichier d'incrément ;
- d'ordonner les fichiers d'incrément par rapport au rang inscrit dans le fichier au niveau de la référence de la dLOI ou mentionné dans le nom du fichier ;
- d'intégrer chaque incrément à la LOI active pour reconstituer la nouvelle LOI ;
- de consulter la LOI active, et avertir le cas échéant le Professionnel de Santé que la carte est en opposition ;
- de continuer le processus de facturation avec la liste LOI (n-1) s'il n'arrive pas à intégrer le dernier incrément dLOI. (c'est à dire à reconstituer la liste LOI (n)) ;
- de traiter et de vérifier la concordance entre sa demande de dLOI et le message d'Accusé Réception Applicatif Négatif (ARAN), (*Cette fonction doit être débrayable*).

2.2.3 Synthèse des actions pour administrer la LOI

Le progiciel doit être capable :

- d'avertir le Professionnel de Santé qu'il n'a pas reçu d'incrément dLOI depuis un certain nombre de jours (ce nombre [NB_JOUR_Max] étant paramétrable) ;
- de paramétrer le nombre maximum de jours sans réponse avant l'avertissement au Professionnel de Santé, [NB_JOUR_Max] ;
- d'avertir le Professionnel de Santé si la liste LOI active possède une date de référence antérieure au 18 du mois précédent ;
- de récupérer la liste quotidienne des certificats serveurs révoqués ;
- de configurer la BAL opposition ;
- de spécifier l'adresse du distributeur d'opposition ;
- d'installer et de renouveler la chaîne de certification servant à vérifier la signature de la LOI et des dLOI ;
- de visualiser la référence de la liste d'opposition.

2.2.4 Synthèse des actions pour la consultation de la LOI

Pour la consultation de la liste d'opposition incrémentale, le progiciel exécute les fonctions décrites au § 6 « Description de la consultation de la LOI » basées sur le n° de série de la carte Vitale.

La consultation de la liste d'opposition ne doit pas être effectuée sur les cartes Vitale de démonstration.

2.3 Recommandations pour le Professionnel de Santé

Il est conseillé d'utiliser une BAL opposition distincte de la BAL facturation afin de ne pas perturber les flux financiers.

2.4 Informations complémentaires aux Professionnels de Santé et aux éditeurs

Dans un souci de ne pas surcharger le Distributeur d'Opposition et le réseau de messagerie, il a été décidé de ne pas créer de messages de services indiquant une anomalie de structure SMTP, une anomalie de fichier ou de signature lors d'une demande d'incrément dLOI.

3 Les formats des fichiers

3.1 Format du fichier des incréments de la liste d'opposition incrémentale – dLOI

Description du fichier dLOI

Champ	Format	Valeur	Observation
-------	--------	--------	-------------

En-tête

Taille en-tête	4D		Taille en octets de l'en-tête
Application	20 AN	DLOI	Cadré à gauche complété par des espaces
Version d'application	2D	01	
Référence : Date et rang	12D	AAAAMMJJXXXX	Où AAAAMMJJ représente une date et XXXX un rang.
Format de la liste	4AN	BTMP	Tableau bitmap
Référence de la LOI (n-1)	12D	AAAAMMJJXXXX	Référence de la LOI (n – 1) à laquelle s'applique l'incrément
Référence de la LOI (n)	12D	AAAAMMJJXXXX	Référence de la LOI (n) obtenue après application de l'incrément
Taille signature LOI(n)	4D		Taille (m) en octets de la signature de la LOI(n)
Signature LOI(n)	m O		Signature de la LOI (n) obtenue après application de l'incrément

Liste

Taille du bitmap	8D		Taille (x) en octets du bitmap
------------------	----	--	--------------------------------

bitmap	x O	Tableau bitmap	<p>Le numéro de série de la carte sert d'index dans le tableau bitmap. L'opposition est codée sur un bit :</p> <p>Valeur 1 : changement d'état de la carte entre la liste LOI(n-1) et la liste LOI(n)</p> <p>Valeur 0 : pas de changement d'état de la carte</p> <p>(cf. 4.3.1 pour les modalités d'application d'un incrément)</p>
--------	-----	----------------	---

Contrôle

Taille contrôle	4D		Taille en octets de la zone contrôle
Taille signature dLOI	4D		Taille (y) en octets de la signature de la dLOI
Signature dLOI	y O		Signature SHA-1/RSA portant sur l'ensemble « en-tête + liste » de la dLOI au format PKCS#1 (cf. 4.4.2 pour les modalités de signature de la liste).
Taille certificat	4D		Taille (z) en octets du certificat
Certificat	z O		Certificat X509 contenant la clé publique permettant de vérifier la signature de l'incrément et de la liste reconstituée.

Avec :

- AN : Alphanumérique (caractères 20h à 7Fh)
- D : Numérique décimal (caractères 30h à 39h)
- O : Octet (caractères 00h à FFh, i.e. quelconque)

3.2 Format du fichier de la liste d'opposition incrémentale – LOI

Description du fichier LOI

Champ	Format	Valeur	Observation
-------	--------	--------	-------------

En-tête

Taille en-tête	4D		Taille en octets de l'en-tête
Application	20 AN	LOI	Cadré à gauche complété par des espaces
Version d'application	2D	01	
Référence : Date et rang	12D	AAAAMMJJXXXX	Où AAAAMMJJ représente une date et XXXX un rang.
Format de la liste	4AN	BTMP	Tableau bitmap

Liste

Taille du bitmap	8D		Taille (n) en octets du bitmap
bitmap	n O	Tableau bitmap	Le numéro de série de la carte sert d'index dans le tableau bitmap. L'opposition est codée sur un bit : Valeur 1 : la carte est en opposition Valeur 0 : la carte n'est pas en opposition

Contrôle

Taille contrôle	4D		Taille en octet de la zone contrôle
Taille signature LOI	4D		Taille (m) en octets de la signature
Signature LOI	m O		Signature SHA-1/RSA portant sur l'ensemble « en-tête + liste » au format PKCS#1.
Taille certificat	4D		Taille (x) en octets du certificat
Certificat	x O		Certificat X509 contenant la clé publique permettant de vérifier la signature de la liste.

Avec :

- AN : Alphanumérique (caractères 20h à 7Fh)
- D : Numérique décimal (caractères 30h à 39h)
- O : Octet (caractères 00h à FFh, i.e. quelconque)

3.3 Format du fichier de Demande de dLOI

3.3.1 Description fonctionnelle du fichier de Demande de dLOI

Le fichier joint au message de demande doit contenir les informations fonctionnelles suivantes :

- la référence de la liste (LOI) présente sur le poste du Professionnel de Santé.

La référence de la liste LOI présente sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé va permettre au distributeur d'opposition de déterminer combien d'incréments dLOI sont nécessaires sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé pour obtenir la LOI à jour : la LOI (n).

- le nom de la Boîte aux lettres dans laquelle le Professionnel de Santé veut recevoir les dLOI.

Le Poste de Travail du Professionnel de Santé doit permettre une configuration distincte pour une BAL opposition et pour une BAL de facturation. C'est pourquoi, il est nécessaire de fournir cette information dans le fichier joint au message de demande.

- le code du résultat de l'application de l'incrément précédent.

Ce code permet d'indiquer si le Professionnel de Santé a rencontré des soucis pour l'intégration du précédent incrément.

3.3.2 Composition du fichier de Demande

Ce fichier est écrit en langage XML.

Le fichier joint est composé des rubriques suivantes :

- Une rubrique ou technique ;
- Une rubrique fonctionnelle.

Rubrique technique

Libellé	Signification	Type	Présence
<date_envoi>	Date d'envoi (JJ/MM/AAAA)	Date	Obligatoire
<heure_envoi>	Heure d'envoi (HH:MM)	Date	Obligatoire

Rubrique fonctionnelle

Libellé	Signification	Type	Présence
<ref_LOI>	La référence de la liste (LOI) présente sur le poste du Professionnel de Santé.	Numérique	Obligatoire

Libellé	Signification	Type	Présence
<bal_LOI>	Le nom de la Boîte aux lettres dans laquelle le Professionnel de Santé veut recevoir les dLOI. Remarque : seul ce champ fera foi pour le nom de la BAL apte à recevoir la dLOI. Il ne faut donc pas faire référence automatiquement à la valeur du champ from du message SMTP.	Alphanumérique	Obligatoire
<code_resultat_incr_prec>	Le code du résultat de l'application de l'incrément précédant. Si le Professionnel de Santé a rencontré aucun problème, ce champ est valorisé à : 0 Si le Professionnel de Santé a rencontré un problème, ce champ est valorisé à : 1	Numérique	Obligatoire

3.3.3 Exemple de fichier de demande de dLOI

Fichier donné à titre d'exemple.

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<demande_dLOI xmlns="http://test.GIESESAM-VITALE.fr"
xmlns:xs="http://www.w3org/2001/XMLSchema-instance"
xs:schemaLocation="http://test.GIESESAM-VITALE.fr/schema/message.xsd">
<!--Rubrique technique-->
    <date_envoi>12/07/2007</date_envoi>
    <heure_envoi>14:54</heure_envoi>
<!--Rubrique fonctionnelle-->
    <ref_LOI>200707121001</ref_LOI>
    <bal_LOI>PS.nomfournisseur@domainefournisseur.fr</bal_LOI>
    <code_resultat_incr_prec>0</code_resultat_incr_prec>
</demande_dLOI>
```

4 Description de la mise à jour de la Liste d'Opposition Vitale Incrémentale (LOI) sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé

Le progiciel télécharge de sa BAL Opposition l'ensemble des messages SMTP contenant un incrément dLOI et le récupère.

Ces incréments sont ensuite ordonnés par ordre croissant de leur rang.

Le progiciel intègre les incréments dLOI consécutifs dans la LOI active, en prenant soin de vérifier les signatures associées.

Dès lors qu'il y a un incrément manquant ou bien un problème d'intégration, le progiciel arrête l'intégration des incréments dLOI. Les incréments n'ayant pas été intégrés sont rejetés.

Le progiciel fait une nouvelle demande d'incréments au distributeur d'Opposition à la fin de cette procédure.



Cas particuliers

Si le nombre d'incréments dLOI est jugé trop important par le distributeur d'opposition, un message ARAN est envoyé par le distributeur d'opposition au Poste de Travail du Professionnel de Santé.

Si une demande d'incrément est reçue par le distributeur d'opposition de la part d'un Poste de Travail qui a déjà une LOI active « **à jour** » (i.e. la LOI active est la LOI (n)), aucun message n'est renvoyé au Poste de Travail du Professionnel de Santé.

Cas d'erreurs

Si aucun incrément dLOI n'est disponible chez le distributeur d'opposition pour cause technique, aucun message n'est renvoyé au Poste de Travail.

Si la BAL opposition du Professionnel de Santé contient à la fois des incréments dLOI et un message ARAN, le message ARAN est ignoré et supprimé par le progiciel.

4.1 Diagramme

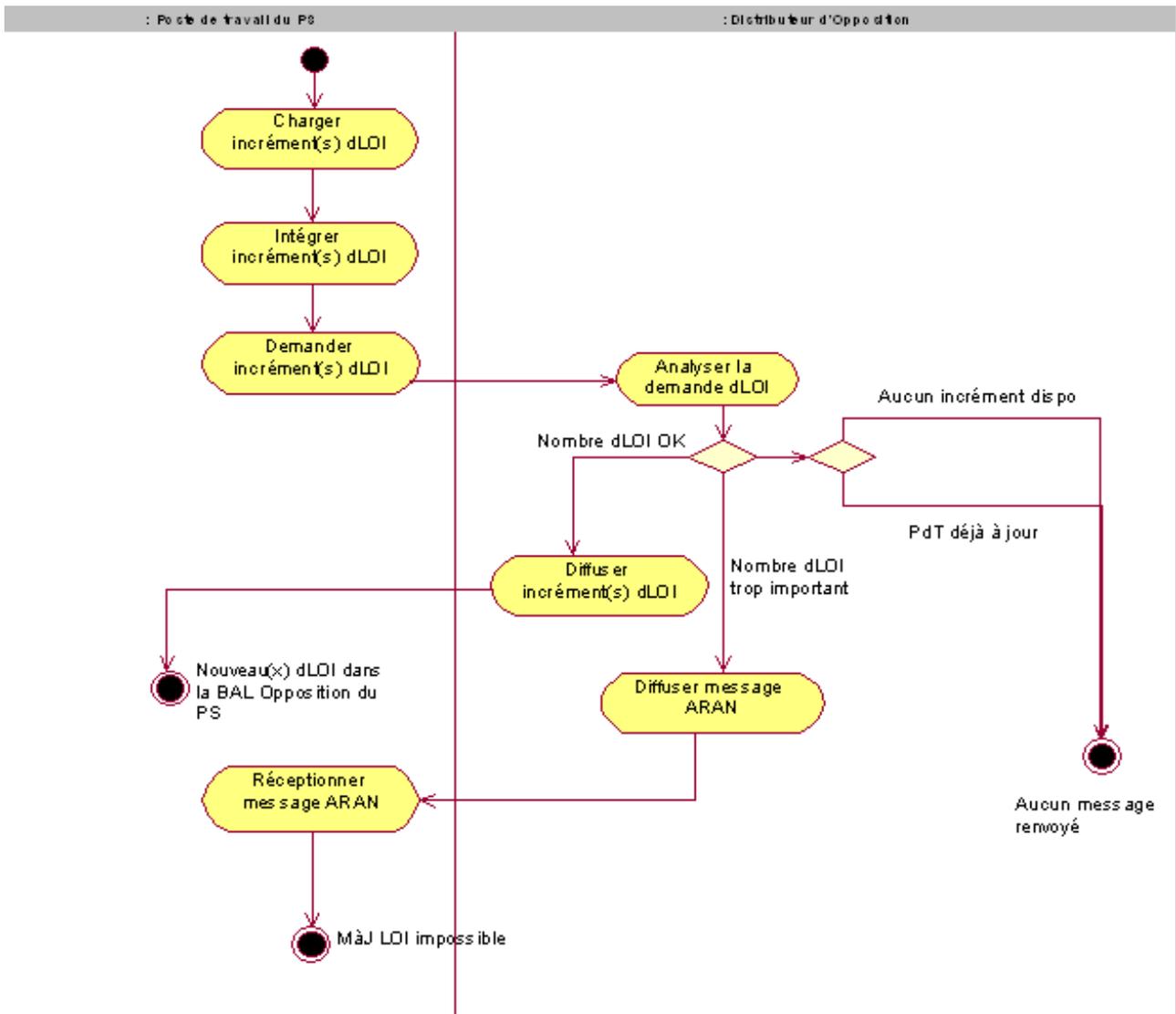


Figure 1 : Processus de mise à jour des dLOI



L'ordonnancement des fonctions de cette fonctionnalité correspond à une situation terrain où le Professionnel de Santé ouvre une session sur son poste et active son progiciel. Son progiciel commence par analyser ses BAL.

4.2 Charger les incrément(s) dLOI

Le progiciel lit la BAL Opposition afin de télécharger l'ensemble des messages SMTP reçu.

Pour chaque message SMTP contenant un incrément dLOI, le progiciel doit vérifier que ce n'est pas un message d'erreur à propos du destinataire d'un des messages de demande d'incrément(s) dLOI (i.e. mauvaise adresse mail du Distributeur d'Opposition).

Si ce n'est pas le cas, il doit vérifier que le message SMTP contenant un incrément dLOI est bien une réponse à une demande d'incrément(s) dLOI. (débrayable)

Le ou les fichier(s) dLOI ainsi obtenu(s) sont alors ordonnés par ordre croissant.

Les éventuels incréments non applicables sont alors supprimés.

4.2.1 Détection d'un problème dans le destinataire du message SMTP

Dans le cas où le progiciel reçoit un mail d'erreur SMTP (i.e. mauvaise adresse mail du Distributeur d'Opposition), il en informe le Professionnel de Santé.

4.2.2 Vérification que le message SMTP contenant un incrément dLOI est bien une réponse à une demande d'incrément dLOI

Le progiciel récupère du message SMTP reçu le champ relatif à l'identifiant original de la demande de dLOI (champ « In-Reply-To »). Il parcourt ensuite la liste des demandes d'incrément(s) dLOI et vérifie si l'une des références de message SMTP de demande d'incrément(s) dLOI est contenue dans le champ de l'identifiant original. Si oui, alors le progiciel continue son traitement.



Cette vérification doit être implémentée par chaque Éditeur mais doit pouvoir être débrayable sur le progiciel.

Cas d'erreurs

Si le message SMTP reçu contenant un incrément dLOI est la réponse à aucune demande d'incrément(s) dLOI.

Le message reçu est rejeté.

4.2.3 Ordonner les incréments

Le nom du fichier compressé dLOI est formaté comme suit :

<référence LOI(n-1)>_<référence LOI(n)>.dloi.gz.

Les références sont de la forme AAAAMMJJXXXX, où AAAAMMJJ représente une date et XXXX un rang.

Le progiciel ordonne les incréments dLOI par ordre croissant, c'est à dire par ordre alphabétique des noms de fichiers.

4.2.4 Supprimer les éventuels incréments non applicables

- Le progiciel supprime tous les incréments dont la référence LOI(n-1) est inférieure à la référence de la LOI active.
- Le progiciel supprime les éventuels incréments reçus en doublon.

- Le nom du fichier du premier incrément de la liste ainsi obtenue étant de la forme <référence LOI(n-1)>_<référence LOI(n)>.dloi.gz, le progiciel doit s'assurer que référence LOI(n-1) = référence de la LOI active sur le Poste de Travail.
- Le progiciel vérifie ensuite la continuité des incréments reçus en s'assurant que leurs références sont consécutives.
- C'est à dire que pour deux incréments ordonnés de type référenceA_reférenceB.dloi.gz et référenceC_reférenceD.dloi.gz on doit avoir référenceB = référenceC.

Par exemple :

- Les incréments 200801221001_200801231002.dloi.gz et 200801231002_200801241003.dloi.gz sont consécutifs.
- Les incréments 200801221001_200801231002.dloi.gz et 200801241003_200801251004.dloi.gz ne sont pas consécutifs.
- En cas de rupture de continuité, tous les incréments au-delà du dernier incrément vérifiant les règles ci-dessus sont supprimés.



Ces suppressions sont transparentes pour le Professionnel de Santé et ne doivent pas faire l'objet d'un message d'erreur.

4.3 Intégrer incrément(s) dLOI

Les incréments ordonnés et sélectionnés au § 4.2 sont intégrés séquentiellement de la façon suivante :

- Décompression
- Vérification de signature
- Application de l'incrément

Si l'intégration de l'incrément dLOI s'est bien passée :

- l'incrément dLOI est effacé,
- la variable [code_resultat_incr_prec] est positionnée à '0',
- la LOI obtenue devient active sur le progiciel,
- Toutes les demandes d'incréments peuvent être supprimées. (cf. § 5.1.4)

Cas d'erreurs

Si l'intégration d'un des incréments n'a pu se réaliser, erreur au § 4.3.1 ou au § 4.3.2 ou au § 4.3.3, alors :

- Les incréments non intégrés dLOI ne sont pas conservés,
- la variable [code_resultat_incr_prec] est positionnée à '1',
- Le progiciel doit avertir le Professionnel de Santé afin qu'il puisse contacter son éditeur et/ou OCT afin de corriger le problème.



Une fois l'ensemble des incréments dLOI intégrés, la liste LOI sur le progiciel est la LOI (n). Il est laissé toute liberté à l'Éditeur d'exploiter la liste LOI (n) telle quelle (format « BITMAP ») ou de la convertir en tout autre format.

Cependant, si l'Éditeur décide d'exploiter la LOI (n) sous un format « différent », il est nécessaire de conserver la LOI (n) format « BITMAP » afin de pouvoir intégrer le prochain incrément dLOI (n+1).

4.3.1 Règle de décompression d'un incrément dLOI

C'est le même algorithme de décompression que celui utilisé pour les fichiers de facturation (cf. Annexe 4 du Cahier des Charges SESAM-Vitale).

4.3.2 Vérification de la signature

Les principes des étapes de la vérification de la signature de la LOI ou des dLOI sont les suivants :

- récupération du certificat contenant la clé publique du bi-clé ayant servi à signer la LOI ou la dLOI dans la zone de contrôle,
- vérification de la validité du certificat :
 - vérification de la date de validité du certificat vis à vis de la date du jour,
 - vérification de la signature du certificat vis à vis de l'autorité de certification (pré-requis, disposer du certificat racine et de l'autorité intermédiaire de l'autorité de certification),
 - vérification de l'identité du certificat utilisé : vérifier la valeur du champ CN du porteur du certificat qui doit être égale à l'adresse e-mail du serveur de distribution de la liste d'opposition du GIE SESAM-Vitale « opposition-loi.sesam-vitale.fr »⁴ (cf. document RFC 2459 pour la description de la structure et des champs d'un certificat X509),
 - vérification de la disponibilité et de la validité de la CRL correspondant à la classe du certificat utilisée : CRL présente sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé et date de validité postérieure ou égale à la date du jour,

La vérification de la validité du certificat doit se faire sur la chaîne complète, i.e. pour chaque certificat. (sauf pour la vérification de l'identité du certificat utilisé)

Dans le cas où la CRL est disponible et valide :

- vérification de la signature de la CRL (cf. document RFC 2459),
- vérification de la non révocation du certificat : vérifier la non présence du certificat dans la CRL,

Dans le cas où la CRL n'est pas disponible ou n'est pas valide :

- la vérification de non révocation du certificat n'est pas faite et n'est pas bloquante pour la suite des opérations,
- récupération de la signature dans la zone de contrôle,
- déchiffrement de la signature avec la clé publique en utilisant l'algorithme RSA. Le résultat est une chaîne de 20 octets,
- calcul d'un condensât sur les zones en-tête et liste avec l'algorithme de hachage SHA-1. Le résultat est une chaîne de 20 octets,
- comparaison des deux chaînes de 20 octets : si égalité, la signature est correcte, sinon la liste ou le fichier dLOI vérifié est corrompu,

⁴ La valeur « opposition-loi.sesam-vitale.fr » doit être paramétrable.

Les précisions pour la récupération de la CRL correspondant au certificat utilisé pour la signature des listes sont indiquées au § 5.1.1.



Cet algorithme est également applicable pour la vérification d'un fichier LOI.

4.3.3 Appliquer un incrément dLOI sur une liste LOI

Ce paragraphe décrit comment reconstituer une liste d'opposition LOI(n) à partir de la version précédente LOI(n-1) et l'incrément dLOI(n).

4.3.3.1 Les principes de l'application d'un incrément

- vérification de la signature de l'incrément dLOI reçu,
 - vérification que l'incrément reçu s'applique bien à la liste présente sur le poste :
 - lire la référence de la liste LOI (n-1) dans l'entête de l'incrément,
 - lire la référence de la liste présente sur le poste dans l'entête de celle-ci,
 - si égalité, l'incrément est applicable,
- copier la liste LOI(n-1) dans une nouvelle liste LOI(n),
- dans l'entête de la liste LOI(n), recopier la référence de la LOI(n) depuis l'incrément dLOI(n),
- pour chaque octet du bitmap de la LOI(n), appliquer un XOR (ou logique exclusif) avec l'octet correspondant du bitmap de l'incrément,
- recopier la signature de la LOI(n) dans la zone de contrôle depuis l'entête de l'incrément dLOI(n),
- recopier le certificat de l'incrément dLOI(n) dans la zone de contrôle de la LOI(n),
- vérifier la signature de la LOI(n) ainsi obtenue (cf. § 4.3.2),
- Cette nouvelle liste devient la liste active, la liste LOI(n-1) peut être supprimée.

4.3.3.2 Code source exemple

Ci-après un code source Java exemple illustrant l'implémentation de l'application du XOR sur les bitmaps :

```
////////////////////////////////////  
/// fonction application d'un XOR entre liste n - 1 et incrément  
////////////////////////////////////  
static final int    BUFFER_SIZE    = 2048;  
  
public static void XOR(File f_in, File f_diff, File f_out)  
    throws Exception {  
    // ouverture fichier f_in et f_diff en lecture  
    // création fichier f_out en écriture  
    FileInputStream in = new FileInputStream(f_in);  
    FileInputStream dest = new FileInputStream(f_diff);  
    RandomAccessFile out = new RandomAccessFile(f_out, "rw");  
  
    //Lecture des infos bitmaps f_in et f_diff  
    Lire_InfoBitmap (f_in, bitmap);  
    Lire_InfoBitmap (f_diff, bitmap_diff)  
  
    // on "saute" les entêtes de fichiers  
    dest.skip(bitmap_diff.offset);  
    in.skip(bitmap.offset);  
  
    /// application d'un XOR entre le fichier in et  
    /// le fichier diff par bloc  
    for (int j = 0;; ++j) {  
  
        /// Création de buffer et initialisation à 0 du contenu  
        byte[] i_buf = new byte[BUFFER_SIZE];  
        byte[] d_buf = new byte[BUFFER_SIZE];  
        byte[] buf = new byte[BUFFER_SIZE];  
  
        // lecture des buffers  
        int size = 0;  
        int i_offset = in.read(i_buf);  
        int d_offset = dest.read(d_buf);  
  
        // si fin des deux fichiers atteint, fin du traitement  
        if (i_offset == -1 && d_offset == -1) {  
            break;  
        }  
  
        // application du XOR sur chacun des octets des buffers lus  
        int max_read = Math.max(d_offset, i_offset);  
        for (int i = 0; i < max_read; ++i) {  
            buf[i] = (byte) (i_buf[i] ^ d_buf[i]);  
        }  
  
        // écriture du buffer dans le fichier out liste n  
        out.seek(bitmap.offset + BUFFER_SIZE * j);  
        out.write(buf, 0, max_read);  
    }  
    out.close();  
}
```

4.4 Demander incrément(s) dLOI

Pour constituer son fichier de demande de dLOI, le progiciel récupère :

- le champ « Référence : Date et rang » de l'en-tête de la liste LOI active ;
- ainsi que le nom de la BAL dans laquelle il souhaite recevoir les dLOI ;
- et le code résultat de l'application de l'incrément précédent [code_resultat_incr_prec],

Il réalise un message SMTP de demande d'incrément(s) dLOI dans le but de remettre à jour sa liste LOI et donc d'avoir la LOI (*n*).

Une fois le message constitué, le progiciel :

- **signe le message** à l'aide de la carte CPS du Professionnel de Santé
- et remplit la liste des demandes d'incrément(s) dLOI.

Cette fonction doit être débrayable, ce qui signifie que le Poste de Travail du Professionnel de Santé peut recevoir un dLOI sans avoir envoyé un message de demande.

Cas d'erreurs

Si, à la suite de l'envoi du message SMTP de demande d'incrément(s) dLOI, un message d'erreur est reçu dans la BAL Opposition, le progiciel en informe le Professionnel de Santé.

4.4.1 Message SMTP de demande d'incrément(s) dLOI

La description du message SMTP de demande d'incrément(s) dLOI est décrite dans le § 12 de l'annexe 4 du CdC SESAM-Vitale.

4.4.2 Signature du message SMTP de la demande d'incrément(s) dLOI

Le calcul de la signature du message SMTP de demande d'incrément(s) dLOI est décrit dans le § 12 de l'annexe 4 du CdC SESAM-Vitale.

4.4.3 Nombre de demande par jour

Le progiciel doit réaliser une demande d'incrément(s) dLOI par jour, même s'il consulte sa BAL Opposition plusieurs fois par jour.



Exception : dans un souci de mise au point de l'opposition incrémentale le Professionnel de Santé peut, manuellement, outrepasser cette règle et forcer le progiciel à faire d'autres demandes dans la même journée.

4.4.4 Remplir la liste des demandes d'incrément(s) dLOI

Le progiciel complète la liste des demandes par :

- la date du jour,
- la référence du message SMTP de demande d'incrément(s) dLOI.

4.5 Traiter le message ARAN

A la réception d'un message SMTP ARAN, le progiciel contrôle que le message ARAN reçu est bien une réponse à une demande d'incrément(s) dLOI. Si oui, alors il analyse le code retour mentionné dans le message.

Si ce code est valide et qu'il indique que la mise à jour de la liste LOI active sur le progiciel est impossible (nombre d'incrément dLOI nécessaire à la mise à jour de la LOI active est trop grand) alors le progiciel :

- informe le Professionnel de Santé du problème,
- conseille au Professionnel de Santé de contacter son Opérateur de diffusion LOI afin de récupérer la LOI (n).

4.5.1 Vérifier que le message ARAN est bien une réponse à une demande d'incrément dLOI

Le progiciel récupère du message ARAN reçu le champ relatif à l'identifiant original « In-Reply-To ». Il parcourt ensuite la liste des demandes d'incrément(s) dLOI et vérifie si l'une des références de message SMTP de demande d'incrément(s) dLOI est contenue dans le champ de l'identifiant original. Si oui, le progiciel supprime la ligne dont la référence est incluse dans l'identifiant original.

Un seul message ARAN est possible pour un message de demande.



Cette vérification doit être implémentée par chaque Éditeur mais doit pouvoir être débrayable sur le progiciel.

Cas d'erreurs

Le message ARAN reçu n'est la réponse d'aucune demande d'incrément(s) dLOI. Dans ce cas le message ARAN reçu est rejeté.

4.5.2 Vérifier le code mentionné dans le message SMTP ARAN

Le progiciel récupère le code retour mentionné dans le message SMTP ARAN et contrôle que ce code est bien dans la liste des codes ARAN (ex : '0100' signifiant « nombre de dLOI à envoyer trop important »).

Cas d'erreurs

Le code retour mentionné dans le message SMTP ARAN est différent de la liste des codes ARAN (ex : '0100').

En cas de réception d'un code inconnu, le Poste de Travail doit le signaler au Professionnel de Santé.

5 Description de l'administration de la Liste d'Opposition Incrémentale (LOI)

5.1 Administrer quotidiennement le Poste de Travail du Professionnel de Santé

Cette fonctionnalité regroupe les actions qui doivent être réalisées quotidiennement sur le progiciel :

- Récupérer la liste des Certificats Serveurs Révoqués ;
- Contrôler le nombre de non-réponse aux différentes demandes d'incrément(s) dLOI ;
- Informer en cas de non mise à jour de la LOI au début de chaque mois.

5.1.1 Récupérer la liste des Certificats Serveurs Révoqués

Annuaire LDAP

Le GIE SESAM-Vitale a choisi de mettre à disposition les listes de révocation (CRL) dans un annuaire basé sur le protocole LDAP. Ces CRL sont émis par l'IGC OSI du GIE SESAM-Vitale et sont relatifs aux autorités de certification « AC-FACTURATION », « AC_SERVEUR » et « AC-SERVICES-APPLICATIFS ».

Récupération de la CRL

Cas général

L'adresse de récupération de la liste de révocation des certificats est disponible dans le champ du certificat « **point de distribution de la liste de révocation des certificats** ».

Cas particulier

Si le certificat utilisé pour signer la LOI et les dLOI est issu de l'autorité de certification GIP-CPS / AC-CLASSE-4 émise par l'ASIP Santé, la CRL est disponible sur l'URL suivante :

- <http://annuaire.gip-cps.fr/crl/AC-CLASSE-4.crl>

Vérification de la CRL

Les vérifications à effectuer par le LPS sur la CRL sont les suivantes :

- Vérification de la signature de la CRL par la bonne autorité de certification (AC)
- Vérification de la date de validité de la CRL

Recommandations

Les recommandations de récupération des CRLs reposent sur les principes suivants d'utilisation :

- **limitation du téléchargement** aux CRLs correspondant aux certificats susceptibles d'être acceptés par l'application ;

- **fréquence** de téléchargement des CRLs **en rapport avec la fréquence de publication** de celles-ci ;
- **variabilité des horaires de téléchargement** des CRLs lorsque celui-ci est automatisé (notamment pour que toutes les instances d'un même produit installé chez différents clients ne téléchargent pas les CRLs en même temps : prévoir par exemple un étalement de téléchargement « aléatoire » sur plusieurs heures) ;
- **limitation des durées de connexion** au temps nécessaire au téléchargement des CRLs (pas de maintien de session après un (ou une tentative de) téléchargement).

Le standard de référence décrivant le format des CRLs est le RFC 5280. Toutefois, la fréquence de publication est laissée libre à chaque IGC. Toute CRL contient obligatoirement la date/heure de la publication de la CRL suivante (extension nextUpdate) permettant ainsi à un vérificateur de récupérer la nouvelle CRL avant l'expiration de la CRL en cours.

La méthode suivante est recommandée pour assurer la bonne gestion de la CRL :

- Un chargement quotidien est mis en place pour la CRL en exploitation. La CRL est publiée tous les jours approximativement à la même heure – vers 0h00. Le chargement peut donc commencer à partir de 2h00. La première requête doit être planifiée aléatoirement sur plusieurs heures (8 heures minimum) après 2h00 jusqu'à 22h00 (algorithme intégré dans le logiciel par son éditeur devant garantir qu'il y a une répartition de charge chez ses clients).
- S'il se produit un problème lors du chargement (*problème technique ou chargement de la même CRL*) :
 - relancer le chargement tous les jours selon les mêmes règles que précédemment,
 - si le problème persiste toujours, afficher un message d'alerte au Professionnel de Santé lui demandant de contacter le fournisseur de sa solution avant l'expiration de la CRL. Ce dernier doit analyser la source du problème et contacter si besoin le centre de service du GIE SESAM-Vitale.

5.1.2 **Contrôler le nombre de non-réponse quotidiennes aux différentes demandes d'incrément(s) dLOI**

Quotidiennement, le progiciel contrôle le nombre de jours maximum écoulés sans avoir reçu de message d'incrément dLOI en comparant la date du jour avec la date de référence de la LOI active.

Si ce nombre est supérieur à [NB_JOUR_Max], le poste de travail informe le Professionnel de Santé qu'il n'a pas reçu d'incrément dLOI depuis [NB_JOUR_Max] jours.

Le progiciel invite le Professionnel de Santé à contacter son distributeur d'opposition afin de connaître l'origine du problème et ensuite, si nécessaire, son opérateur de diffusion LOI afin de récupérer la liste LOI (n).

5.1.3 Informer en cas de non mise à jour de la LOI au début de chaque mois

Cette sous fonction doit être implémentée par chaque Éditeur mais doit pouvoir être débrayable sur le progiciel afin de suivre les éventuelles évolutions conventionnelles.

Tous les jours, le progiciel contrôle que la liste LOI active possède une date de référence postérieure au 18 du mois précédent.

Pour ce faire, le progiciel lit le champ « Référence : Date et rang » de l'**En-tête** du fichier de la liste LOI active. Ce champ étant au format **AAAAMMJJXXXX**, le progiciel ne prend que les 8 premiers digits AAAAMMJJ pour obtenir la date de référence.

Il compare cette date de référence AAAAMMJJ avec aaaayy18,

où : aaaayy18 = 18e jour précédent la date du contrôle.

Si la date de référence est postérieure alors le progiciel considère que la LOI active est régulièrement mise à jour.

Si ce n'est pas le cas, le progiciel :

- informe le Professionnel de Santé que sa liste LOI active n'est pas à jour,
- invite le Professionnel de Santé à prendre contact avec son Opérateur de diffusion LOI afin de récupérer la LOI (n).

Par exemple : Prenons la date de référence au 20070319.

- Si la date de contrôle se trouve entre le 20070320 et le 20070431, le contrôle s'effectuera par rapport à la date 20070318.

La date de référence étant postérieure au 20070318, le contrôle sera passant.

En effet :

Une LOI du 19 mars => date de référence = 19 mars

Le jour du contrôle est **le 31 avril** => date de contrôle est le 18 mars

La date de référence est postérieure à la date de contrôle donc **la LOI du 19 mars est suffisamment à jour.**

- Si la date de contrôle est le 20070501 et après, le contrôle s'effectuera par rapport à la date 20070418.

La date de référence étant antérieure au 200704718, le contrôle aboutira à un avertissement.

En effet :

Une LOI du 19 mars → date de référence = 19 mars.

Le jour du contrôle est le 1er mai → date de contrôle est le 18 avril.

La date de référence n'est pas postérieure à la date de contrôle donc **la LOI du 19 mars n'est pas suffisamment à jour.**

L'écart maximum est de 1 mois et demi.

5.1.4 Sauvegarde/Archive

Le poste doit conserver ses demandes de dLOI tant qu'il n'a pas reçu de réponses correspondantes.

5.2 Administrer ponctuellement le poste de travail du Professionnel de Santé

Cette fonctionnalité regroupe les fonctions d'administration qui doivent être faites sur le progiciel :

- Paramétrer les informations liées à l'opposition sur le progiciel ;
- Installer et renouveler la chaîne de Certification sur le progiciel ;
- Mettre au point l'opposition incrémentale sur le poste de travail ;
- Visualiser la référence de la LOI active sur le poste de travail.

5.2.1 Paramétrer les informations liées à l'opposition sur le poste du Professionnel de Santé

Sur son poste de travail, le Professionnel de Santé peut avoir besoin de configurer :

- l'adresse de sa BAL Opposition,
- l'adresse du Distributeur d'opposition,
- le nombre maximum de jour [NB_JOUR_Max] que le progiciel peut accepter avant d'alerter le Professionnel de Santé.

5.2.1.1 Configurer la BAL Opposition

Le Professionnel de Santé est libre de choisir son fournisseur de messagerie électronique. L'adresse de sa BAL Opposition doit être une adresse valide.

5.2.1.2 Paramétrer l'adresse du Distributeur d'Opposition

Le progiciel spécifie pour le distributeur d'Opposition l'adresse mail suivante :

oppv-loi@opposition.sesam-vitale.rss.fr, dans le cas où le Professionnel de Santé utilise le distributeur du GIE SESAM-Vitale.

5.2.1.3 Paramétrer le nombre maximum de jours acceptable sans réception de dLOI

Le Professionnel de Santé paramètre [NB_JOUR_Max] à la valeur qu'il souhaite.

Cette valeur pourra être choisie en fonction des recommandations faites par son Distributeur d'Opposition ou de son Éditeur.

La valeur par défaut donnée au paramètre [NB_JOUR_Max] est 7.

5.2.2 Installer et Renouveler la chaîne de Certification sur le progiciel du Professionnel de Santé

Les autorités de certification permettent de vérifier la validité des certificats utilisés. Ces autorités doivent donc être obligatoirement installées et mises à jour sur le poste utilisateur. Cette opération d'installation ou de mise à jour doit être réalisée par une « personne de confiance » sous le contrôle de l'utilisateur final du poste de travail.

Le système d'exploitation du poste de travail ou les navigateurs Internet mettent à jour automatiquement les « autorités commerciales reconnues » sur le marché. Pour les autorités spécifiques, comme celles de l'IGC OSI du GIE SESAM-Vitale ou celles de l'ASIP Santé, celles-ci doivent être installées par le progiciel ou le Professionnel de Santé utilisateur de la solution :

- Cette installation peut être prise en charge automatiquement par l'éditeur du progiciel qui récupèrera l'AC auprès du GIE SESAM-Vitale ou de l'ASIP Santé et pourra mettre à jour son parc de clients en même temps que son offre logicielle ;
- Une procédure manuelle doit également être mise à disposition du Professionnel de Santé pour que celui-ci puisse réaliser cette opération sans passer par l'éditeur du progiciel.

Le progiciel doit pouvoir gérer plusieurs chaînes de certification en parallèle sur le poste de travail pour assurer les périodes de migration d'une autorité vers une autre (minimum 2).

A titre d'information, les AC suivantes sont ou seront utilisées pour signer les LOI et dLOI :

- AC GIP-CPS / AC CLASSE 4 jusqu'en novembre 2019
- AC IGC OSI / AC_SERVEUR AC-SERVICES-APPLICATIFS à compter de novembre 2019
- AC IGC OSI / AC-SERVICES-APPLICATIFS

D'autres AC pourront être mises en œuvre ultérieurement en fonction des évolutions des recommandations de sécurité issues du référentiel général de sécurité (RGS) ou des dates de fin de vie des AC utilisées.



Le canal de transmission de ces certificats autorités sur le progiciel est laissé libre à l'éditeur de logiciel de santé.

5.2.3 Mettre au point l'opposition incrémentale

Pour des raisons de mise au point de l'opposition incrémentale, le Professionnel de Santé peut, manuellement, forcer son progiciel à faire une demande d'incrément dLOI.

Le recours à ces demandes manuelles d'incréments dLOI doit rester marginal, surtout si ces demandes sont faites dans la même journée.

5.2.4 Visualiser la référence de la LOI active

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de visualiser la référence de la LOI active sur son poste.

5.3 Synthèse des fonctions débrayables

Dans la liste des fonctions pour la mise à jour ou l'initialisation de la LOI, certaines fonctions peuvent être débrayables. Le tableau ci-dessous indique les fonctions débrayables qui sont liées entre elles.

1	Corps du CdC §3.2.3.2	Activation de la LOI	✓		
2	Annexe 6 § 2.2.2	Fonction de demande SMTP quotidienne de dLOI		✓	

3	Annexe 6 § 2.2.2	Fonction de contrôle de la concordance entre la demande de dLOI et la réponse de dLOI reçue		✓	
4	Annexe 6 § 2.2.2	Fonction de contrôle de la concordance entre la demande de dLOI et le ARAN		✓	
5	Annexe 6 § 5.1.3	Fonction pour informer en cas de non mise à jour de la LOI au début de chaque mois			✓

Les fonctions 2, 3, 4 sont liées entre elles. Elles sont donc soit activées, soit désactivées en même temps.

Si le Professionnel de Santé n'active pas ou désactive la LOI (fonction n°1) aucune des fonctions de l'annexe 6 ne sont mises en œuvre.

6 Description de la consultation de la LOI

Ce paragraphe décrit comment, à partir du numéro de série d'une carte Vitale, déterminer si cette dernière est en opposition ou non à partir des données contenues dans la LOI.

6.1 Principe de la consultation

Les étapes du principe de la consultation d'une LOI sont les suivantes :

- lecture de la carte Vitale, récupération du numéro de série et du type de carte (REELLE, TEST ou DEMONSTRATION),
- Si la carte Vitale est de type « DEMONSTRATION » alors la consultation de la liste est abandonnée, sinon :
- effectuer une division euclidienne par 8 du numéro de série,
- lire dans le fichier contenant la LOI l'octet contenant les informations relatives à cette carte (positionnement dans le fichier à l'octet n° (quotient de la division précédente + taille de l'en-tête) les index débutant à la valeur 0),
- appliquer un masque sur l'octet lu correspondant au bit de la carte correspondant au reste de la division. La construction du masque et le test du bit se font de la façon suivante :
 - initialiser le masque à la valeur 01h,
 - décaler le masque de n position vers la gauche, n correspondant au reste de la division euclidienne (modulo) du n° de série de la carte par 8,
 - effectuer un ET logique entre le masque obtenu et l'octet lu dans la LOI,
 - si le résultat de l'opération est égal à 0, la carte n'est pas en opposition, sinon, la carte est en opposition,
- si le numéro de série de la carte est en dehors de la plage des numéros de série gérée par la LOI, la carte doit être considérée comme en opposition.

6.2 Code source exemple

Ci-après un code source Java exemple illustrant l'implémentation du principe :

```
////////////////////////////////////  
/// Fonction de consultation d'une carte en opposition depuis un  
/// fichier bitmap  
  
private static boolean Consulter(File f_in, long cardNum)  
    throws Exception {  
  
    // Ouverture du fichier en lecture  
    FileInputStream in = new FileInputStream(f_in);  
  
    // Lecture des infos relatives au bitmap : taille + offset  
    // stockage dans une structure bitmap (taille, offset)  
    Lire_InfoBitmap (f_in, bitmap) ;  
  
    // Calcul de l'index de l'octet à lire dans le fichier  
    // = n° série carte / 8 + offset  
    long pos = (int) ((cardNum) / 8);  
  
    // test si l'index n'est pas hors-limite  
    // (taille du bitmap indiqué dans l'entête)  
    // => numéro série invalide, donc en opposition  
  
    if (pos > bitmap.taille) {  
        return true  
    }  
  
    // positionnement sur le fichier et lecture de l'octet  
    in.skip(pos + bitmap.offset);  
    int b = in.read();  
  
    // test du bit correspondant au n° de série de la carte testée  
    // bit = 1 : carte en oppo, bit = 0 carte non en oppo  
    return (b & (1 << ((cardNum) % 8))) != 0;  
}
```

7 Définitions techniques des paramètres spécifiques à la LOI

En général, le glossaire est inscrit dans le corps du Cahier des Charges SESAM-Vitale. Cependant, lorsque qu'il existe des paramètres spécifiques à un sujet (ex. : LOI), ils sont inscrits dans l'annexe de celle-ci si elle existe. D'où la création de ce chapitre dans l'annexe 6.

Définitions	
Cas d'erreur	Arrêt du fonctionnement du système.
Cas particulier	Déroulement ponctuel hors cas nominal.
Code_resultat_incr_prec	Code résultat de l'intégration d'un incrément dLOI sur une liste LOI.
NB_JOUR_Max	Nombre maximum de jours sans réponse que le progiciel pourra accepter avant d'alerter son PS.



Annexe 7

Architecture et Sécurité

Intégrant l'Addendum n°8

Ce document a été élaboré par le GIE SESAM-Vitale.

Conformément à l'article L.122-4 du Code de la Propriété Intellectuelle, toute représentation ou reproduction (intégrale ou partielle) du présent ouvrage, quel que soit le support utilisé, doit être soumise à l'accord préalable écrit de son auteur.

Il en est de même pour sa traduction, sa transformation, son adaptation ou son arrangement, quel que soit le procédé utilisé.

Tout manquement à ces obligations constituerait un délit de contrefaçon, au sens des articles L 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, susceptible d'entraîner des sanctions pour l'auteur du délit.

Sommaire

1	Introduction	5
2	Acronymes, définitions et références.....	6
3	Biens et fonctions sensibles à protéger.....	9
3.1	Biens liés aux bénéficiaires de soins et aux PS.....	9
3.2	Biens liés à la création, certification et télétransmission des FSE/DRE	10
3.3	Fonctions liées à la création, certification et télétransmission des FSE/DRE.....	11
4	Objectifs de Sécurité	12
5	Exigences de sécurité	14
5.1	Introduction.....	14
5.2	Gestion de la Sécurité	15
5.2.1	<i>Règles de gestion de la sécurité</i>	<i>15</i>
G1	: Analyse de risques	15
G2	: Gestion des biens sensibles	15
G3	: Audit de la solution :.....	16
G4	: Formation et sensibilisation du personnel.....	16
G5	: Cryptographie	16
G6	: Gestion des correctifs de sécurité.....	16
G7	: Supervision et gestion des incidents de sécurité	16
G8	: Guide d'installation et conditions d'utilisation.....	17
5.3	Protéger l'environnement local.....	17
5.3.1	<i>Règles d'autoprotection logique des équipements de l'environnement local</i>	<i>17</i>
EL1	:Traçabilité des événements de sécurité.....	17
EL2	:Renforcement du Système d'Exploitation	18
EL3	:Effacement sécurisé des données sensibles	18
5.4	Protéger les données et fonctions sensibles	18
5.4.1	<i>Règles de protection des données.....</i>	<i>18</i>
SP1	: Intégrité des données.....	18
SP2	: Confidentialité des données	18
SP3	: Contrôle d'accès, habilitation	19
SP4	: Mémorisation du code porteur de la CPS.....	19
5.4.2	<i>Règles de protection des fonctions</i>	<i>19</i>
SA1	: Contrôle d'accès, habilitation	19
SA2	: Journalisation et traçabilité.....	19
SA3	: Politique de mots de passe	20
SA4	: Durée des sessions utilisateur	20
5.5	Protéger les communications.....	20
5.5.1	<i>Règles de protection des communications</i>	<i>20</i>
C1	: Contrôle des flux.....	20
C2	: Authentification mutuelle et chiffrement	21
C3	: Protocoles sans fil.....	21
C4	: Validation par l'utilisateur des accès distants à l'équipement	21
5.6	Protéger l'environnement distant	21
5.6.1	<i>Règles de protection physique de l'environnement distant</i>	<i>21</i>
DO1	: Accès à /aux salle(s) d'hébergement	22
5.6.2	<i>Règles d'autoprotection logique de l'environnement distant</i>	<i>22</i>
DL1	: Cloisonnement réseau	22
DL2	: Renforcement des configurations.....	22
DL3	: Intégrité des composants logiciels de l'environnement distant.....	23
DL4	: Protection des sauvegardes et archives.....	23
DL5	: Effacement sécurisé des données	23
6	Les architectures du Poste de Travail	24
6.1	L'analyse sécuritaire dans le cadre de la procédure d'agrément	24
6.2	Les architectures « environnement local ».....	25
6.2.1	<i>Généralités</i>	<i>25</i>
6.2.2	<i>Configuration 1 : Poste de Travail seul</i>	<i>25</i>

6.2.3	Configuration 2 : Réseau local	25
6.2.4	Configuration 3 : Grappe de Postes de Travail en réseau local	26
6.2.5	Configuration : Configurations « réseau local » mixtes.....	26
6.3	Les architectures « environnements local et distant »	27
6.3.1	Généralités	27
6.3.2	Configuration 6 : TLA(s) distant(s)	27
6.3.3	Configuration 7 : Gestion multiserveurs distants et multi Postes de Travail distants	28
6.3.4	Configurations 8 : Autres configurations	29

1 Introduction

La présente annexe a pour but de :

- Spécifier les exigences sécuritaires applicables aux solutions agréées.
- Décrire les différentes configurations et architectures techniques du Poste de Travail du Professionnel de Santé autorisées dans le cadre de l'agrément SESAM-Vitale.
- Définir parmi les configurations autorisées celles devant faire l'objet d'un dossier de sécurité soumis à l'agrément et celles devant faire l'objet d'une déclaration des fonctions de sécurités mises en œuvre sur la solution présentée :
 - Dans le premier cas (réalisation d'un dossier de sécurité), le dossier sera examiné lors de la phase d'agrément pour vérifier la conformité de la solution proposée aux présentes exigences de sécurité.
 - Dans le second cas (déclaration des fonctions de sécurités mises en œuvre), la déclaration est fournie à titre informatif et n'a pas d'incidence sur l'obtention de l'agrément de la solution.

2 Acronymes, définitions et références

Tableau 1 : acronymes

Terme	Définition
API	Application Programming Interface
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPS	Carte Professionnel de Santé
DAM	Domaine Assurance Maladie
DRE	Demande de Remboursement Electronique
FSE	Feuille de soins électronique
FSV	Fournitures SESAM-Vitale
GIE S/V	GIE SESAM-Vitale
HSM	Hardware Security Module
LAN	Local Area Network (Réseau local utilisant typiquement une connectivité Ethernet ou Wi-Fi)
LV	Lecture Vitale (services de pré-lecture des données Vitale)
NCC	Numéro de Certificat de Conformité
OCT	Organisme Concentrateur Technique
OS	Operating System (Système d'exploitation)
OWASP	Open Web Application Security Project, https://www.owasp.org
PAN	Personal Area Network (Réseau « personnel », utilisant typiquement une connectivité de type Bluetooth)
PS	Professionnel de Santé
RAC	Référentiel Accès cartes
RGS	Référentiel Général de Sécurité
SV	SESAM-Vitale
TL	Terminal Lecteur
TLA	Terminal Lecteur Application (TL déporté)
TLS	Transport Layer Security
WAN	Wide Area Network (Réseau couvrant une région très étendue, typiquement de type réseau de téléphonie mobile ou internet)

Tableau 2 : définitions

Termes	Définition
Composant	Ensemble des éléments logiciels ou matériel nécessaires à l'exécution des fonctions SESAM-Vitale de l'équipement (facturation, certification des factures, lecture ou écriture d'une carte) et des fonctions de sécurité de la solution. Selon l'architecture de la solution, cela peut par exemple inclure des applications, l'OS et également l'espace mémoire des données applicatives liées à ces composants.
Environnement physique	Décrit l'ensemble des locaux et/ou bâtiments (distant et/ou local) hébergeant tout ou partie de la solution. L'environnement physique d'un Professionnel de Santé sera par exemple un cabinet ou une pharmacie. L'environnement physique d'un service distant sera par exemple un « data center ».
Équipement	L'équipement est le composant physique de la solution manipulé par l'utilisateur comprenant le matériel (dont le lecteur de carte) et le logiciel associé.
Lecteur	Le lecteur désigne le dispositif permettant d'accéder aux cartes Vitale et CPS. Celui-ci peut aussi comporter un clavier, un afficheur, une connectique,...
Opérateur de la solution	Ensemble des acteurs chargés de l'exploitation ou de la maintenance de tout ou partie de la solution et de son infrastructure, y compris les sous-traitants éventuels.
Editeur	Acteur faisant la demande d'agrément de la solution auprès du CNDA. L'éditeur n'est pas nécessairement l'opérateur de la solution.
Utilisateur de la solution	Acteur final « client » de la solution agréée à qui elle est destinée. Il s'agit en général d'un Professionnel de Santé.
Solution	La solution désigne le système informatique global répondant au présent cahier des charges. Il inclut typiquement : Un ou plusieurs <i>équipements</i> client, pouvant éventuellement être interconnectés sous forme d'un ou plusieurs <i>environnements locaux</i> ; Un ou plusieurs <i>environnements distants</i>
Environnement Distant	L'environnement distant désigne un système informatique situé hors de l'environnement physique de l'utilisateur, offrant un service au travers d'une connexion réseau.
Environnement local	L'environnement local désigne le système informatique situé dans l'environnement physique de l'utilisateur.

Tableau 3 : références externes

Référence	Titre
CNIL	Commission Informatique et Liberté : http://www.cnil.fr/
ANSSI-RGS	Référentiel Générale de sécurité (RGS) : http://www.ssi.gouv.fr/fr/reglementation-ssi/referentiel-general-de-securite/
ANSSI-NOTES	Bonnes pratiques à destinations des industriels : http://www.ssi.gouv.fr/entreprise/bonnes-pratiques/
RFC-TLS	TLS désignera dans ce document la dernière version disponible du protocole Transport Layer Security. A date de rédaction de ce document, il s'agit de la version 1.2 (https://tools.ietf.org/html/rfc5246)
DECRET-2007-960	Ministère de la santé et de la solidarité : Décret n°2007-960 du 15 mai 2007 relatif à la confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique
ASIP-PGSSIS	Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information de Santé (PGSSI-S), http://esante.gouv.fr/services/referentiels/securite/pgssi
ANSSI-MDP	Recommandations de sécurité relatives aux mots de passe, http://www.ssi.gouv.fr/guide/mot-de-passe/
ANSSI-SYSTEME	Recommandations de configuration d'un système GNU/Linux, DAT-NT-28/ANSSI/SDE/NP, http://www.ssi.gouv.fr/guide/recommandations-de-securite-relatives-a-un-systeme-gnulinux/
ANSSI-PASSERELLE	Guide de définition d'une architecture de passerelle d'interconnexion sécurisée, 3248/ANSSI/ACE, http://www.ssi.gouv.fr/guide/definition-dune-architecture-de-passerelle-dinterconnexion-securisee/
HDS	Référentiel hébergeur de données de santé : http://esante.gouv.fr/services/referentiels/securite/le-referentiel-de-constitution-des-dossiers-de-demande-d-agrement-des

Tableau 4 : Documents de référence

Référence	Titre
GUIDE	Guide de rédaction du dossier de sécurité (PDT-GU-009)
FORMULAIRE	Déclaration des fonctions de sécurité mises en œuvre (PDT-GU-010)

3 Biens et fonctions sensibles à protéger

Le chapitre suivant décrit les biens sensibles à protéger par la solution soumise au présent référentiel d'exigences.

Ce référentiel d'exigence de sécurité ne traite pas de données de santé, il n'y a donc pas de données sensibles associées. En revanche, le référentiel identifie des biens à protéger parmi les données médico-administratives et les données sensibles de la solution elle-même (par exemple les éléments cryptographiques servant à protéger ces données sensibles).

Les biens sensibles identifiés ci-après sont classifiés en termes d'intégrité et de confidentialité de la façon suivante :

Classification	Intégrité	Confidentialité
Moyen	Simple contrôle d'intégrité et de syntaxe des données	Diffusion restreinte aux personnes ayant besoin d'en connaître le contenu
Fort	Authenticité et intégrité de la donnée garanties	Informations spécifiques (données médicales, fort impact sécurité)

3.1 Biens liés aux bénéficiaires de soins et aux PS

Dénomination	Biens sensibles
Données sensibles bénéficiaire	<p>Données sensibles administratives et médico-administratives stockées dans le support Vitale la carte Vitale du bénéficiaire ou tout autre support.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sont considérées comme sensibles « Moyen » en confidentialité : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le NIR, nom et prénom du bénéficiaire ○ Le code couverture du bénéficiaire de soins ○ Les périodes de droits AMO et AMC • Sont considérées comme sensibles « Moyen » en intégrité : <ul style="list-style-type: none"> ○ Toutes les données issues du support Vitale de la carte Vitale

Dénomination	Biens sensibles
Données sensibles PS	<p>Données sensibles administratives et médicaux-administratives stockées dans la carte CPS ou tout autre support.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sont considérées comme sensibles « Moyen » en confidentialité : <ul style="list-style-type: none"> ○ DAM – Informations nécessaires à la facturation ○ L'identifiant du PS • Sont considérées comme sensibles « Moyen » en intégrité : <ul style="list-style-type: none"> ○ Toutes les données issues de la carte CPS
Données cryptographiques CPS	Code porteur CPS (code authentifiant le PS sur la carte) : « Fort » en confidentialité et intégrité.

3.2 Biens liés à la création, certification et télétransmission des FSE/DRE

Dénomination	Biens sensibles
Données de facturation	<p>Ces données incluent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données sensibles du bénéficiaire et du PS issues du support Vitale et de la CPS des cartes • Les FSE et DRE dans leur ensemble <p>Sont considérés comme sensibles « Moyen » en intégrité :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ tous <p>Sont considérés comme sensibles « Moyen » en confidentialité :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Les données des FSE/DRE faisant l'objet d'un chiffrement applicatif
Données d'authentification PS	<p>Les données d'authentification PS incluent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données d'authentification pour accéder à l'environnement distant, si la solution inclut un environnement distant : « Fort » en confidentialité et intégrité.

Dénomination	Biens sensibles
Applications et données hors SESAM Vitale	<p>Cette catégorie recouvre les applications et données résidant dans la solution hors SESAM-Vitale, mais pouvant impacter les biens SESAM-Vitale, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les clés propres à l'industriel, certificats, autorités de confiance. • Le système de mise à jour de la solution et les clés associées • Système de contrôle d'accès et clés associées

3.3 Fonctions liées à la création, certification et télétransmission des FSE/DRE

Dénomination	Biens sensibles
Acquisition des données bénéficiaires	Fonction permettant l'acquisition dans la solution des données bénéficiaires de soins en provenance du support Vitale de la carte Vitale ou tout autre support
Acquisition des données PS	Fonction permettant l'acquisition dans la solution des données d'identification du PS
Réalisation des factures	Fonction permettant l'acquisition des données constitutives des factures, leur formatage et leur sécurisation.
Transmission des factures	Fonction permettant la transmission des factures réalisées vers l'assurance maladie.

4 Objectifs de Sécurité

Le référentiel est structuré en fonction des besoins de sécurité principaux des solutions :

- La protection des biens liés aux bénéficiaires de soins et au PS
- La protection des biens et fonctions liés à la création, certification et télétransmission des FSE/DRE

De ces deux besoins principaux découlent les objectifs présentés dans le tableau suivant. Ces objectifs sont déclinés en exigences dans la suite du document.

Gestion de la sécurité

L'éditeur doit mettre en œuvre une organisation permettant la gestion de la sécurité de sa solution. Cette gestion doit être effective tout au long de la durée de vie du produit (phases de conception, développement, déploiement, fonctionnement, mise au rebut).

Protéger l'environnement local

- Autoprotection logique des équipements de la solution

L'éditeur doit s'assurer de la protection logique des équipements de la solution, principalement au travers de mesures permettant de :

- minimiser la surface d'attaque logicielle de sa plate-forme.
- assurer l'intégrité et l'authenticité de ses composants
- assurer un contrôle d'accès et une traçabilité des opérations sensibles

Protection des données et fonctions sensibles

Les données sensibles stockées et traitées par la solution doivent être protégées. La solution doit implémenter divers mécanismes afin que seules les personnes autorisées et les applications authentiques SESAM-Vitale puissent manipuler les informations et fonctions sensibles.

Les principaux biens et fonctions sensibles à protéger sont listés au chapitre 3.

Protéger les communications

La solution et ses composants ne doivent accepter que les flux nécessaires et autorisés. Les données transitant par ces flux doivent être protégées.

La solution ne doit utiliser que des protocoles de communication à l'état de l'art de la sécurité (conformes RGS) garantissant la confidentialité, l'intégrité et l'authenticité des données pendant leur transmission.

Toutes les communications entre composants passant par un réseau ou par une liaison sans fil sont concernées

Protéger l'environnement distant

L'éditeur doit s'assurer de la protection logique et physique de l'environnement distant.

- ***Autoprotection physique de l'environnement distant***

Une gestion des accès à la ou aux salle(s) hébergeant l'environnement distant doit être réalisée.

- ***Autoprotection logique de l'environnement distant***

Des mesures de sécurité logiques couvrant les architectures et composants doivent être mises en place.

- ***Contrôle d'accès à l'environnement distant***

Un contrôle d'accès et une gestion des habilitations doivent être mis en place.

Tableau 5 : objectifs de sécurité

5 Exigences de sécurité

5.1 Introduction

Ce chapitre a pour objectif la définition des exigences de sécurité applicables à toute solution répondant au présent cahier des charges. Ces exigences de sécurité sont des exigences contractuelles demandées par le GIE SESAM-Vitale.

Certaines des exigences peuvent être issues des bonnes pratiques ANSSI-NOTES émises par l'Agence Nationale de la Sécurité des Systèmes d'Informations (ANSSI).

Ce référentiel ne reprend pas les exigences générales relatives au respect de la législation française et internationale en vigueur, qui doivent par ailleurs être respectées par les éditeurs.

On notera ainsi que les exigences de sécurité ne se substituent en aucun cas aux exigences d'autres référentiels tels que, par exemple :

- Décret N°2007-960 du 15 mai 2007 relatif à la confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique,
- Décret n°2006-6 du 4 janvier 2006 pour l'agrément des hébergeurs de données de santé à caractère personnel.
- Décret n° 98275 du 9 avril 1998 relatif à la carte d'assurance maladie.
- Décret 98-271 du 9 avril 1998 relatif à la carte de professionnel de santé (CPS).
- La PGSSI-S de l'ASIP Santé

Les exigences de ce référentiel couvrent :

- la solution dans son ensemble couvrant l'environnement local et les environnements distants,
- des processus organisationnels mis en place par l'éditeur.

Toute solution élaborée par un éditeur doit être conforme à l'ensemble des exigences listées dans ce chapitre.

Enfin, il est rappelé que l'usage des cartes Vitale du support Vitale et de la CPx implique de respecter une colocalisation de la carte du support et de son porteur :

- La carte CPx doit rester sous le contrôle de son porteur tant au niveau physique que logique.
- La carte Vitale Le support Vitale doit rester sous le contrôle de son porteur tant au niveau physique que logique.

5.2 Gestion de la Sécurité

L'éditeur doit mettre en œuvre une organisation permettant la gestion de la sécurité de sa solution. Cette gestion doit être effective tout au long de la durée de vie de la solution (phases de conception, développement, déploiement, fonctionnement, mise au rebut).

5.2.1 Règles de gestion de la sécurité

G1 : ANALYSE DE RISQUES

L'éditeur doit conduire une analyse des risques de sa solution. L'éditeur doit identifier les biens sensibles et les risques associés, permettant d'identifier les mesures de sécurité à mettre en œuvre dans la solution.

Le processus mis en place doit être décrit dans le dossier sécurité.

G2 : GESTION DES BIENS SENSIBLES

L'éditeur doit décrire la gestion des biens sensibles dans sa solution. Cette description comprend a minima :

- l'ensemble des biens sensibles de la solution,
- l'usage et l'utilisation de chacun de ces biens,
- les mécanismes de protection de ces biens.
- les événements de sécurité donnant lieu à un effacement de certains biens sensibles.

Bien cryptographiques :

L'éditeur doit recenser les biens cryptographiques utilisés (clés, certificats - y compris les clés remises par le GIE SESAM-Vitale), ainsi que leurs usages (algorithmes, protocoles).

Protection des clés :

L'éditeur décrira les moyens mis en œuvre pour assurer la confidentialité, l'authenticité et l'intégrité des biens cryptographiques utilisées tout au long du cycle de vie de celles-ci. Cela comprend :

- La génération,
- Le transport,
- Le chargement dans l'équipement,
- Le stockage,
- Le traitement,
- L'effacement

En cas d'atteinte à la confidentialité de clé cryptographique secrète (perte ou vol), celle-ci doit faire l'objet d'une révocation.

La description des biens sensibles doit figurer dans le dossier de sécurité.

G3 : AUDIT DE LA SOLUTION :

Audit de l'équipement :

L'éditeur doit présenter son plan d'assurance visant à vérifier la bonne mise en œuvre et l'efficacité des mesures de sécurité mises en place dans l'équipement (audit de configuration, audit de code, etc.).

L'éditeur décrira le processus de vérification sécuritaire mis en œuvre et précisera les composants audités

Audits de l'environnement distant :

L'éditeur doit mener des audits techniques (y compris tests d'intrusion) et organisationnels afin d'identifier et corriger les éventuelles vulnérabilités et tester l'efficacité des mesures de sécurité mises en place.

Ces audits devront donner lieu à l'élaboration de plans d'actions devant être mis en œuvre par l'éditeur.

Le processus mis en place doit être décrit dans le dossier sécurité.

G4 : FORMATION ET SENSIBILISATION DU PERSONNEL

Le personnel intervenant dans les phases de conception, développement, déploiement, maintenance doit être formé et sensibilisé à la sécurité de l'information et aux bonnes pratiques de sécurité.

Le processus mis en place doit être décrit dans le dossier sécurité.

G5 : CRYPTOGRAPHIE

L'éditeur ne doit mettre en œuvre dans sa solution que des algorithmes et des protocoles conformes au RGS.

L'ensemble des algorithmes utilisés ainsi que leurs usages doivent être listés dans le dossier sécurité.

G6 : GESTION DES CORRECTIFS DE SECURITE

L'éditeur doit décrire son processus de gestion des correctifs de sécurité : il doit mettre en œuvre des mesures organisationnelles et techniques permettant de garantir le maintien de la sécurité de la solution, incluant à minima :

- Une veille relative aux vulnérabilités de l'ensemble des composants logiciels et matériels de la solution,
- La mise en œuvre des correctifs de sécurité (développement des correctifs, déploiement, assistance aux utilisateurs),
- La notification du GIE SESAM-Vitale en cas de faille identifiée.

Le processus mis en place doit être décrit dans le dossier sécurité.

G7 : SUPERVISION ET GESTION DES INCIDENTS DE SECURITE

L'éditeur met en place l'organisation et les outils lui permettant de réaliser une supervision des anomalies et événements de sécurité liés à la solution et à son système d'information.

Il s'appuie sur les journaux des systèmes d'infrastructure (pare-feu, outils de détection d'intrusions, contrôle d'intégrité, etc.) et des services liés à la solution.

L'éditeur dispose d'un processus de gestion des incidents. Il informe le GIE SESAM-Vitale de tous les incidents de sécurité dont il a eu connaissance portant atteinte aux données sensibles.

Le processus mis en place doit être décrit dans le dossier sécurité.

G8 : GUIDE D'INSTALLATION ET CONDITIONS D'UTILISATION

L'éditeur doit mettre à disposition des guides et conditions d'utilisation afin de permettre une bonne intégration et un usage dans de bonnes conditions de sécurité de sa solution au sein du système d'information du professionnel de santé.

Le guide doit rappeler les bonnes pratiques et besoins de sécurité ainsi que les conditions d'utilisation de la solution au niveau du SI PS (mises à jour de sécurité du système, présence d'un anti-virus, etc.). Il doit également indiquer la responsabilité de l'utilisateur vis-à-vis de la sécurisation de son système d'information et notamment de son réseau local (filaire, wifi...).

Ces éléments doivent figurer dans le contrat de mise à disposition de la solution aux clients / utilisateurs ou dans une de ces annexes (CGU...). Le guide doit être fourni en annexe du dossier sécurité.

5.3 Protéger l'environnement local

5.3.1 Règles d'autoprotection logique des équipements de l'environnement local

L'éditeur doit s'assurer de la protection logique des équipements de l'environnement local, principalement au travers de mesures permettant de :

- minimiser la surface d'attaque logicielle de sa plateforme.
- assurer un contrôle d'accès et une traçabilité des opérations sensibles
- assurer l'intégrité et l'authenticité de ses composants

EL1 : Traçabilité des événements de sécurité

La solution doit conserver une trace des opérations sensibles et des événements de sécurité.

La solution doit tracer au minimum les éléments suivants :

- Modification du firmware/système d'exploitation/noyau
- Chargement/suppression d'éléments cryptographiques
- Modification de certificat
- Modification de chaîne de confiance
- Ajout/mise à jour/suppression d'application

Les traces ne doivent pas contenir de données sensibles.

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

EL2 : Renforcement du Système d'Exploitation

La configuration des composants logiciels de la solution doit être sécurisée, notamment :

- désactivation des services réseaux inutiles,
- restriction du code présent dans la solution : présence uniquement des applications et bibliothèques nécessaires au fonctionnement de la solution,
- désactivation des fonctions de debug logicielles,
- désactivation des comptes inutiles,
- configuration des systèmes de fichier selon le principe de moindres privilèges,
- protection contre l'exploitation de vulnérabilité (ASLR, etc.)

Les mécanismes mis en place pour renforcer la sécurité de l'équipement doivent être décrits dans le dossier sécurité.

Recommandation : dans le cas de systèmes d'exploitation standards, l'industriel pourra s'appuyer sur des guides de bonnes pratiques de renforcement de la sécurité publiés par l'ANSSI tel que ANSSI-SYSTEME.

EL3 : Effacement sécurisé des données sensibles

La solution doit mettre en œuvre un mécanisme d'effacement sécurisé, couvrant notamment l'effacement après usage.

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

5.4 Protéger les données et fonctions sensibles

5.4.1 Règles de protection des données

Les données sensibles stockées et traitées par la solution doivent être protégées en confidentialité et en intégrité selon leur classification. La solution doit protéger la confidentialité des biens sensibles en implémentant divers mécanismes et en assurant que seules les personnes autorisées et les applications SESAM-Vitale peuvent manipuler les informations sensibles.

Les principaux biens sensibles à protéger sont listés au chapitre 3.

SP1 : Intégrité des données

La solution doit garantir et contrôler l'intégrité des données sensibles classées « Fort » à l'aide de mécanismes cryptographiques conformes au RGS.

En cas d'altération, la solution doit être rendue inutilisable.

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

SP2 : Confidentialité des données

La confidentialité des données sensibles classées « Fort » de la solution doit être assurée à l'aide de mécanismes cryptographiques conformes au RGS.

La confidentialité des éléments sensibles doit être garantie pendant les opérations d'administration (mise à jour des logiciels, clefs, etc.).

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

SP3 : Contrôle d'accès, habilitation

Les actions ayant un impact sur les données sensibles ou les mécanismes de sécurité de la solution doivent faire l'objet d'une authentification et d'une vérification des droits par la solution.

Un mécanisme d'habilitation doit être mis en œuvre selon le principe du moindre privilège.

Pour les utilisateurs de la solution : utilisation de la CPS ou d'une authentification double facteur.

Pour les opérations d'administrateurs ou de maintenance : carte à puce ou authentification double facteur.

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

SP4 : Mémorisation du code porteur de la CPS

La mémorisation du code porteur de la Carte du Professionnel de Santé (CPS) est interdite sauf sur des équipements Lecteur autonomes, mobiles et alimentés par batterie. Dans ce cas, la donnée doit être protégée en confidentialité et en intégrité selon les exigences définies ci-dessus.

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

5.4.2 Règles de protection des fonctions

Un contrôle d'accès et une gestion des habilitations sur les fonctions sensibles, qu'elles soient sur l'environnement local ou sur l'environnement distant, doivent être mis en place.

SA1 : Contrôle d'accès, habilitation

Des mécanismes de contrôle d'accès et de gestion d'habilitation des utilisateurs doit être mise en œuvre.

Les accès doivent être gérés à l'aide de comptes individuels, et se limiter aux opérations autorisées pour le rôle ou groupe auquel appartient l'utilisateur.

L'organisation et les mécanismes de contrôle d'accès mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

SA2 : Journalisation et traçabilité

Le système doit être en mesure de conserver :

- l'historique des accès à son système d'information,
- l'établissement de sessions avec les équipements afin de permettre de vérifier le non-détournement des connexions au sein de la solution,
- les actions d'exploitation (administration, configuration, etc.) des systèmes.

Ces traces doivent être horodatées et doivent contenir les informations d'identification du correspondant distant. Ces informations doivent être conservées pendant une période de 12 mois au minimum.

Ces traces ne doivent pas contenir d'informations sensibles.

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

SA3 : Politique de mots de passe

Une politique de mots de passe doit être mise en œuvre pour permettre un contrôle d'accès robuste. Celle-ci doit prévoir de limiter le nombre de tentatives et identifier les cas provoquant le blocage des comptes.

Dans le cas d'un blocage de compte, un administrateur doit réinitialiser le mot de passe et le transmettre à l'utilisateur de manière sécurisée, c'est-à-dire après vérification de son identité.

La politique de mots de passe doit être décrite dans le dossier sécurité.

SA4 : Durée des sessions utilisateur

Les sessions doivent expirer après un temps d'inactivité. Passé ce délai, le système doit fermer ou verrouiller la session.

Pour reprendre alors la session, l'utilisateur doit s'authentifier à nouveau.

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

5.5 Protéger les communications

5.5.1 Règles de protection des communications

La solution et ses composants ne doivent accepter que les flux nécessaires et autorisés. Les données transitant par ces flux doivent être protégées.

La solution ne doit utiliser que des protocoles de communication à l'état de l'art de la sécurité (conformes RGS) garantissant la confidentialité, l'intégrité et l'authenticité des données pendant leur transmission.

Toutes les communications entre composants passant par un réseau ou par une liaison sans fil sont concernées.

C1 : Contrôle des flux

La solution et ses composants ne doivent accepter que les flux nécessaires et autorisés.

- L'ensemble des flux autorisés et interdits doivent être identifiés,
- Un filtrage des flux doit être mis en œuvre.

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

C2 : Authentification mutuelle et chiffrement

Pour toutes les communications entre deux composants de la solution, des algorithmes cryptographiques conformes au RGS doivent être utilisés.

- Un chiffrement de bout en bout est requis,
- Une authentification mutuelle des deux parties doit être mise en œuvre :
 - Entre l'utilisateur et les environnements distants : l'authentification de l'utilisateur doit se faire par carte CPS ou par une authentification forte double facteur.
 - Entre deux composants de la solution : l'authentification doit être effectuée à partir de certificats.

Dans le cas où des certificats sont utilisés, la vérification de ces derniers doit porter sur :

- la parenté (autorité de confiance)
 - la validité (date début et de fin)
 - l'usage (authentification ou authentification serveur)
 - La révocation éventuelle du certificat (CRL ou requête OCSP)
- Les suites de chiffrement activées doivent être listées

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

C3 : Protocoles sans fil

Les protocoles sans fil doivent être configurés de manière à fournir une couche d'authentification, d'intégrité et de chiffrement conforme au RGS.

Pour les solutions n'offrant pas en natif une implémentation conforme au RGS (solution Bluetooth par exemple), le GIE-SESAM-Vitale exige une protection applicative conforme au RGS (par exemple TLS).

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

C4 : Validation par l'utilisateur des accès distants à l'équipement

L'établissement d'une connexion entre un équipement et un service distant doit toujours être à l'initiative de l'utilisateur de l'équipement.

Toute connexion entrante doit être validée par l'utilisateur.

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

5.6 Protéger l'environnement distant

5.6.1 Règles de protection physique de l'environnement distant

Remarque : Si la solution n'intègre pas d'environnement de ce type, cette section est non applicable.

Une gestion des accès à la ou aux salles hébergeant l'environnement distant doit être réalisé.

DO1 : Accès à /aux salle(s) d'hébergement

La ou les salles hébergeant l'environnement distant de la solution doit être équipée d'un système de contrôle d'accès. Seuls les personnels habilités doivent pouvoir y accéder.

Une revue des accès doit être effectuée périodiquement pour s'assurer que tout accès obsolète soit bien supprimé.

L'organisation et les moyens de contrôle d'accès mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

5.6.2 Règles d'autoprotection logique de l'environnement distant

Des mesures de sécurité logiques couvrant les architectures et composants doivent être mises en place.

DL1 : Cloisonnement réseau

L'isolation des composants de l'environnement distant doit être assurée vis-à-vis :

- Du réseau local
- D'internet
- Du réseau de communication entre environnement distant et équipement (si distinct d'internet)

Un incident en provenance d'un des réseaux utilisés par la solution ne doit pas pouvoir se propager à un autre réseau. Le serveur d'application et les serveurs de données associés doivent être protégés en recourant à une ou plusieurs zones réseau dédiées.

La cartographie de l'environnement distant doit être décrite dans le dossier sécurité.

DL2 : Renforcement des configurations

La configuration des composants de l'infrastructure (serveurs, routeurs, etc.) doit être sécurisée :

- Changement des mots de passe par défaut,
- Suppression des services/daemons inutiles,
- Fichiers de configuration,
- Durcissement des droits d'accès sur le système de fichiers,
- utilisation de protocoles sécurisés (SSH, SFTP, etc.)
- utilisation d'un anti-virus sur les systèmes,
- Etc.

La configuration des composants doit être décrite dans le dossier sécurité

DL3 : Intégrité des composants logiciels de l'environnement distant

L'intégrité des composants logiciels de l'environnement distant doit être régulièrement vérifiée et supervisée.

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

DL4 : Protection des sauvegardes et archives

La confidentialité des données sensibles stockées dans les sauvegardes et archives doit être assurée.

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

DL5 : Effacement sécurisé des données

Les données sensibles doivent être effacées de façon sécurisée.

L'industriel décrira dans le dossier de sécurité les techniques employées.

6 Les architectures du Poste de Travail

6.1 L'analyse sécuritaire dans le cadre de la procédure d'agrément

Les configurations du poste de travail acceptées dans le cadre de l'agrément SESAM-Vitale se classe en deux catégories :

- Les configurations hébergées dans un unique environnement local constitué de l'environnement physique de l'utilisateur de la solution soumise à agrément.
- Les configurations hébergées sur de multiples environnements locaux ou distants ou les configurations comprenant des équipements utilisant spécifiquement des liaisons sans fil¹.

La procédure à suivre pour tout éditeur souhaitant présenter un produit à l'agrément SESAM-Vitale est la suivante :

- lors de la conception de sa solution, l'éditeur doit identifier sur quelle catégorie de configuration sa solution se base ;
- en fonction de la configuration adoptée, l'éditeur doit s'assurer que sa solution respecte bien les exigences de sécurité fournies dans le présent document ;
- lors de la signature du protocole d'agrément avec le CNDA, l'éditeur doit déclarer sur quelle configuration ou combinaison de configurations sa solution présentée se base.

Si l'architecture de la solution est conforme à une des configurations « environnement local », le questionnaire relatif à la déclaration des fonctions de sécurité mises en œuvre sur la solution présentée (cf. FORMULAIRE) doit être rempli et fourni au CNDA aucune analyse sécuritaire n'est nécessaire.

Pour tout autre type d'architecture, un dossier de sécurité doit être transmis au CNDA (cf. GUIDE) qui s'assurera de la validité des fonctions de sécurité proposées par l'éditeur en effectuant une analyse dudit dossier. Celui-ci doit impérativement répondre à chacune des exigences de sécurité présentes dans ce document.

Il est également à noter que le CNDA se réserve le droit de vérifier par toute méthode de son choix la conformité des solutions agréées par rapport aux exigences de sécurité par exemple via un audit de la solution.

¹ Les équipements sans fil servant à l'acquisition des données issues de l'ApCV n'entrent pas dans cette catégorie et peuvent être utilisés dans un environnement local.

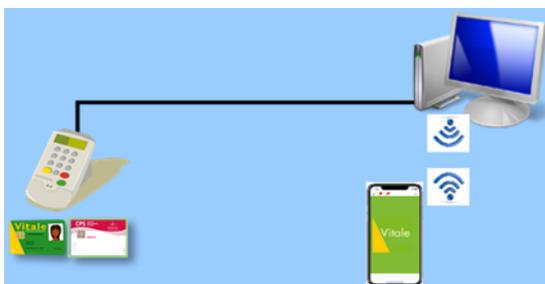
6.2 Les architectures « environnement local »

6.2.1 Généralités

Le présent chapitre décrit les différentes configurations acceptées dans le cadre de l'agrément se situant dans un unique environnement local constitué de l'environnement physique de l'utilisateur final de la solution présentée à l'agrément.

Pour ces configurations, il est demandé uniquement de remplir le questionnaire relatif aux fonctions de sécurité implémentée dans la solution (cf. FORMULAIRE) aucune analyse sécuritaire et technique n'est demandée tant que l'ensemble de la solution reste dans un réseau strictement local (les données sensibles sont confinées dans un espace sous le contrôle du Professionnel de Santé).

6.2.2 Configuration 1 : Poste de Travail seul



Dans le cas d'un lecteur homologué, la liaison entre le poste de travail et le lecteur est obligatoirement une des liaisons pour laquelle le lecteur utilisé a été homologué.

Dans le cas d'un lecteur PC/SC, seules les liaisons série et USB (filaire) sont autorisées.

Les équipements sans fil permettant l'acquisition des données de l'ApCV sont autorisés.

6.2.3 Configuration 2 : Réseau local



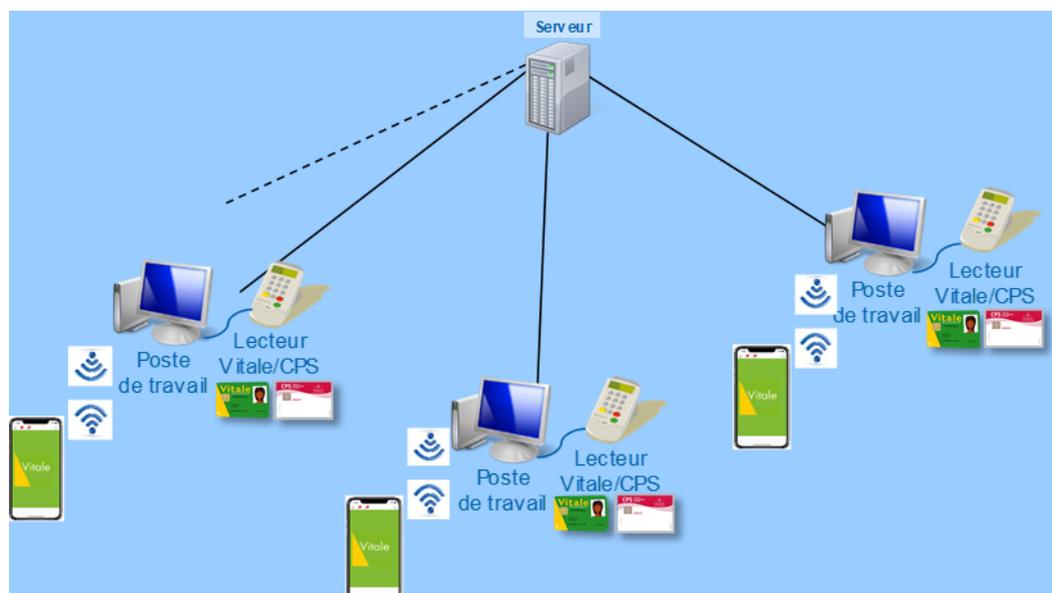
Les Postes de Travail sont connectés les uns aux autres mais restent dans un réseau local.

Dans le cas d'un lecteur homologué, la liaison entre le poste de travail et le lecteur est obligatoirement une des liaisons pour laquelle le lecteur utilisé a été homologué.

Dans le cas d'un lecteur PC/SC, seules les liaisons série et USB (filaire) sont autorisées.

Les équipements sans fil permettant l'acquisition des données de l'ApCV sont autorisés.

6.2.4 Configuration 3 : Grappe de Postes de Travail en réseau local



Dans le cas d'un lecteur homologué, la liaison entre le poste de travail et le lecteur est obligatoirement une des liaisons pour laquelle le lecteur utilisé a été homologué.

Dans le cas d'un lecteur PC/SC, seules les liaisons série et USB (filaire) sont autorisées.

Les Postes de Travail sont connectés à un serveur mais l'ensemble des composants de la solution reste dans l'environnement local.

Les équipements sans fil permettant l'acquisition des données de l'ApCV sont autorisés.

6.2.5 Configuration : Configurations « réseau local » mixtes

Chaque Poste de Travail défini dans la configuration 3 peut être un des postes décrits dans la configuration 1, indépendamment des autres postes du réseau local.

Les configurations 2 et 3 peuvent être regroupées dans un même réseau local, le serveur de postes de la configuration 3 étant obligatoirement un serveur sur le réseau local. Le serveur de stockage est accessible par les Postes de Travail réalisant les factures et les lots.

6.3 Les architectures « environnements local et distant »

6.3.1 Généralités

Le présent chapitre décrit les différentes configurations acceptées dans le cadre de l'agrément pour lesquelles il existe au moins un environnement distant **ou au moins un équipement utilisant obligatoirement une liaison sans fil**².

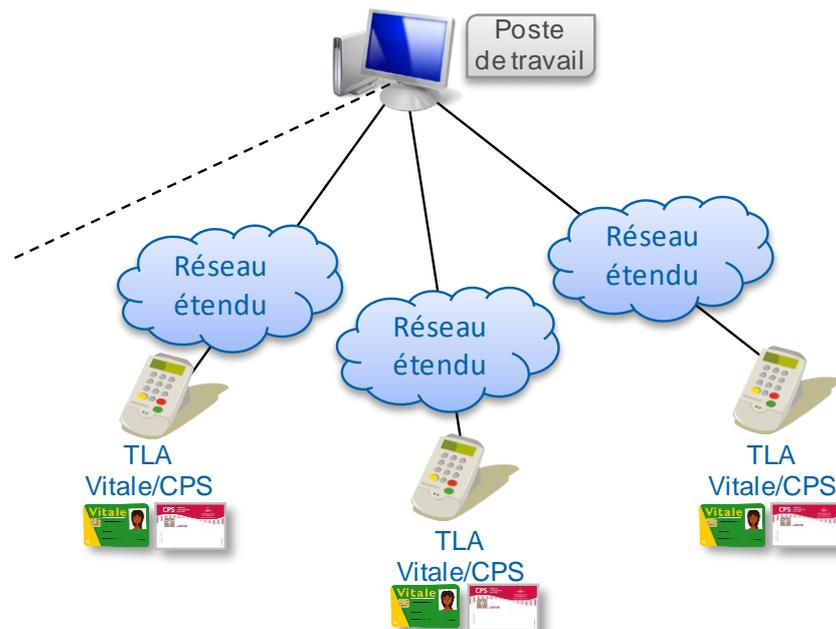
L'éditeur doit déposer au CNDA un dossier sécurité décrivant l'architecture technique et sécuritaire de sa solution. Ce dossier doit être rédigé sur la base des exigences fournies dans le présent document (cf. *GUIDE*).

6.3.2 Configuration 6 : TLA(s) distant(s)

Toute configuration proposant la connexion distante entre un TLA et un Poste de Travail entre dans cette catégorie. Dans cette configuration, le « Poste de Travail » peut être soit utilisé dans le cabinet du Professionnel de Santé soit géré par l'opérateur fournissant la solution de facturation.



NB : dans cette configuration, seules les fonctionnalités TLA peuvent être utilisées de manière distante.



Gestion de la sécurité, Protéger les données et fonctions sensibles	Ces exigences s'appliquent à l'ensemble de la configuration.
Protéger l'environnement local	Ces exigences s'appliquent à l'ensemble des lecteurs TLA
Protéger les communications	Ces exigences s'appliquent à l'ensemble des connexions entre le Poste de Travail et les lecteurs TLA
Protéger l'environnement distant	Ces exigences s'appliquent au Poste de Travail distant.

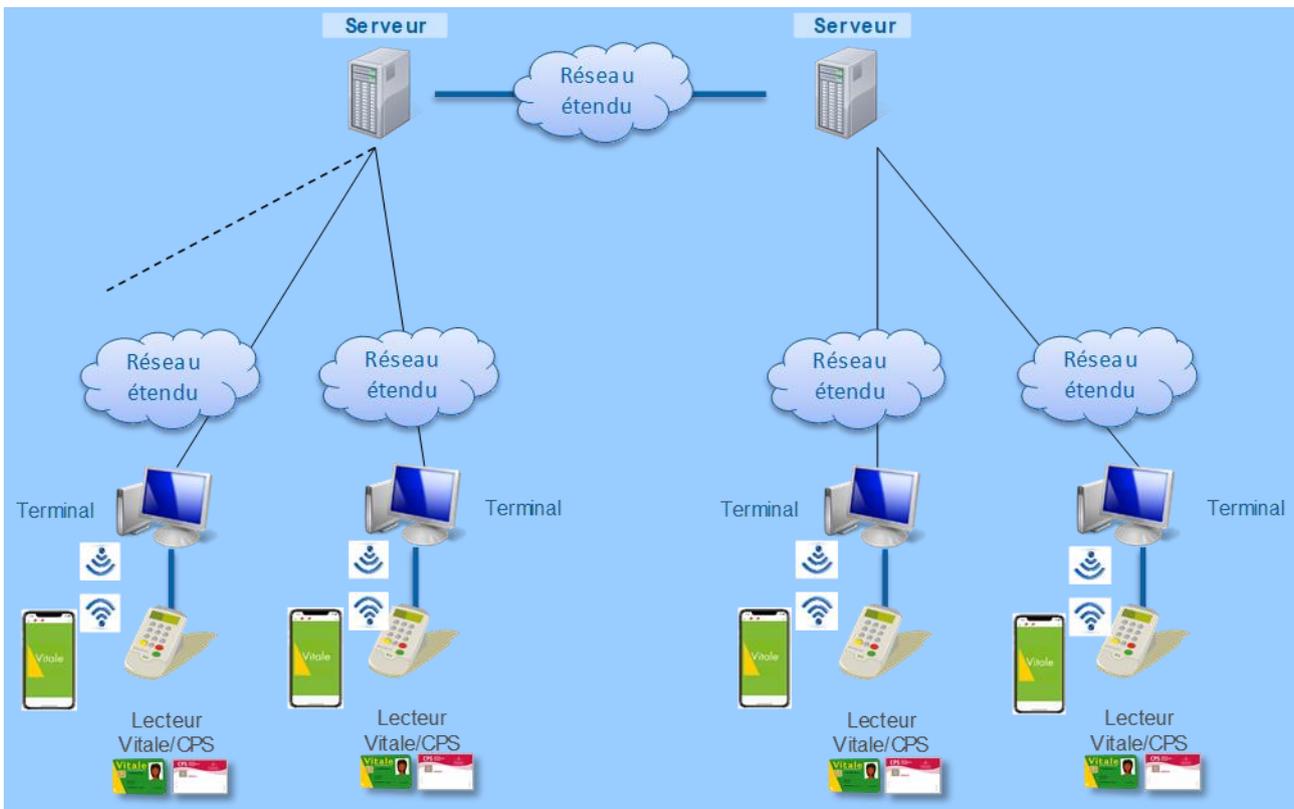
² Les équipements sans fil servant à l'acquisition des données issues de l'ApCV n'entrent pas dans cette catégorie et peuvent être utilisés dans un environnement local.

6.3.3 Configuration 7 : Gestion multiserveurs distants et multi Postes de Travail distants

Cette configuration décrit la connexion multipostes de travail à de multiples serveurs distants.

Pour cette configuration :

- le nombre de serveurs est supérieur ou égal à 1 ;
- des Postes de Travail peuvent être connectés à un serveur dans un même réseau local ;
- deux serveurs au moins peuvent être connectés dans un même réseau local ;
- au moins une des connexions « serveur – Poste de Travail » ou « inter serveurs » opère sur un réseau étendu.



Les exigences sécurité applicables sont les suivantes :

Gestion de la sécurité, Protéger les données et fonctions sensibles	Ces exigences s'appliquent à l'ensemble de la configuration.
Protéger l'environnement local	Ces exigences s'appliquent à l'ensemble des Postes de Travail
Protéger les communications	Ces exigences s'appliquent à : <ul style="list-style-type: none"> • l'ensemble des connexions distantes entre les Postes de Travail et les serveurs • l'ensemble des connexions distantes entre les serveurs distants s'il y a plusieurs serveurs.
Protéger l'environnement distant	Ces exigences s'appliquent à l'ensemble des serveurs



NB : les progiciels opérant sous Citrix™ ou sous TSE™ entrent dans cette configuration.

6.3.4 Configurations 8 : Autres configurations

Cette configuration regroupe toutes les configurations qui ne rentrent dans aucune des configurations de 1 à 7 définies dans le présent document. L'éditeur doit malgré tout déposer au CNDA un dossier sécurité décrivant l'architecture technique et sécuritaire de sa solution. Ce dossier doit être rédigé sur la base des exigences fournies dans le présent document (cf. GUIDE).

Cette configuration comporte notamment les cas d'utilisation d'équipements spécifiques connectés au SI PS par une liaison sans fil (par exemple lecteur de carte embarquant une partie du logiciel soumis à l'agrément) ou des lecteurs de cartes non homologué RAC³ connectés au SI PS avec une liaison autre qu'une liaison filaire USB ou série.

³ L'utilisation d'un lecteur homologué RAC pour accéder aux cartes Vitale et CPS entre dans la configuration

1



Annexe 8

Dépistage de la rétinopathie diabétique en coopération entre l'orthoptiste et l'ophtalmologiste

Intégrant l'Addendum n°8

Ce document a été élaboré par le GIE SESAM-Vitale.

Conformément à l'article L.122-4 du Code de la Propriété Intellectuelle, toute représentation ou reproduction (intégrale ou partielle) du présent ouvrage, quel que soit le support utilisé, doit être soumise à l'accord préalable écrit de son auteur.

Il en est de même pour sa traduction, sa transformation, son adaptation ou son arrangement, quel que soit le procédé utilisé.

Tout manquement à ces obligations constituerait un délit de contrefaçon, au sens des articles L 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, susceptible d'entraîner des sanctions pour l'auteur du délit.

Sommaire

1	Introduction	4
1.1	Présentation du document	4
1.2	Abréviations	4
1.3	Documents de référence	5
1.4	Texte réglementaire	5
1.5	Guide de lecture	6
2	Cadrage fonctionnel	8
3	Spécifications des traitements	16
3.1	Transmettre l'enveloppe des éléments à l'ophtalmologiste	18
3.1.1	<i>Informé le bénéficiaire de soins</i>	<i>20</i>
3.1.2	<i>Récupérer les données d'identification du bénéficiaire de soins</i>	<i>20</i>
3.1.3	<i>Récupérer les données de contexte de facturation.....</i>	<i>22</i>
3.1.4	<i>Créer le fichier des données administratives</i>	<i>25</i>
3.1.5	<i>Créer l'enveloppe des éléments.....</i>	<i>25</i>
3.1.6	<i>Transmettre l'enveloppe des éléments à l'ophtalmologiste</i>	<i>26</i>
3.2	Réceptionner l'enveloppe des éléments transmise par un orthoptiste libéral.....	28
3.3	Facturer l'acte de lecture différée de rétinographie	31
3.3.1	<i>Récupérer les données d'identification du bénéficiaire de soins</i>	<i>33</i>
3.3.2	<i>Récupérer les données utiles à la détermination du contexte de facturation</i>	<i>34</i>
3.3.3	<i>Récupérer les droits du bénéficiaire de soins en interrogeant le téléservice ADR</i>	<i>36</i>
3.3.4	<i>Déterminer les données pour facturer.....</i>	<i>37</i>
3.3.5	<i>Elaborer la FSE</i>	<i>38</i>
4	Description des entités fonctionnelles composant le fichier des données administratives (EF_RD97).....	41
5	Éléments techniques	44

1 Introduction

1.1 Présentation du document

Une nouvelle modalité de dépistage de la rétinopathie diabétique reposant sur une coopération entre l'orthoptiste et l'ophtalmologiste est mise en place.

Elle consiste en :

- la réalisation de rétinoographies par un orthoptiste
- puis une lecture différée des rétinoographies par l'ophtalmologiste, sans la présence du bénéficiaire des soins.

Elle contribue au développement de la coopération entre professionnels de santé et constitue une prise en charge d'un premier acte de télémédecine.

Dans ce cadre, le système de facturation :

- de l'orthoptiste doit mettre à disposition de l'ophtalmologiste les informations du bénéficiaire des soins nécessaires à sa facturation,
- de l'ophtalmologiste doit récupérer les informations du bénéficiaire des soins transmises par l'orthoptiste et les utiliser pour facturer son acte de lecture différée.

Ce document a pour objet de décrire les traitements spécifiques relatifs au dépistage de la rétinopathie diabétique en coopération entre l'orthoptiste et l'ophtalmologiste

1.2 Abréviations

Abréviations	
ADR	Acquisition des droits
MP	Médecin prescripteur
RD	Rétinopathie Diabétique
MSSanté	Messagerie sécurisée de santé de l'ASIP Santé (http://www.mssante.fr)

1.3 Documents de référence

Les documents de référence sont à consulter dans la dernière version applicable.

Appellation	Type et titre	Référence
[ASIP-CRRTN]	ASIP Santé - Cadre d'interopérabilité des Systèmes d'Information, de Santé (CI-SIS) couche contenu – volet de compte rendu rétinographie (CRRTN)	CI-SIS-CONTENU-VOLET_COMPTE_RENDU_RETINOGRAPHIE
[ASIP-CI-SIS-ECHANGE]	ASIP Santé - Cadre d'interopérabilité des Systèmes d'Information, de Santé (CI-SIS) - couche service – volet échange de documents de santé	CI-SIS-SERVICE_VOLET-ECHANGE-DOCUMENTS-SANTE
[ASIP-DST-CLIENT-MSSANTE]	ASIP Santé - Dossier des spécifications techniques des interfaces d'accès au système de Messagerie Sécurisées de Santé (MSSanté) des Clients de messagerie	MSS_FON_DST_interfaces_Clients_MSSanté_v1.0.0_140704
[CI]	GIE SV - Cadre d'interopérabilité des téléservices intégrés	CI-CNAMTS-DC
[SFG ADR]	GIE SV - Ouverture de la facturation à ADR	FACT-SFG-038
[GI ADR]	GIE SV - Guide d'intégration d'Acquisition des droits V1	SEL-MP-021 WS_ADR
[TPI ACS]	GIE SV - Avenant au cahier des charges SESAM-Vitale – EV65 - Tiers payant intégral ACS	PDT-CDC-065 Avenant CDC EV65_TP ACS AMO et AMC

1.4 Texte réglementaire

Décret n°2014-1523 du 16 décembre 2014 autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel pour le dépistage de la rétinopathie diabétique.

1.5 Guide de lecture

Les spécifications de l'annexe RD sont présentées sous la forme d'un enchaînement d'opérations, chaque opération étant un enchaînement de sous-opérations, composées elles-mêmes éventuellement de sous-opérations, etc..., constituées au final d'un enchaînement de règles.

Opérations

Présentation

La présentation de chaque opération ou sous-opération comprend :

- une description de l'opération,
- les données d'entrées et de sorties utilisées dans cette opération,
- éventuellement un schéma d'enchaînement,
- la liste des règles utilisées.

Chaque opération ou sous-opération est référencée par 2 lettres suivies d'un numéro.

Règles

Présentation

Chaque règle est référencée sous la forme RG_XXxxx

Avec XX : 2 lettres

xxx : un numéro

Pour chaque règle est présenté un cartouche indiquant les familles de Professionnel de Santé concernées.

Exemple

[RG_XXxxx] <Le titre de la règle>

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

<Description de la règle>



Cas particuliers

[CP1] <Titre du premier cas particulier>

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

<Description du premier cas particulier>

...

[CPn] <Titre du n^{ième} cas particulier>

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

<Description du n^{ième} cas particulier>

Familles de PS concernées

Un cartouche de description des familles et sous-familles de professionnels de santé concernées par la règle est présent en en-tête des règles.

Les sigles utilisés dans ce cartouche ont la signification suivante :

Pour les familles de Professionnel de Santé :

- Réservé pour utilisation future
- **FR** : Fournisseurs
- **PH** : Pharmacie
- **LB** : Laboratoire
- **AM** : Auxiliaires Médicaux
- **PR** : Prescripteurs

[RG_XXxxx] <Le titre de la règle>

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les sous-familles de Professionnel de Santé :

- **M** : Médecins
- **CD** : Chirugiens-Dentistes
- **SF** : Sages-Femmes

Les familles ou sous-familles **concernées** apparaissent en texte noir.

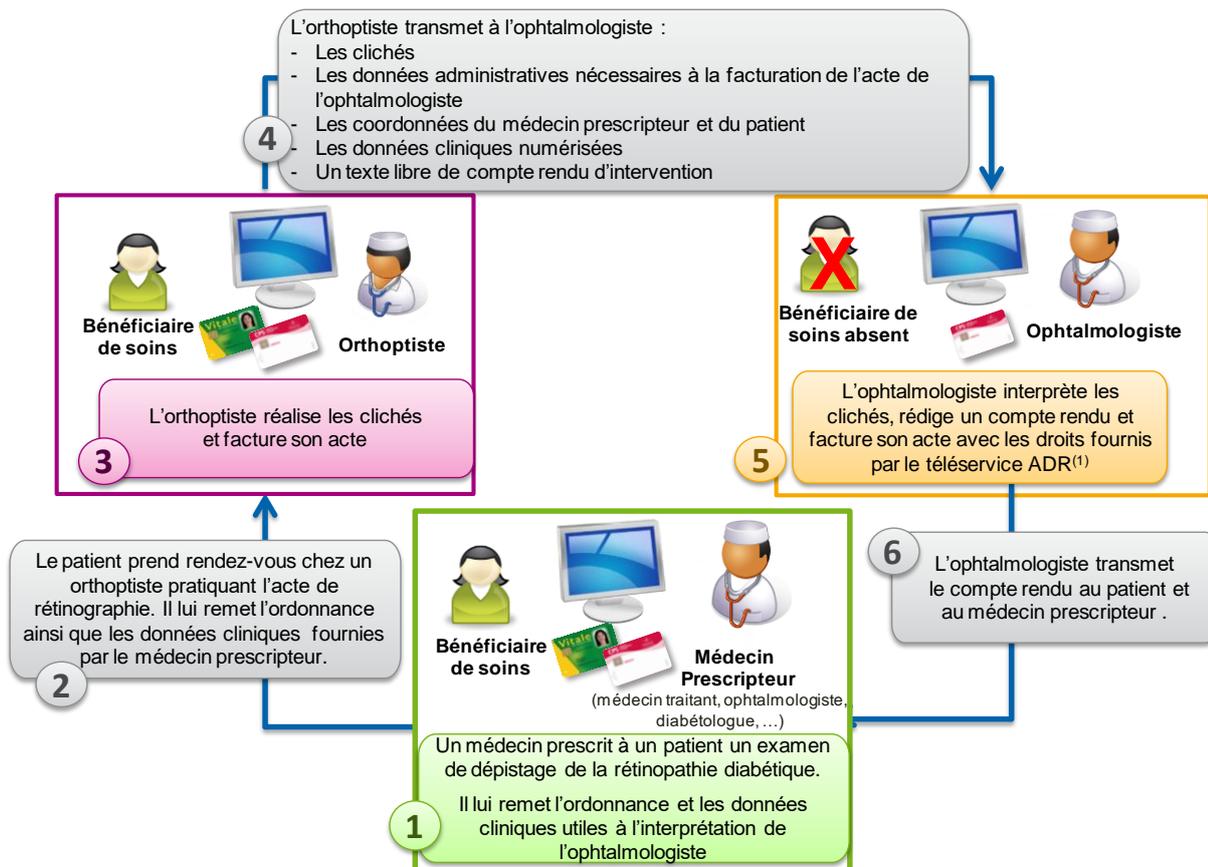
Les familles ou sous-familles **non concernées** apparaissent en texte gris.

2 Cadrage fonctionnel

Contexte

La rétinopathie diabétique (RD) est une des causes principales de malvoyance et de cécité évitable en France. Actuellement, son dépistage est réalisé, dans la plupart des cas, par les ophtalmologistes à leur cabinet avec parfois l'aide d'un orthoptiste salarié. La pratique actuelle du dépistage de la RD ne permet pas d'atteindre les objectifs du dépistage tels qu'ils sont recommandés par la Haute Autorité de Santé.

Un nouveau processus organisationnel est mis en place pour faciliter ce dépistage. Il se décompose en 6 étapes, qui sont décrites dans le schéma ci-dessous.



⁽¹⁾ADR : téléservice de consultation des droits de l'Assurance Maladie, intégré au logiciel SESAM-Vitale, permettant de disposer des droits nécessaires à la facturation à partir du NIR et de l'organisme d'affiliation de l'assuré, et du NIR (optionnel), de la date de naissance et du rang de naissance du bénéficiaire de soins

Figure 1 : Processus organisationnel

L'inscription des actes de dépistage de la RD avec lecture différée aux nomenclatures ophtalmologistes (CCAM) et orthoptistes (NGAP) doit permettre d'améliorer ce dépistage et la prise en charge des patients diabétiques.

Cas de l'orthoptiste

Deux nouveaux actes sont insérés au titre III « actes portant sur la tête », Chapitre II « Orbito-Ceil », dans l'article 2 « Orthoptie : actes avec enregistrements » de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

La facturation de ces nouveaux actes est différente selon le type de transmission électronique des données du patient entre l'orthoptiste et l'ophtalmologiste :

	Nouvel acte NGAP coté	Description	Résultat
Cas d'usage 1 – « Transmission distante »	AMY 6.7 – Acte de dépistage de la rétinopathie diabétique par rétinographie en couleur dans les conditions définies réglementairement avec télétransmission au médecin lecteur	« Transmission distante » du fichier échangé entre l'orthoptiste et l'ophtalmologiste depuis l'environnement technique de l'orthoptiste vers celui de l'ophtalmologiste en utilisant la messagerie MSSanté	Le système de facturation de l'orthoptiste doit générer le fichier [ASIP-CRRTN] qui contient notamment le fichier des données administratives du bénéficiaire de soins nécessaires à la facturation de l'ophtalmologiste.
Cas d'usage 2 – « Transmission locale » Rétinographie réalisée par un orthoptiste salarié d'un ophtalmologiste	AMY 6.1 – Acte de dépistage de la rétinopathie diabétique par rétinographie en couleur dans les conditions définies réglementairement avec transmission par autre moyen que la télétransmission au médecin lecteur	« Transmission locale » des informations au sein de l'environnement technique de l'ophtalmologiste	Le système de facturation de l'orthoptiste n'a pas à générer le fichier selon le document [ASIP-CRRTN]

Le cas d'usage 1 couvre les cas d'usage suivants :

- la rétinographie réalisée par l'orthoptiste libéral dans son cabinet, chez un ophtalmologiste ou dans un autre lieu,
- la rétinographie réalisée par l'orthoptiste salarié d'un centre de santé, dont la lecture différée est effectuée par un ophtalmologiste libéral,
- la rétinographie réalisée par l'orthoptiste salarié d'un centre de santé, dont la lecture différée est effectuée par ophtalmologiste salarié d'un autre centre de santé
- la rétinographie réalisée par l'orthoptiste libéral, dont la lecture différée est effectuée par ophtalmologiste salarié d'un centre de santé.

Le cas d'usage 2 couvre les cas d'usage suivants :

- la rétinographie réalisée par l'orthoptiste salarié d'un ophtalmologiste,
- la rétinographie réalisée par l'orthoptiste salarié d'un centre de santé, dont la lecture différée est effectuée par un ophtalmologiste salarié de ce même centre de santé.

Par convention de lecture, dans la suite du document, il faut comprendre que :

- Les fonctionnalités applicables à l'orthoptiste libéral sont applicables à toutes les situations du cas d'usage n°1.
- Les fonctionnalités applicables à l'orthoptiste salarié sont applicables à toutes les situations du cas d'usage n°2.

Cas de l'ophtalmologiste

Un nouvel acte est inséré au livre II de la CCAM, à la subdivision 02.01.04 « Photographie de l'oeil » : « **BGQP140** » - Lecture différée d'une rétinographie en couleur, sans la présence du patient.

L'ophtalmologiste facture systématiquement ce nouvel acte dans ce contexte de dépistage de rétinopathie diabétique.

Son système de facturation doit avoir intégré les évolutions de cet avenant pour utiliser les données transmises par un orthoptiste libéral.

La FSE est sécurisée en mode SESAM sans Vitale dès lors que l'ophtalmologiste facture un acte « **BGQP140** » et que les conditions sont réunies.

Les ophtalmologistes exerçant en centre de santé sont également prévus dans le dispositif de dépistage de rétinopathie diabétique.

Objet du document

L'objet de ce document est de décrire :

- le fichier des données administratives nécessaires à la facturation de l'ophtalmologiste (données d'identification du bénéficiaire de soins et de contexte de facturation), échangé entre les systèmes de facturation de l'orthoptiste libéral et de l'ophtalmologiste (étape n°4 du processus de Figure 1 : Processus organisationnel),
- l'alimentation **automatisée** des données de ce fichier par le système de facturation de l'orthoptiste libéral,
- l'utilisation des données de ce fichier par le système de facturation de l'ophtalmologiste, **sans contrainte d'automatisation du processus** :
- pour interroger le téléservice ADR, en référence aux documents [GI ADR] et [SFG ADR] et en fonction des données d'identification du bénéficiaire de soins,
- pour réaliser une FSE, en fonction des données de contexte de facturation.

L'enveloppe de transmission des éléments échangés entre les deux systèmes de facturation contenant :

- les 4 clichés des yeux,
- les données administratives nécessaires à la facturation de l'ophtalmologiste,
- les coordonnées du médecin prescripteur et du bénéficiaire de soins,
- les données cliniques d'orientation numérisées si fournies par le médecin prescripteur,
- un texte libre optionnel de compte-rendu d'intervention de l'orthoptiste est décrit dans le document [ASIP-CRRTN].

Processus

Le processus est différent selon que la rétinographie est réalisée par un orthoptiste libéral ou un orthoptiste salarié.

Orthoptiste libéral

Le schéma ci-après décrit le processus de dépistage coordonné de la RD dans le cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral.



Figure 2 : Présentation générale du processus de dépistage coordonné de la RD dans le cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral

Le processus doit suivre les étapes suivantes :

1. Le système de facturation de l'orthoptiste libéral
 - 1.1. facture un acte de rétinographie **AMY 6.7**,
 - 1.2. crée le fichier des données administratives du bénéficiaire de soins nécessaires à la facturation de l'acte de l'ophtalmologiste,
 - 1.3. crée l'enveloppe des éléments (cf. document [ASIP-CRRTN]),
 - 1.4. transmet les éléments via la messagerie MSSanté.
2. Le système de facturation de l'ophtalmologiste
 - 2.1. réceptionne l'enveloppe des éléments via la messagerie MSSanté,
 - 2.2. récupère les données administratives du bénéficiaire de soins pour la facturation de l'acte,

- 2.3. interroge le téléservice ADR et récupère les droits du bénéficiaire de soins,
- 2.4. facture l'acte de lecture différée d'une rétinographie **BGQP140**.

L'ophtalmologiste réalise son acte sans la présence du bénéficiaire de soins et peut le facturer en mode SESAM sans Vitale.

L'acte est pris en charge dans son intégralité par l'Assurance Maladie.

Orthoptiste salarie

Le schéma ci-après décrit le processus de dépistage coordonné de la RD dans le cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste salarié de l'ophtalmologiste.

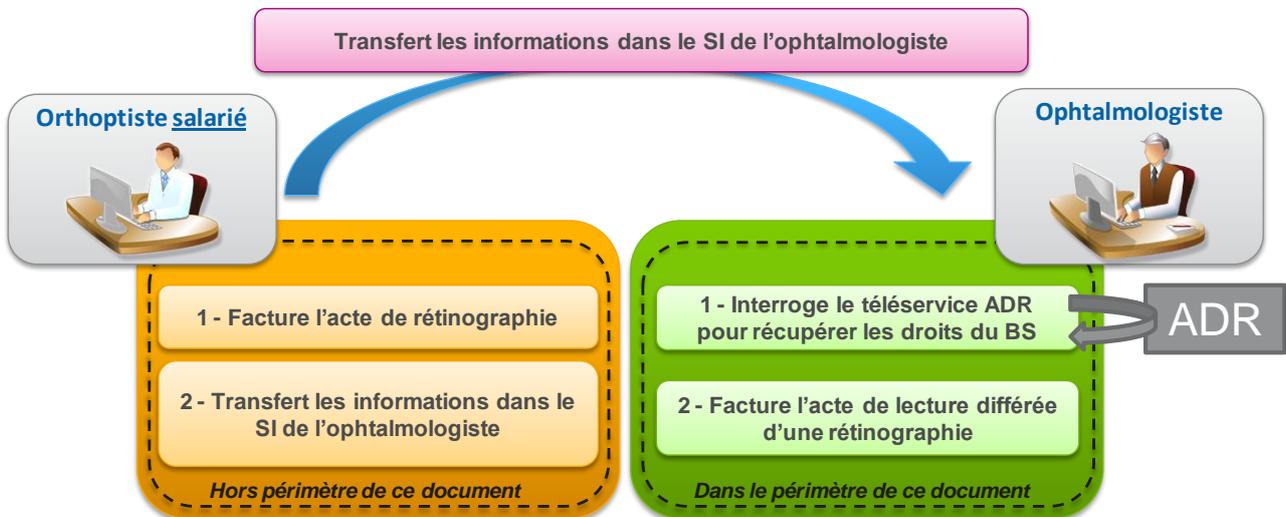


Figure 3 : Présentation générale du processus de dépistage coordonné de la RD dans le cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste salarié de l'ophtalmologiste

Le processus doit suivre les étapes suivantes :

1. Le système de facturation de l'orthoptiste salarié
 - 1.1. facture un acte de rétinographie **AMY 6.1**,
 - 1.2. transfert dans le SI de l'ophtalmologiste les données d'identification du bénéficiaire de soins et de contexte de facturation nécessaires à la facturation de l'acte de l'ophtalmologiste. Ces informations correspondent à celles spécifiées dans le fichier des données administratives.
2. Le système de facturation de l'ophtalmologiste
 - 2.1. interroge le téléservice ADR et récupère les droits du bénéficiaire de soins,
 - 2.2. facture l'acte de lecture différée d'une rétinographie **BGQP140**.

L'ophtalmologiste réalise son acte sans la présence du bénéficiaire de soins et peut le facturer en mode SESAM sans Vitale.

L'acte est pris en charge dans son intégralité par l'Assurance Maladie.

Illustration des cas d'usage

Orthoptiste libéral

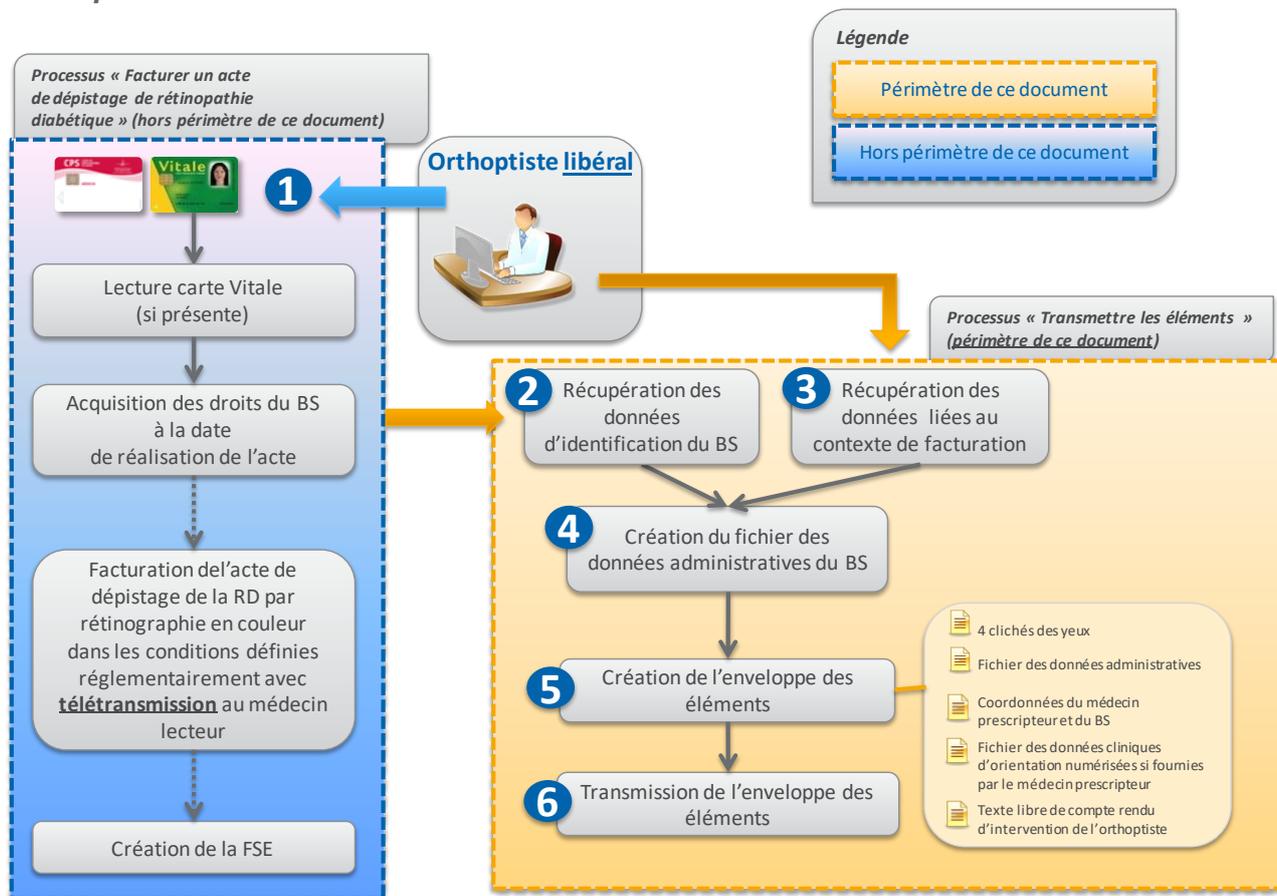


Figure 4 : Illustration du cas d'usage chez un orthoptiste libéral

Orthoptiste salarié

La facturation de l'acte et la transmission des informations du bénéficiaire de soins sont traitées par le système de facturation de l'ophtalmologiste et ne sont pas décrites dans ce document.

Ophtalmologiste

Deux cas d'usage sont possibles chez l'ophtalmologiste :

1. Cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral.
2. Cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste salarié.

Dans les deux cas, il réalise une FSE en mode SESAM sans Vitale.

Dans les deux cas, lorsque l'utilisation du téléservice ADR est demandé :

- L'ophtalmologiste s'appuie sur les droits du bénéficiaire de soins issus du téléservice ADR dès lors que ce service est proposé par le régime dont dépend le bénéficiaire de soins. Il s'appuie également sur les données de contexte de facturation récupérées par l'orthoptiste.

- Dans le cas où le téléservice ADR n'est pas proposé par le régime dont dépend le bénéficiaire de soins, ou l'appel au téléservice ADR est en échec, l'ophtalmologiste doit s'appuyer sur les données d'identification du bénéficiaire de soins et de contexte de facturation :
 - soit du fichier des données administratives dans le cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral,
 - soit de son SI dans le cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste salarié.

1 - Cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral.

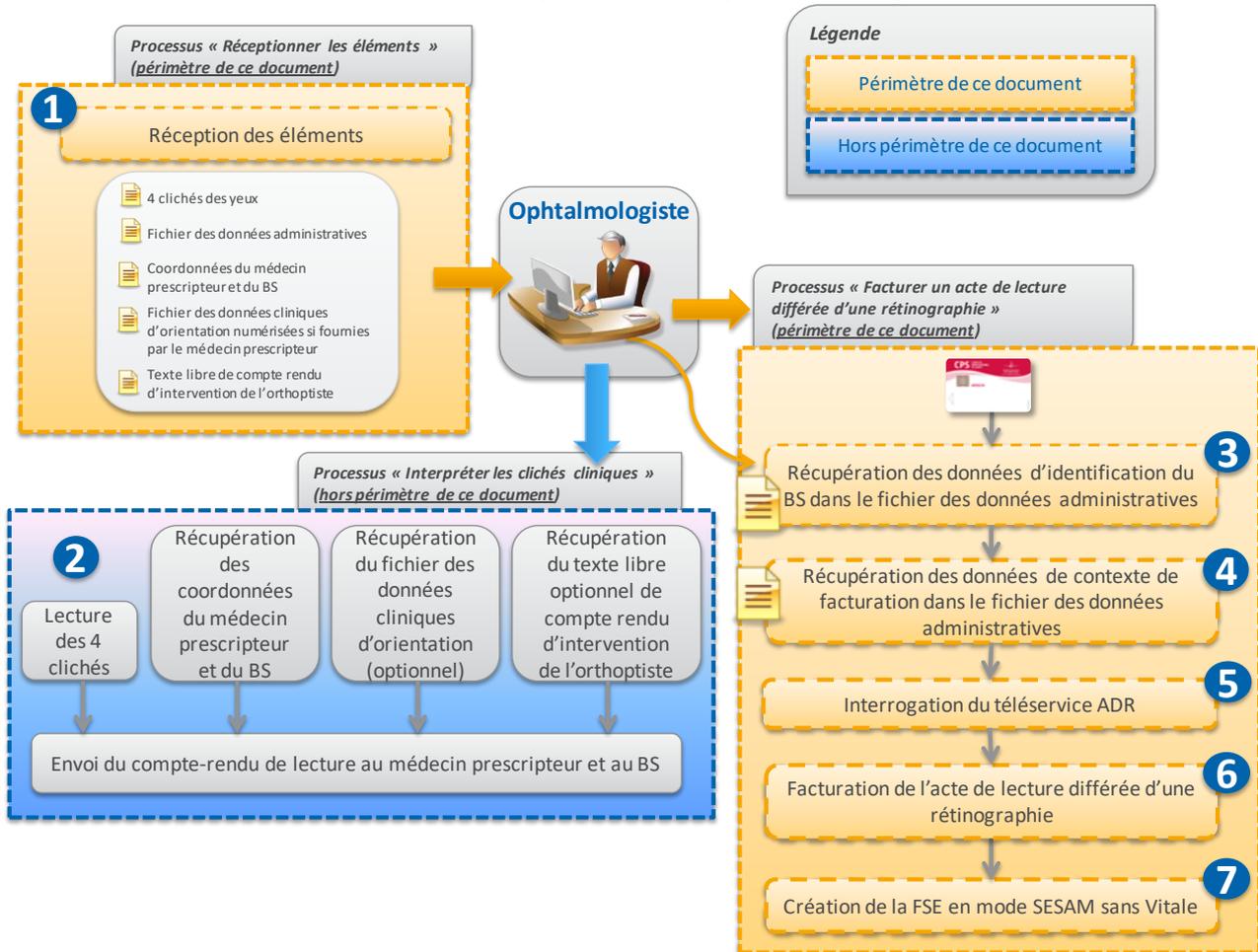


Figure 5 : Illustration du cas d'usage chez l'ophtalmologiste dans le cas d'une rétinographie réalisée par orthoptiste libéral

2 - Cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste salarié.

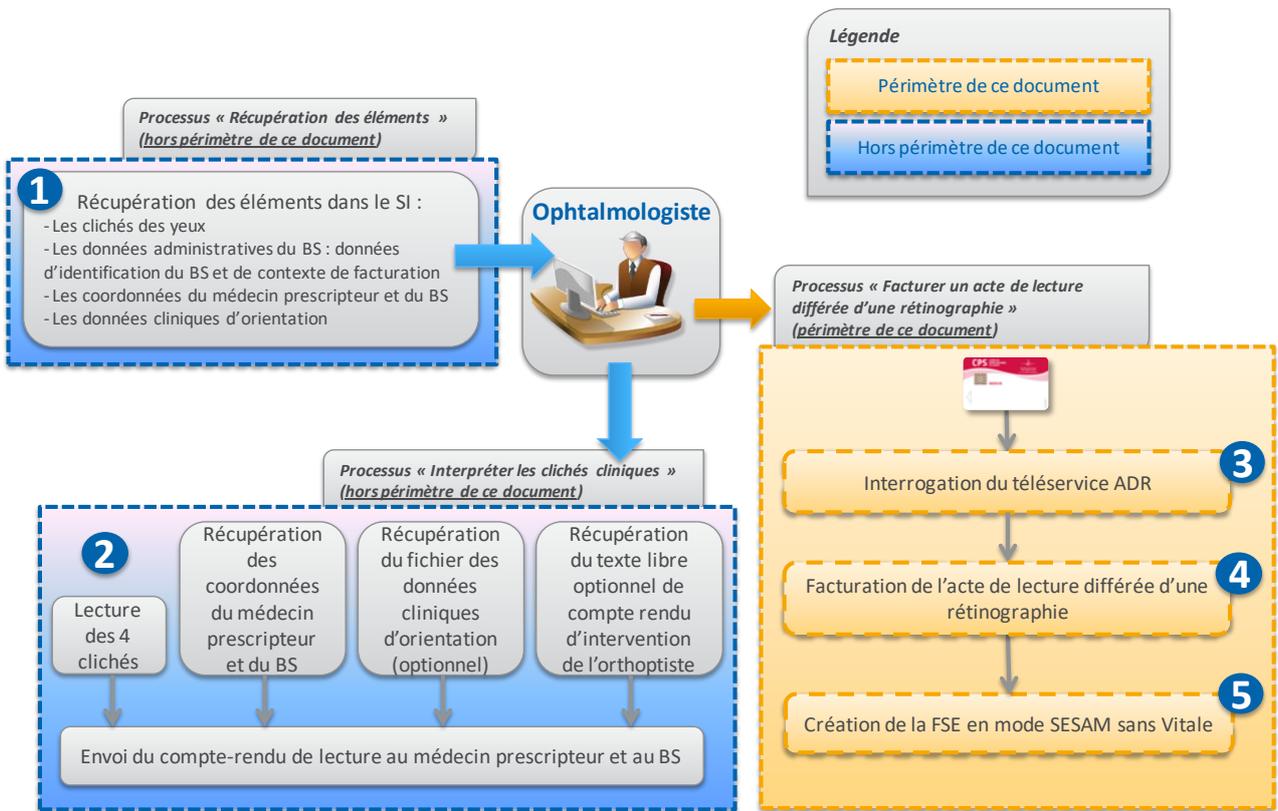


Figure 6 : Illustration du cas d'usage chez l'ophtalmologiste dans le cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste salarié

3 Spécifications des traitements

Préambule

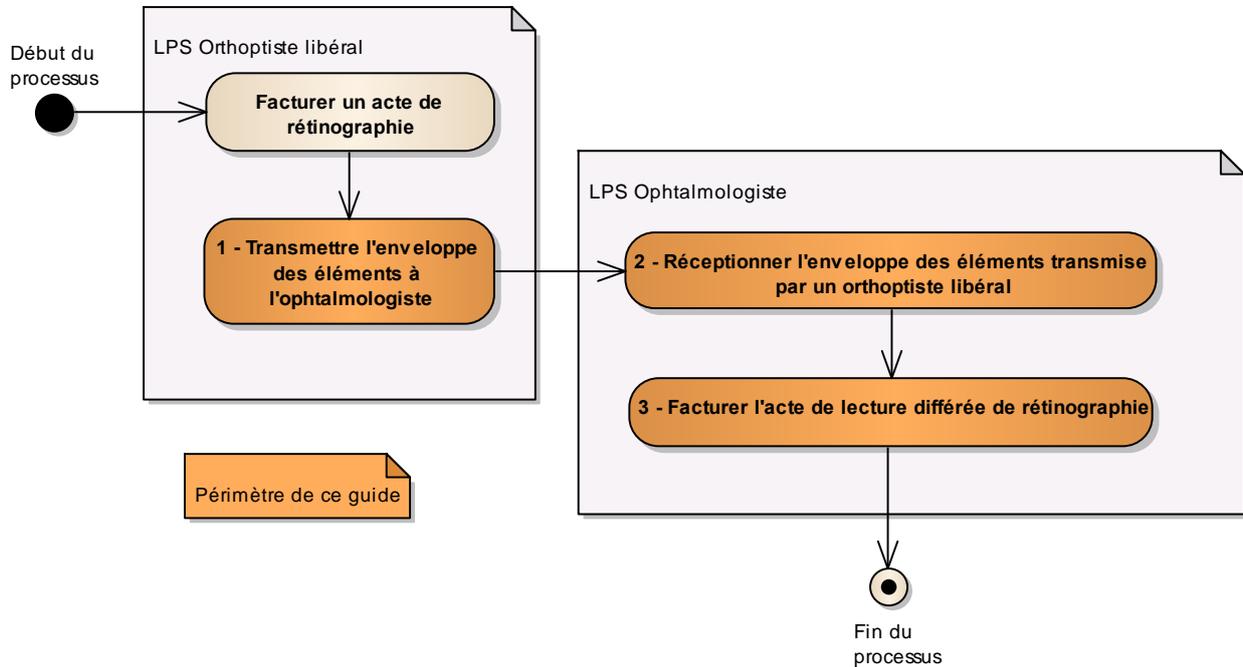


Figure 7 : Enchaînement du processus de dépistage de la rétinopathie diabétique en coopération entre l'orthoptiste et l'ophtalmologiste

Chez l'orthoptiste libéral, il s'agit de la transmission de l'enveloppe des éléments **à l'ophtalmologiste**.

Chez l'ophtalmologiste, il s'agit de :

- La réception de l'enveloppe des éléments transmise par un orthoptiste libéral.
- La facturation de l'acte de lecture différée de rétinographie.

Synthèse des impacts

Le tableau présente les impacts des traitements sur les systèmes de facturation :

- de l'orthoptiste libéral
- de l'ophtalmologiste, selon qu'il s'agisse d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral ou salarié.

Fonctionnalité	Système de facturation d'un orthoptiste libéral	Système de facturation d'un ophtalmologiste pour une rétinographie réalisée par un orthoptiste	
		libéral	salarié
§3.1.6 - Transmettre l'enveloppe des éléments à l'ophtalmologiste	X		
§3.2 - Réceptionner l'enveloppe des éléments transmise par un orthoptiste libéral		X	
§3.3 - Facturer l'acte de lecture différée de rétinographie			
§3.3.1 - Récupérer les données d'identification du bénéficiaire de soins		X	
§3.3.2 - Récupérer les données utiles à la détermination du contexte de facturation		X	
§3.3.3 - Récupérer les droits du bénéficiaire de soins en interrogeant le téléservice ADR		X	X
§3.3.4 - Déterminer les données pour facturer		X	X
§3.3.5 Elaborer la FSE		X	X

3.1 Transmettre l'enveloppe des éléments à l'ophtalmologiste



Ces traitements concernent uniquement le système de facturation de **l'orthoptiste libéral**.

Vue générale

Evènement déclencheur L'orthoptiste libéral lance le processus de mise à disposition des éléments à destination de l'ophtalmologiste s'il a réalisé une **FSE** dans le cadre d'un acte de dépistage de la RD par rétinographie en couleur dans les conditions définies réglementairement avec **télétransmission** au médecin lecteur (AMY 6.7).

Le système de facturation permet l'extraction des données administratives lorsque la FSE est sécurisée, en mode SESAM Vitale ou en mode dégradé.

Description L'orthoptiste informe le bénéficiaire de soins que ses données médico administratives et médicales vont être transmises à un ophtalmologiste et sollicite son accord pour cette transmission.

A l'issue de la facturation de l'acte de rétinographie, le système de facturation prépare un fichier des données administratives [EF_RD97] avec les données du bénéficiaire de soins nécessaires à la facturation de l'ophtalmologiste.

Conformément au document de spécifications de l'ASIP Santé [ASIP-CRRTN], le système de facturation constitue l'enveloppe des éléments à télétransmettre au système de facturation de l'ophtalmologiste. Cette enveloppe contient :

- Les clichés des yeux,
- Le fichier des données administratives du bénéficiaire de soins,
- Les coordonnées du médecin prescripteur et du bénéficiaire de soins,
- Les données cliniques d'orientation du médecin prescripteur numérisées (si fournies par le médecin prescripteur),
- Un texte libre optionnel de compte rendu d'intervention de l'orthoptiste.

Tous ces éléments sont transmis à l'ophtalmologiste pour lui permettre la réalisation et la facturation de son acte sans la présence du patient.

Entrées FSE en mode SESAM-Vitale ou FSE en mode SESAM-Vitale dégradé

Sorties Enveloppe des éléments transmis

Schéma

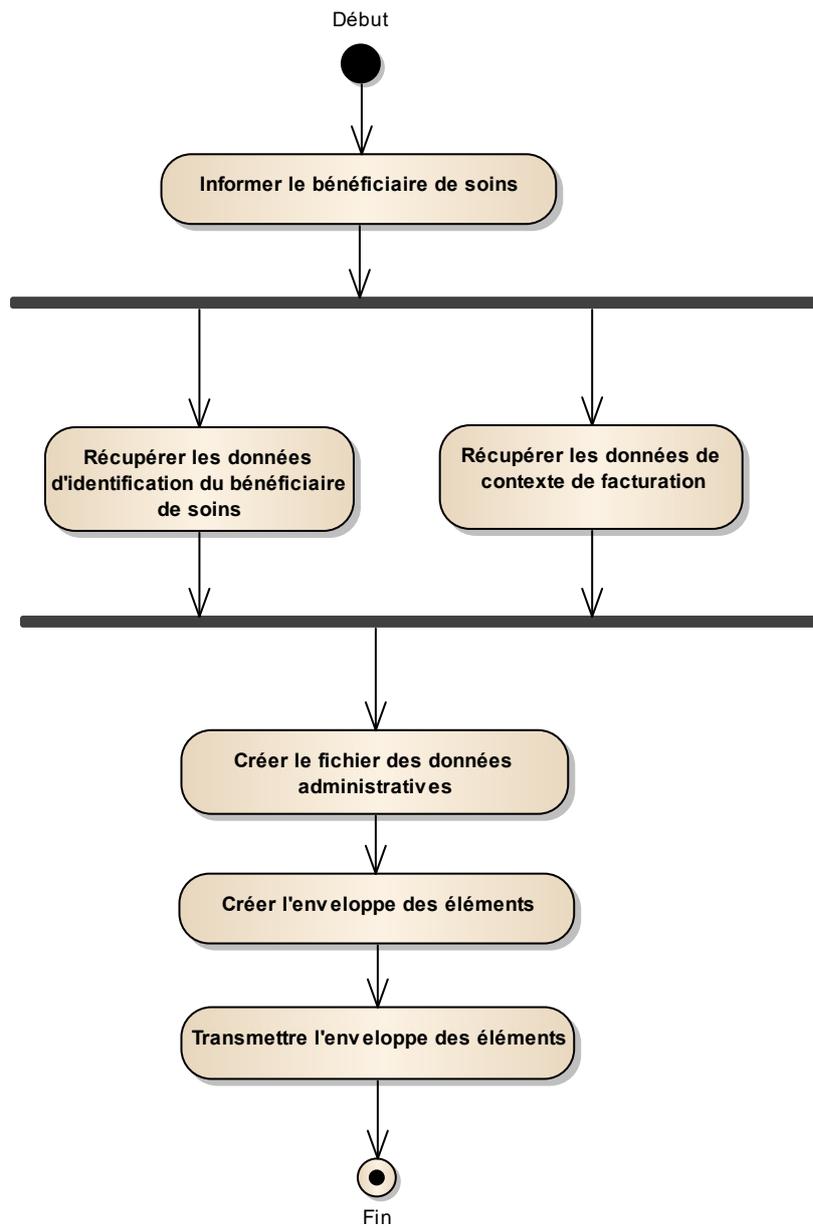


Figure 8 : Enchaînement général de la fonctionnalité « Transmettre l'enveloppe des éléments à l'ophtalmologiste »

3.1.1 Informer le bénéficiaire de soins

[RG_MF600] Informer le bénéficiaire de soins

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

L'orthoptiste informe le bénéficiaire de soins que ses données médico-administratives et médicales vont être transmises à l'ophtalmologiste et sollicite son accord pour cette transmission.

Le système de facturation affiche un message du type :

"Attention : pensez à informer votre patient que ses données médico administratives et médicales vont être transmises à un ophtalmologiste et à solliciter son accord pour cette transmission".

3.1.2 Récupérer les données d'identification du bénéficiaire de soins

[RG_MF601] Récupérer les données d'identification du bénéficiaire de soins

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation récupère les données d'identification du bénéficiaire de soins nécessaires à la facturation de l'ophtalmologiste.

Le tableau ci-après décrit l'alimentation des données du fichier [EF_RD97] par la correspondance avec une donnée de groupe SSV du système de facturation de l'orthoptiste, suite à la lecture de la carte Vitale.

Nom de la donnée dans le fichier des données administratives [EF_RD97]	←		Référence d'une donnée de groupe SSV
Données liées à l'identification du bénéficiaire de soins			
Bénéficiaire de soins	EF_RD002		
Nom usuel	01	←	104-01
Nom de famille	02	←	104-02
Prénom	03	←	104-03
NIR certifié	04	←	104-09
Clé du NIR certifié	05	←	104-10
Date de certification du NIR	06	←	104-11
Date de naissance	07	←	104-12
Situation administrative AMO	EF_RD009		
Rang de naissance	01	←	104-13
Assuré	EF_RD003		
NIR de l'assuré	01	←	101-08
Clé du NIR de l'assuré	02	←	101-09
Organisme AMO maladie	EF_RD004		
Code régime	01	←	101-10
Code caisse gestionnaire	02	←	101-11
Code centre gestionnaire	03	←	101-12



Cas particulier

[CP01] Absence de carte Vitale

En cas d'absence de la carte Vitale, les données liées à l'identification du bénéficiaire de soins, issues d'un autre support de droits, sont alimentées dans le fichier [EF_RD97] par les données du SI de l'orthoptiste et par la correspondance avec une donnée de groupe SSV du système de facturation de l'orthoptiste.

Nom de la donnée dans le fichier des données administratives [EF_RD97]	←	Référence d'une donnée de groupe SSV ou SI PS
Données liées à l'identification du bénéficiaire de soins		
Bénéficiaire de soins	<i>EF_RD002</i>	
Nom usuel	01 ←	SI de l'orthoptiste libéral
Nom de famille	02 ←	SI de l'orthoptiste libéral
Prénom	03 ←	SI de l'orthoptiste libéral
NIR certifié	04 ←	Non renseigné
Clé du NIR certifié	05 ←	
Date de certification du NIR	06 ←	
Date de naissance	07 ←	1130-04
Situation administrative AMO	<i>EF_RD009</i>	
Rang de naissance	01 ←	1130-05
Assuré	<i>EF_RD003</i>	
NIR de l'assuré	01 ←	1130-02
Clé du NIR de l'assuré	02 ←	1130-03
Organisme AMO maladie	<i>EF_RD004</i>	Renseigné si la nature d'assurance est maladie ou maternité (code nature d'assurance = « 10 », « 13 » ou « 30 »).
Code régime	01 ←	1310-01
Code caisse gestionnaire	02 ←	1310-02
Code centre gestionnaire	03 ←	1310-03

3.1.3 Récupérer les données de contexte de facturation

[RG_MF602] Récupérer les données de contexte de facturation

	PR		AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation récupère les données de contexte de la facturation.

Le tableau ci-après décrit l'alimentation des données du fichier [EF_RD97].

Contexte Facture

Nom de la donnée dans le fichier des données administratives [EF_RD97]		←	Référence d'une donnée de groupe SSV												
Contexte facture	EF_RD040														
Code nature d'assurance	01	←	Indique la nature d'assurance renseignée dans la facture réalisée chez l'orthoptiste. Cette donnée peut prendre les valeurs :												
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valeurs</th> <th>Si groupe SSV présent ...</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>« 10 » - Risque Maladie</td> <td>[1511] et le bénéficiaire de soins ne dépend pas du régime Alsace-Moselle ⁽¹⁾</td> </tr> <tr> <td>« 13 » - Risque Maladie</td> <td>[1511] et le bénéficiaire de soins dépend du régime Alsace-Moselle ⁽¹⁾</td> </tr> <tr> <td>« 30 » - Risque Maternité</td> <td>[1512]</td> </tr> <tr> <td>« 41 » - Risque AT/MP</td> <td>[1513]</td> </tr> <tr> <td>« 22 » - Risque SMG</td> <td>[1515]</td> </tr> </tbody> </table>	Valeurs	Si groupe SSV présent ...	« 10 » - Risque Maladie	[1511] et le bénéficiaire de soins ne dépend pas du régime Alsace-Moselle ⁽¹⁾	« 13 » - Risque Maladie	[1511] et le bénéficiaire de soins dépend du régime Alsace-Moselle ⁽¹⁾	« 30 » - Risque Maternité	[1512]	« 41 » - Risque AT/MP	[1513]	« 22 » - Risque SMG	[1515]
Valeurs	Si groupe SSV présent ...														
« 10 » - Risque Maladie	[1511] et le bénéficiaire de soins ne dépend pas du régime Alsace-Moselle ⁽¹⁾														
« 13 » - Risque Maladie	[1511] et le bénéficiaire de soins dépend du régime Alsace-Moselle ⁽¹⁾														
« 30 » - Risque Maternité	[1512]														
« 41 » - Risque AT/MP	[1513]														
« 22 » - Risque SMG	[1515]														

⁽¹⁾ : Le système de facturation peut déterminer si le bénéficiaire de soins dépend du régime Alsace-Moselle à partir du code situation, en sortie de la lecture de la carte Vitale (donnée du groupe SSV [106-04]), selon la règle suivante :

- pour les régimes 01, 14, 15, 91 à 99, si le code situation est dans la liste {0105, 0106, 0107, 0108, 0109, 0110}
- pour le régime 02, si le code situation est dans la liste {0205, 0206, 0207, 0225, 0226, 0227}

Natures d'assurance

Ces informations viennent en complément de la nature d'assurance définie précédemment dans le contexte facture (EF_RD040.1) :

Nom de la donnée dans le fichier des données administratives [EF_RD97]		←	Référence d'une donnée de groupe SSV
Nature d'assurance maladie		<i>EF_RD041</i>	
Date d'accident de droit commun	01	←	1511-01
Nature d'assurance maternité		<i>EF_RD042</i>	
Date de maternité	01	←	1512-01
Nature d'assurance AT_MP		<i>EF_RD043</i>	
Date de l'AT ou MP	01	←	1513-01
Identifiant de l'AT ou MP	02	←	1513-02
Clé du n° de l'AT ou MP	03	←	1513-03
Organisme AMO AT_MP		<i>EF_RD044</i>	
Renseigné si la nature d'assurance est AT/MP (code nature d'assurance = « 41 »)			
Code régime	01	←	1310-01
Code caisse gestionnaire	02	←	1310-02
Code centre gestionnaire	03	←	1310-03



Ces entités fonctionnelles sont présentes dans le fichier des données administratives uniquement lorsque la ou les données les composant sont renseignées.

Exonération du bénéficiaire de soins

Cette entité fonctionnelle est renseignée dans le fichier des données administratives uniquement lorsque le bénéficiaire de soins est en ALD : la valeur du code ALD, en sortie de la lecture de la carte Vitale (donnée du groupe SSV [106-03]) est égale à 1, 2 ou 3.

Nom de la donnée dans le fichier des données administratives [EF_RD97]		←	Référence d'une donnée de groupe SSV
Contexte exonération du bénéficiaire de soins		<i>EF_RD050</i>	
Code conformité au protocole de soins ALD	01	←	Ce code prend la valeur « 1 », les soins sont en rapport avec l'ALD, si la donnée 1820-02 (code justification d'exonération du ticket modérateur) vaut « 4 ».

Complémentaire réglementaire

Ce code est créé spécifiquement dans le cadre de ce dispositif pour véhiculer l'information de présence d'une complémentaire réglementaire dans le fichier des données administratives.

Nom de la donnée dans le fichier des données administratives [EF_RD97]		←	Référence d'une donnée de groupe SSV
Contexte complémentaire réglementaire		EF_RD060	
Code contexte complémentaire réglementaire	01	←	<p>Ce code peut prendre les valeurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « 100 » : droits à la CMU-C C2S, si la FSE a été élaborée au titre d'une CMU-C C2S : la donnée [1321-01] - « Type de contrat » = « 89 » • « 101 » : complémentaire ACS avec un contrat A si la donnée [1321-01] – « Type de contrat » = « 91 » • « 102 » : complémentaire ACS avec un contrat B si la donnée [1321-01] – « Type de contrat » = « 92 » • « 103 » : complémentaire ACS avec un contrat C si la donnée [1321-01] – « Type de contrat » = « 93 » • « 104 » : droits à l'AME, si la donnée [1321-02] - « N° organisme complémentaire » = « 75500017 » ET la donnée [1610-7] - « Qualificatif de la dépense » = « N » ⁽¹⁾

⁽¹⁾ : règle de détermination uniquement dans le cadre de ce dispositif avec facturation d'un acte de rétinographie AMY 6.7 : [1610-04] = « AMY » et [1610-08] = « 6.7 ».

3.1.4 Créer le fichier des données administratives

[RG_MF606] Créer le fichier des données administratives (EF_RD97)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation crée le fichier des données administratives [EF_RD97] à partir :

- des données d'identification du bénéficiaire de soins (description en RG_MF601),
- des données de contexte de facturation (description en RG_MF602).

Ce fichier est au format XML, les spécifications techniques sont décrites au §5 Eléments techniques.



Le fichier des données administratives est complété par les éléments non fonctionnels suivants :

Nom de la donnée dans le fichier des données administratives [EF_RD97]	←	Règle d'alimentation
Données médico-administratives	EF_RD100	
Version du modèle	01	← Permet de gérer l'interopérabilité en terme de version entre deux systèmes de facturation. Pour cette version d'avenant au CDC SV, cette donnée prend la valeur : « 1.0.0 ».
Date de création du fichier	02	← Date de création du fichier des données administratives sur le poste de l'orthoptiste

3.1.5 Créer l'enveloppe des éléments

[RG_MF608] Créer l'enveloppe des éléments

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système crée l'enveloppe des éléments (cf. document [ASIP-CRRTN]) contenant :

- les clichés des yeux,
- le fichier des données administratives (EF_RD97),
- les coordonnées du médecin prescripteur et du bénéficiaire de soins (le système doit permettre l'acquisition de ces informations),
- le fichier des données cliniques d'orientation numérisées, si celles-ci ont été fournies par le médecin prescripteur,

un texte libre optionnel de compte rendu d'intervention de l'orthoptiste (le système doit permettre l'acquisition de ces informations).

3.1.6 Transmettre l'enveloppe des éléments à l'ophtalmologiste

[RG_MF609] Transmettre l'enveloppe des éléments

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système transmet à l'ophtalmologiste l'enveloppe des éléments avec la messagerie MSSanté dans une pièce jointe du courriel au format zip (cf. [ASIP-CI-SIS-ECHANGE]).

Les 5 règles de gestion ci-après précisent les exigences liées à la transmission de l'enveloppe pour le système.

[RG_MF609.01] Interfacer le système avec la messagerie MSSanté

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système s'interface avec la messagerie MSSanté conformément au document [ASIP-DST-CLIENT-MSSANTE].

[RG_MF609.02] Créer la pièce jointe au courriel

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système crée la pièce jointe au courriel au format zip comprenant l'enveloppe des éléments conformément au document [ASIP-CI-SIS-ECHANGE].

[RG_MF609.03] Créer le courriel

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

L'objet et le corps du courriel sont libres en référence au document [ASIP-CI-SIS-ECHANGE].

L'objet du courriel du dispositif RD est structuré comme suit :

[CRRTN][*id*] *texte libre*

avec

- CRRTN : mnémonique imposé permettant d'identifier le dispositif RD, information placée entre [],
- *id* : identifiant du courriel sur cinq caractères numériques incrémenté de un à chaque nouveau courriel du dispositif RD, information placée entre [],
- *texte libre* : texte sans contrainte.

Exemple : [CRRTN][00123] dépistage rétinopathie diabétique

[RG_MF609.04] Transmettre le courriel en demandant un accusé de réception

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système transmet le courriel en demandant un accusé de réception.

[RG_MF609.05] Supprimer le courriel après réception de l'accusé de réception

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système supprime le courriel de la messagerie de l'orthoptiste après réception de l'accusé de réception de l'ophtalmologiste.

[RG_MF610] Supprimer l'enveloppe des éléments

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Conformément aux dispositions réglementaires (cf. §1.4 Texte réglementaire), le SI de l'orthoptiste conserve l'enveloppe des éléments et les éléments la constituant pendant une durée maximale de 30 jours après sa transmission à l'ophtalmologiste.

3.2 Réceptionner l'enveloppe des éléments transmise par un orthoptiste libéral



Ces traitements concernent uniquement le système de facturation de l'ophtalmologiste dans le cas d'une **rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral**.

Vue générale

Evènement déclencheur L'ophtalmologiste est sollicité pour une lecture de rétino-graphie.

Description Le système de facturation récupère l'enveloppe des éléments transmise par l'orthoptiste **libéral**.

Il effectue un contrôle de structure de l'enveloppe des éléments et du fichier des données administratives.

Entrées Réception de l'enveloppe des éléments transmise par l'orthoptiste

Sorties Eléments extraits et contrôlés

Règles de gestion

[RG_BS400] Réceptionner l'enveloppe des éléments

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système réceptionne la pièce jointe au format zip (cf. [ASIP-CI-SIS-ECHANGE]) du courriel transmis par un orthoptiste libéral avec la messagerie MSSanté et en extrait l'enveloppe des éléments.

Les 5 règles de gestion ci-après précisent les exigences liées à la réception de l'enveloppe par le système.

[RG_BS400.01] Interfacer le système avec la messagerie MSSanté

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système s'interface avec la messagerie MSSanté conformément au document [ASIP-DST-CLIENT-MSSANTE].

[RG_BS400.02] Identifier un courriel du dispositif RD

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

L'objet et le corps du courriel sont libres en référence au document [ASIP-CI-SIS-ECHANGE].

L'objet du courriel du dispositif RD est structuré comme suit :

[CRRTN][id] *texte libre*

avec

- CRRTN : mnémonique imposé permettant d'identifier le dispositif RD, information placée entre [],
- id : identifiant du courriel sur cinq caractères numériques incrémenté de un à chaque nouveau courriel du dispositif RD, information placée entre [],
- *texte libre* : texte sans contrainte.

Exemple : [CRRTN][00123] dépistage rétinopathie diabétique

[RG_BS400.03] Réceptionner le courriel du dispositif RD en transmettant un accusé de réception

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le courriel réceptionné du dispositif RD demande un accusé de réception.

Le système transmet un accusé de réception.

[RG_BS400.04] Extraire les fichiers de la pièce jointe au courriel

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La pièce jointe au courriel au format zip comprend l'enveloppe des éléments conformément au document [ASIP-CI-SIS-ECHANGE] :

[RG_BS400.05] Supprimer le courriel après intégration dans le SI de l'ophtalmologiste

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système supprime le courriel de la messagerie de l'ophtalmologiste après prise en compte des éléments du courriel dans son SI.

[RG_BS401] Contrôler l'enveloppe des éléments

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système contrôle la structure de l'enveloppe des éléments en s'appuyant sur le schéma XML correspondant au document [ASIP-CRRTN].

En cas d'anomalie, l'ophtalmologiste se mettra en contact avec l'orthoptiste.

[RG_BS402] Extraire les éléments de l'enveloppe

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation extrait les éléments de l'enveloppe (document [ASIP-CRRTN]) :

- les clichés des yeux,
- le fichier des données administratives (EF_RD97),
- les coordonnées du médecin prescripteur et du bénéficiaire de soins pour envoyer le compte rendu de lecture des clichés,
- le fichier des données cliniques d'orientation numérisées si celles-ci ont été fournies par le médecin prescripteur,
- un texte libre optionnel de compte rendu d'intervention de l'orthoptiste.

[RG_BS403] Contrôler le fichier des données administratives (EF_RD97)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation contrôle la structure du fichier des données administratives (EF_RD97) en s'appuyant sur le schéma XML dans la bonne version (Donnée « EF_RD100.02 Version du modèle »).

En cas d'anomalie, l'ophtalmologiste se mettra en contact avec l'orthoptiste.

[RG_BS404] Supprimer l'enveloppe des éléments

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système supprime de son SI l'enveloppe des éléments à l'issue de l'extraction des éléments.

3.3 Facturer l'acte de lecture différée de rétinographie

Vue générale

Evènement déclencheur L'ophtalmologiste a effectué un acte de lecture d'une rétinographie.

Description Pour facturer l'acte de lecture différée d'une rétinographie, le système de facturation doit :

- Récupérer les données d'identification du bénéficiaire de soins,
- Récupérer les données utiles à la détermination du contexte de facturation,
- Utiliser le téléservice ADR, pour récupérer les droits du bénéficiaire de soins (lorsque la nature d'assurance identifiée est maladie ou maternité),
- Constituer et sécuriser la FSE.

Seules les règles de facturation propres à cet acte sont spécifiées.

L'automatisation du processus est laissée au libre choix de l'éditeur.

Entrées Fichier des données administratives contrôlé

Sorties FSE créée

Schéma

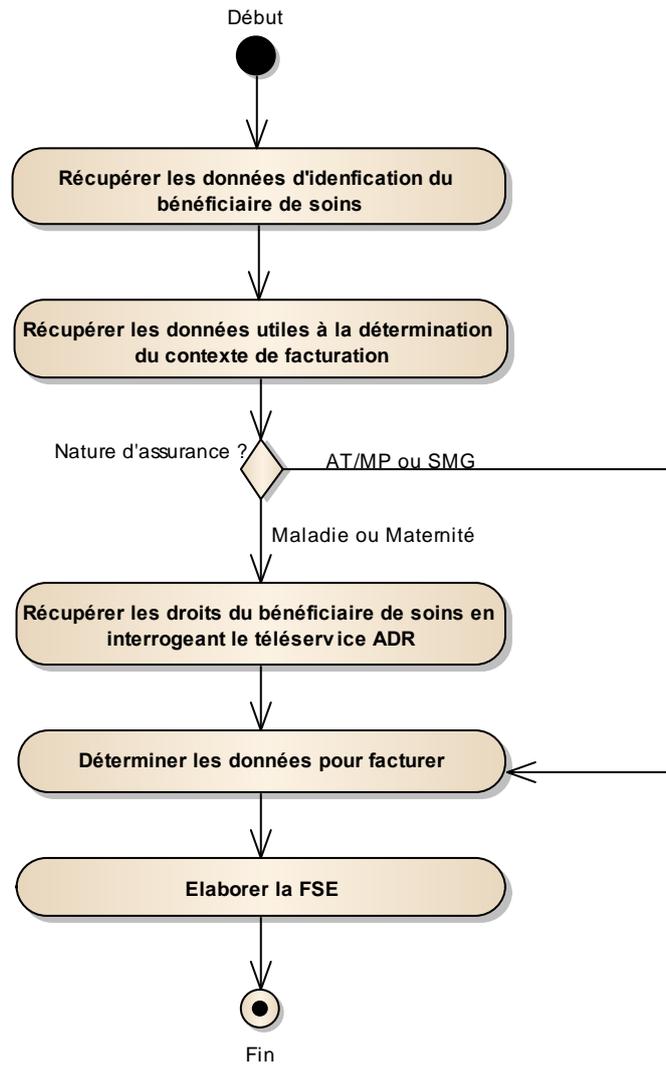


Figure 9 : Enchaînement générale de la fonctionnalité « Facturer l'acte de lecture différée de rétinographie »

3.3.1 Récupérer les données d'identification du bénéficiaire de soins



Ces traitements concernent uniquement le système de facturation de l'ophtalmologiste dans le cas d'une **rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral**

Règles de gestion

[RG_BS405] Récupérer les données d'identification du bénéficiaire de soins

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation récupère les données d'identification du bénéficiaire de soins à partir du fichier des données administratives (EF_RD97) :

Données issues du fichier des données administratives (EF_RD97) des entités		→	Correspondance avec une donnée du groupe SSV
Bénéficiaire de soins	EF_RD002	→	104
Assuré	EF_RD003	→	101
Organisme AMO maladie	EF_RD004	→	101
Situation administrative AMO	EF_RD009	→	104

[RG_BS406] Afficher les données d'identification du bénéficiaire de soins

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation affiche les données d'identification du bénéficiaire de soins.

3.3.2 Récupérer les données utiles à la détermination du contexte de facturation

-  Ces traitements concernent uniquement le système de facturation de l'ophtalmologiste dans le cas d'une **rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral**
-  Dans le cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste salarié, les informations de contexte de facturation sont issues du SI de l'ophtalmologiste.

Règles de gestion

[RG_CF401] Récupérer les données de contexte de facturation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation récupère les données de contexte de facturation à partir du fichier des données administratives (EF_RD97) transmis par le système de facturation de l'orthoptiste.

Il s'agit des entités suivantes :

Entités du fichier des données administratives (EF_RD97)	
Contexte facture	EF_RD040
Nature d'assurance maladie	EF_RD041
Nature d'assurance maternité	EF_RD042
Nature d'assurance AT/MP	EF_RD043
Organisme AMO AT/MP	EF_RD044
Contexte exonération du bénéficiaire de soins	EF_RD050
Contexte complémentaire réglementaire	EF_RD060

Domaine de valeur du code nature d'assurance (EF_RD040.1)_

Valeur	Interprétation
10	Risque Maladie (le bénéficiaire de soins ne dépend pas du régime Alsace-Moselle)
13	Risque Maladie (le bénéficiaire de soins dépend du régime Alsace-Moselle)
22	Contexte SMG
30	Risque Maternité
41	Risque AT/MP

Domaine de valeur du code conformité au protocole de soins ALD (EF_RD050.1)_

Valeur	Interprétation
01	les soins sont en rapport avec l'ALD



Domaine de valeur du code contexte complémentaire réglementaire (EF_RD060.1)

Valeur	Interprétation
100	CMU-C C2S
101	Complémentaire ACS avec un contrat A
102	Complémentaire ACS avec un contrat B
103	Complémentaire ACS avec un contrat C
104	AME



Cas d'erreur

[CE01] Incompatibilité liée à des écarts de socle fonctionnel

Lorsque le système de facturation de l'ophtalmologiste ne reconnaît pas une donnée dans les informations liées au contexte de facturation (donnée inconnue sur le périmètre fonctionnel pour lequel le système est agréé), celle-ci doit être ignorée.

[RG_CF402] Afficher les données de contexte de facturation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation doit afficher toutes les données de contexte de facturation pour permettre la facturation de l'acte.



L'ophtalmologiste peut identifier la nature d'assurance : maladie, maternité, AT/MP ou SMG.

3.3.3 Récupérer les droits du bénéficiaire de soins en interrogeant le téléservice ADR



Ces traitements concernent le système de facturation de l'ophtalmologiste dans le cas d'une **rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral ou salarié.**

Règles de gestion

[RG_BS407] Interroger le téléservice ADR

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Condition : Nature d'assurance « Maladie » et « Maternité » (ie code nature d'assurance (EF_RD_040.01) vaut « 10 », « 13 » ou « 30 »).

Le système de facturation interroge le téléservice ADR à partir des données d'identification du bénéficiaire de soins :

- Cf. RG_BS405 pour une rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral
- ou issues du SI de l'ophtalmologiste pour une rétinographie réalisée par un orthoptiste salarié.

Les données nécessaires à l'interrogation du téléservice ADR et les modalités d'appel du service sont décrites :

- dans le document [SFG ADR],
- dans le guide d'intégration [GI ADR] au « §2.2.1 – Données en entrée du service » et au « §3.2 – Mise en œuvre » avec le détail des assertions et contextes à renseigner.

[RG_BS408] Récupérer les informations de droits du bénéficiaire de soins issues de la réponse ADR

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation récupère les informations de droits du bénéficiaire de soins à partir des données acquises avec le téléservice ADR.

Ces données, ainsi que leur utilisation par le système de facturation, sont décrites :

- dans le document [SFG ADR],
- dans le guide d'intégration [GI ADR] au « §2.2.2 – Données en sortie du service ».

3.3.4 Déterminer les données pour facturer

Règles de gestion

[RG_BS409] Déterminer les données pour facturer

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le tableau ci-après détermine les données à utiliser en facturation pour les différentes natures d'assurance.

Différentes situations en fonction de la nature d'assurance (RD040.01) avec/sans ADR	Données issues du fichier des données administratives dans le cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral ou du SI de l'ophtalmologiste dans le cas d'une rétinographie réalisée par orthoptiste salarié						Données issues du téléservice ADR
	Données d'identification du BS (EF_RD002, EF_RD003, EF_RD009 et EF_RD004)	Données de contexte de facturation					
		Maladie (EF_RD041)	Maternité (EF_RD042)	AT/MP (EF_RD043) & Organisme AT/MP (EF_RD044)	Exonération du bénéficiaire de soins (EF_RD050)	Complémentaire réglementaire (EF_RD060)	
AT/MP	X			X			
SMG	X						
Maladie avec ADR		X			X		X
Maternité avec ADR			X				X
Maladie sans ADR	X	X			X	X	
Maternité sans ADR	X		X			X	

3.3.5 Elaborer la FSE



Ces traitements concernent le système de facturation de l'ophtalmologiste dans le cas d'une **rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral ou salarié**.

Préambule

L'acte **BGQP140** est pris en charge dans son intégralité par l'Assurance Maladie

- soit au titre d'une exonération du ticket modérateur :
 - exonérations liées à l'individu,
 - maternité,
 - AT/MP,
 - SMG,
- soit au titre d'une prise en charge du ticket modérateur :
 - **CMU** complémentaire **santé solidaire**,
 - complémentaire ACS,
 - AME.

A défaut, cette prise en charge s'effectue dans le cadre de la prévention « Soins dispensés en risque maladie et exonérés dans le cadre d'un dispositif de prévention ».



Aucune spécificité sur le processus d'acquisition des informations relatives à la prestation n'est liée à l'acte **BGQP140**.



Facturer dans le cadre d'un AT/MP

Le Professionnel de santé a la possibilité de facturer sur le risque AT si et seulement si, l'information lui a été transmise par l'orthoptiste dans le fichier des données administratives : nature d'assurance (EF_RD040.01) = « 41 ».

Ces données sont fonctionnellement équivalentes aux données du support AT qui aurait été présenté au PS s'il avait été en présence du bénéficiaire de soins : « Nature d'assurance AT/MP » (EF_RD043) et « Organisme AMO AT/MP » (EF_RD044).



Facturer dans le cadre des SMG

Lorsque le code nature d'assurance (EF_RD040.01) vaut « 22 », le système de facturation informe le PS que les soins sont pris en charge dans le cadre des SMG.

Le contexte de rétinopathie n'ouvre pas de possibilité à dépassements SMG et le code CCAM n'est pas soumis à entente préalable.

Aucune demande de prise en charge auprès de la Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale ne doit être réalisée et le montant total de la prise en charge SMG saisie par le Professionnel de Santé à partir de l'accord de prise en charge doit être non renseigné (cf §2.2 - CF99 de l'annexe 1-A3, RG_CF405).

Règles de gestion

Valoriser la prestation

[RG_VF400] Contrôler le reste à charge assuré

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En fin de facture, le système de facturation calcule et affiche le reste à charge assuré, c'est-à-dire : le montant total de la facture ([1910-2]) déduit du montant total remboursable AMO ([1910-3]) et déduit du montant total de la part complémentaire ([1910-6]).



Cas particulier

[CP01] Présence d'un reste à charge assuré

Dans le cas d'un reste à charge différent de 0, le système de facturation doit laisser la possibilité à l'ophtalmologiste de reprendre le processus de facturation. La prise en charge doit alors s'effectuer dans le cadre de la prévention « Soins dispensés en risque maladie et exonérés dans le cadre d'un dispositif de prévention ».

Règles de gestion

Constituer et sécuriser la FSE

[RG_CF313] Déterminer la nature de la pièce justificative AMO

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation indique la nature de pièce justificative AMO utilisée correspondant au support de droits AMO pour facturer. Il s'agit :

- soit de la nature de pièce justificative issue du téléservice ADR,
- soit de la valeur « 2 » pour « L'assuré a présenté sa Carte d'assuré social ou le Professionnel de Santé a consulté le fichier patient par télématique » lorsque le support de droits utilisés est le fichier des données administratives.

[CP1] Nature d'assurance SMG

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas particulier d'une facture en nature d'assurance SMG, la nature de pièce justificative AMO est renseignée à la valeur 1 : « L'assuré a présenté une attestation de droits... »

[RG_MF003] Déterminer le mode de sécurisation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas spécifique du dépistage de la rétinopathie diabétique en coopération entre l'orthoptiste et l'ophtalmologiste, la FSE est créée en mode de sécurisation SESAM sans Vitale.

PR			AM	LB	PH	FR	TR
----	--	--	----	----	----	----	----

[RG_MF611] Supprimer les éléments

M	CD	SF						
---	----	----	--	--	--	--	--	--

Conformément aux dispositions réglementaires (cf. §1.4 Texte réglementaire), le SI de l'ophtalmologiste conserve le fichier des données administratives et les données issues de ce fichier pendant une durée maximale de 90 jours.

4 Description des entités fonctionnelles composant le fichier des données administratives (EF_RD97)

Schéma

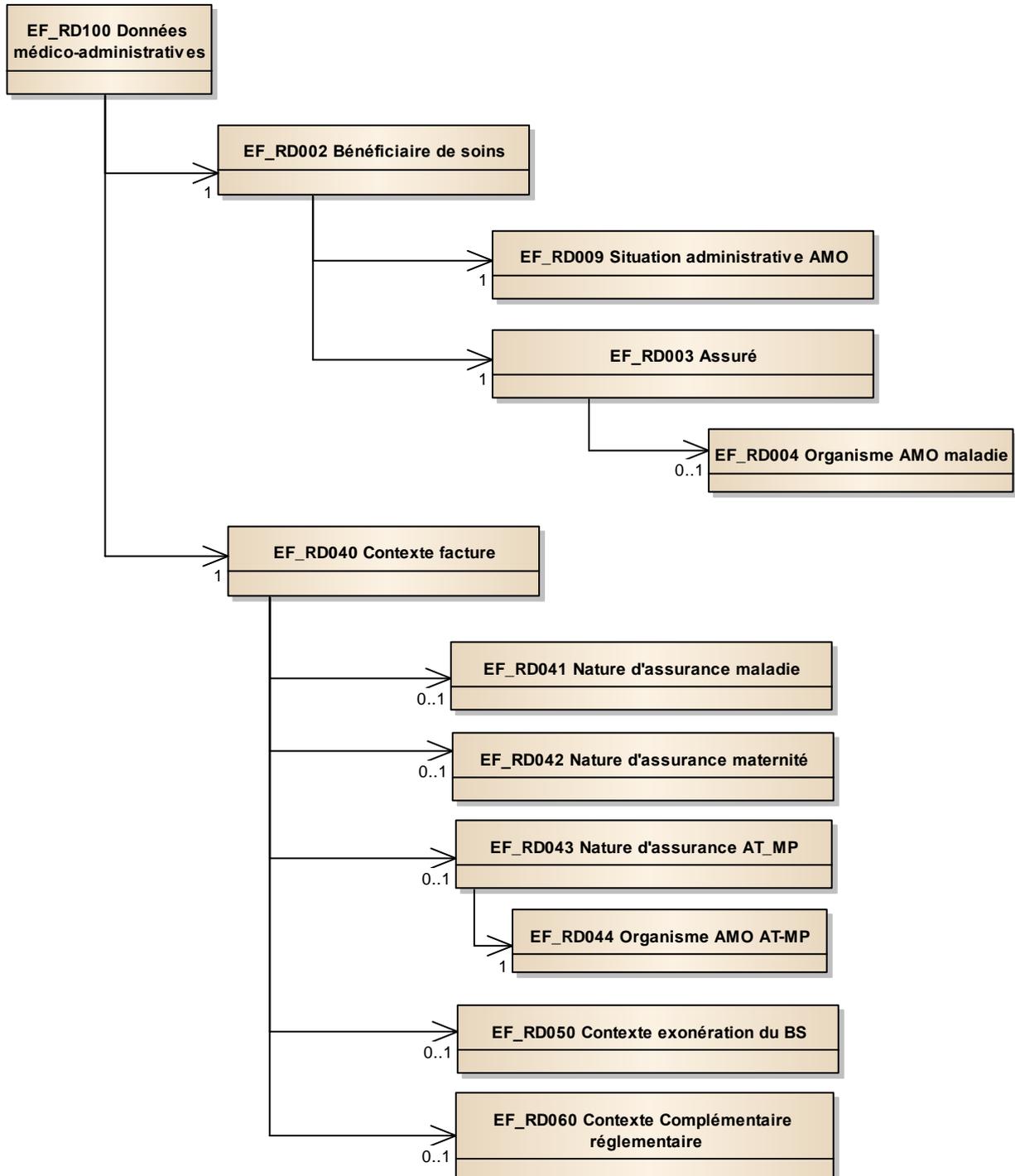


Figure 10 : Relations entre les entités fonctionnelles du fichier des données administratives

Format fonctionnel

Chaque donnée du modèle correspond à l'un des formats fonctionnels suivants :

Format fonctionnel	Lettre utilisée dans les tableaux présentant les données fonctionnelles
Clé	K
Code	C
Date	D
Libellé	L
Nombre	N

Données

Le tableau ci-après présente la liste des données contenues dans le fichier des données administratives.

	Nom	Occurrence	Format
EF_RD100	Données médico-administratives	1	
01	Version du modèle	1	D
02	Date de création du fichier	1	N
EF_RD002	Bénéficiaire de soins	1	
01	Nom usuel	0..1	L
02	Nom de famille	0..1	L
03	Prénom	0..1	L
04	NIR certifié	0..1	L
05	Clé du NIR certifié	0..1	K
06	Date de certification du NIR	0..1	D
07	Date de naissance	1	D
EF_RD003	Assuré	1	
01	NIR de l'assuré	1	L
02	Clé du NIR de l'assuré	1	K
EF_RD009	Situation administrative AMO	1	
01	Rang de naissance	1	L
EF_RD004	Organisme AMO maladie	0..1	
01	Code régime	1	C
02	Code caisse gestionnaire	1	C
03	Code centre gestionnaire	1	C
EF_RD040	Contexte facture	1	
01	Code nature d'assurance	1	C

	Nom	Occurrence	Format
EF_RD041	Nature d'assurance maladie ¹	0..1	
01	Date d'accident de droit commun	1	D
EF_RD042	Nature d'assurance maternité	0..1	
01	Date de maternité	1	D
EF_RD043	Nature d'assurance AT/MP	0..1	
01	Date de l'AT ou MP	1	D
02	Identifiant de l'AT ou MP	1	C
03	Clé du n° de l'AT ou MP	1	K
EF_RD044	Organisme AMO AT/MP	1	
01	Code régime	1	C
02	Code caisse gestionnaire	1	C
03	Code centre gestionnaire	1	C
EF_RD050	Contexte exonération du bénéficiaire de soins	0..1	
01	Code conformité au protocole de soins ALD	1	C
EF_060	Contexte complémentaire réglementaire	0..1	
	Code contexte complémentaire réglementaire	1	C

¹ L'entité fonctionnelle « Nature d'assurance maladie » est renseignée uniquement dans le cas où les soins sont dispensés dans le cadre d'un accident de droit commun. La donnée « Date d'accident de droits commun » (EF_RD041.01) est alors obligatoirement renseignée.

5 Éléments techniques

La section présente décrit le schéma XML du fichier des données administratives.

Balises XML <i>Gras : élément vide</i> <i>Italique : élément avec contenu</i>		Occurrence	Format	Données fonctionnelles
DonneesMedicoAdministrative		1		EF_RD100
	<i>Version</i>	1	AN	EF_RD100.01
	<i>DateCreation</i>	1	D	EF_RD100.02
BeneficiaireDeSoins		1		EF_RD002
	<i>NomUsuel</i>	0..1	AN	EF_RD002.1
	<i>NomDeFamille</i>	0..1	AN	EF_RD002.2
	<i>Prenom</i>	0..1	AN	EF_RD002.3
NIRCertifie		0..1		-
	<i>Num</i>	1	AN	EF_RD002.4
	<i>Cle</i>	1	AN	EF_RD002.5
	<i>DateCertificationDuNIR</i>	0..1	D	EF_RD002.6
	<i>DateDeNaissance</i>	1	DL	EF_RD002.7
SituationAdministrativeAMO		1		EF_RD009
	<i>RangDeNaissance</i>	1	N	EF_RD009.1
Assure		1		EF_RD003
NIRAssure		1		-
	<i>Num</i>	1	AN	EF_RD003.1
	<i>Cle</i>	1	AN	EF_RD003.2
OrganismeAMOMaladie		0..1		EF_RD004
	<i>CodeRegime</i>	1	AN	EF_RD004.1
	<i>CodeCaisseGestionnaire</i>	1	AN	EF_RD004.2
	<i>CodeCentreGestionnaire</i>	1	AN	EF_RD004.3
ContexteFacture		1		EF_RD040
	<i>CodeNatureAssurance</i>	1	AN	EF_RD040.1
NatureAssuranceMaladie		0..1		EF_RD041
	<i>DateAccidentDroitCommun</i>	1	D	EF_RD041.1

Balises XML		Occurrence	Format	Données fonctionnelles
Gras : élément vide <i>Italique</i> : élément avec contenu				
	NatureAssuranceMaternite	0..1		EF_RD042
	<i>DateMaternite</i>	1	D	EF_RD042.1
	NatureAssuranceATMP	0..1		EF_RD043
	<i>DateATMP</i>	1	D	EF_RD043.1
	<i>IdentifiantATMP</i>	1	AN	EF_RD043.2
	<i>CleATMP</i>	1	AN	EF_RD043.3
	OrganismeAMOATMP	1		EF_RD044
	<i>CodeRegime</i>	1	AN	EF_RD044.1
	<i>CodeCaisseGestionnaire</i>	1	AN	EF_RD044.2
	<i>CodeCentreGestionnaire</i>	1	AN	EF_RD044.3
	ContexteExonerationDuBS	0..1		EF_RD050
	<i>CodeConformiteAuProtocoleDeSoinsALD</i>	1	AN	EF_RD050.1
	ContexteComplementaireReglementaire	0..1		EF_RD060
	<i>CodeContexteComplementaire</i>	1	AN	EF_RD060.1