



# **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

<b>1</b>	<b>Introduction .....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Contexte de facturation au regard de la part complémentaire .....</b>	<b>5</b>
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
<b>3</b>	<b>Périmètre fonctionnel des STS .....</b>	<b>39</b>
<b>4</b>	<b>Évolution des STS .....</b>	<b>40</b>
<b>5</b>	<b>Fonctionnement général des STS .....</b>	<b>41</b>
<b>6</b>	<b>Présentation des groupes STS .....</b>	<b>43</b>
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
<b>7</b>	<b>Appel à la fonction « Assistance à la tarification » .....</b>	<b>60</b>
<b>8</b>	<b>Appel à la fonction « Tarification » .....</b>	<b>61</b>
<b>9</b>	<b>Traitements sur l'interface .....</b>	<b>62</b>
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
<b>10</b>	<b>Changement des éléments de facturation .....</b>	<b>69</b>

---

# 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<sup>ième</sup> cas particulier>

<Description du n<sup>ième</sup> 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<sup>ième</sup> situation particulière >

<Description de la n<sup>ième</sup> 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				
M	CD	SF	M	B	H	FR			

**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).

<b>Entrées</b>	« 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
<b>Sorties</b>	« convention applicable »	EF_CF14
	« contexte facture complémentaire »	EF_CF03
<b>Situations spécifiques</b>	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

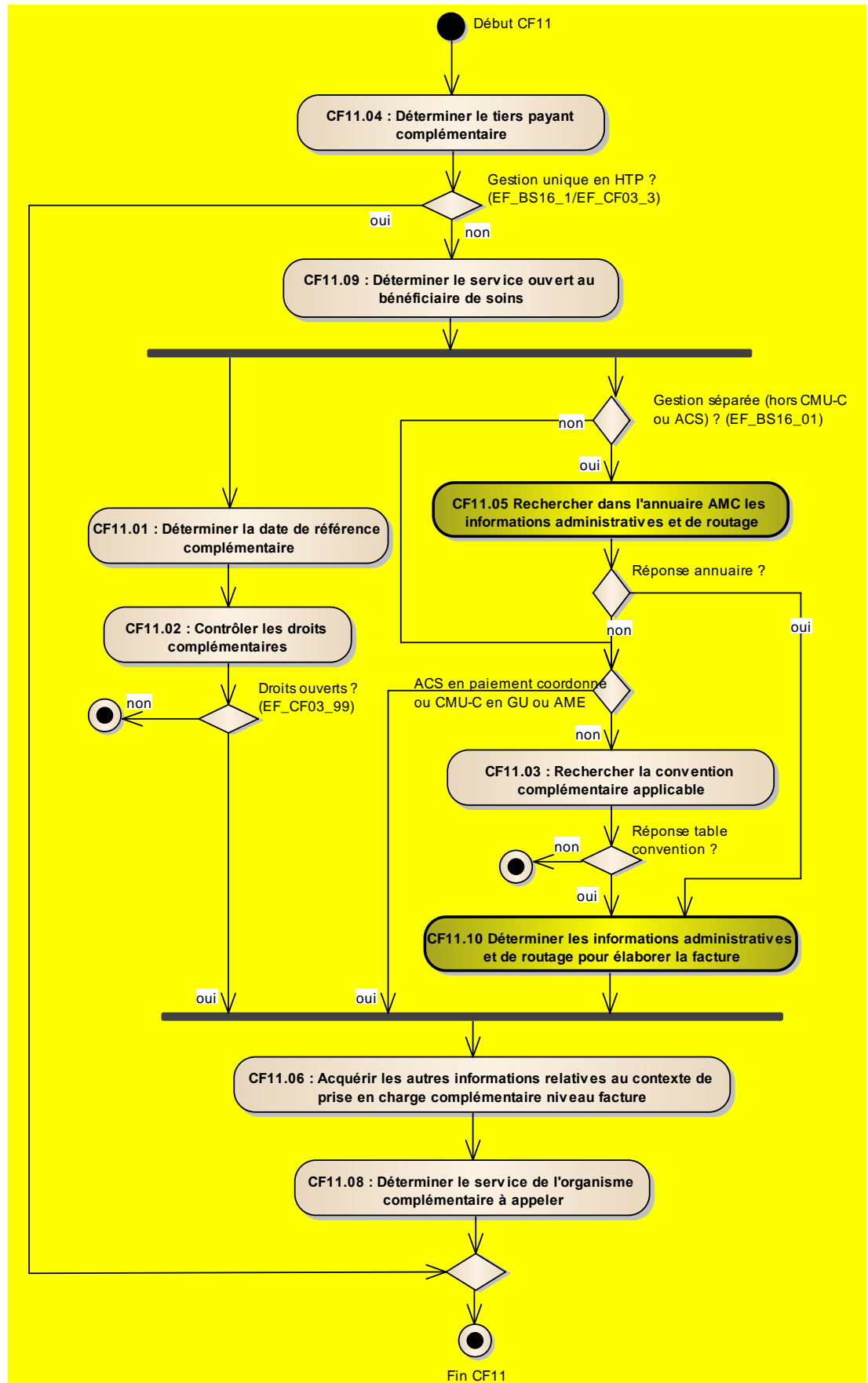


Figure 1 : Enchaînement des tâches de l'opération CF11 « Acquérir le contexte de la part complémentaire niveau facture »

---

### **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).

<b>Entrées</b>	« 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
	<b>Sorties</b>		
	« convention applicable »		EF_CF14
<b>Situations spécifiques</b>	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

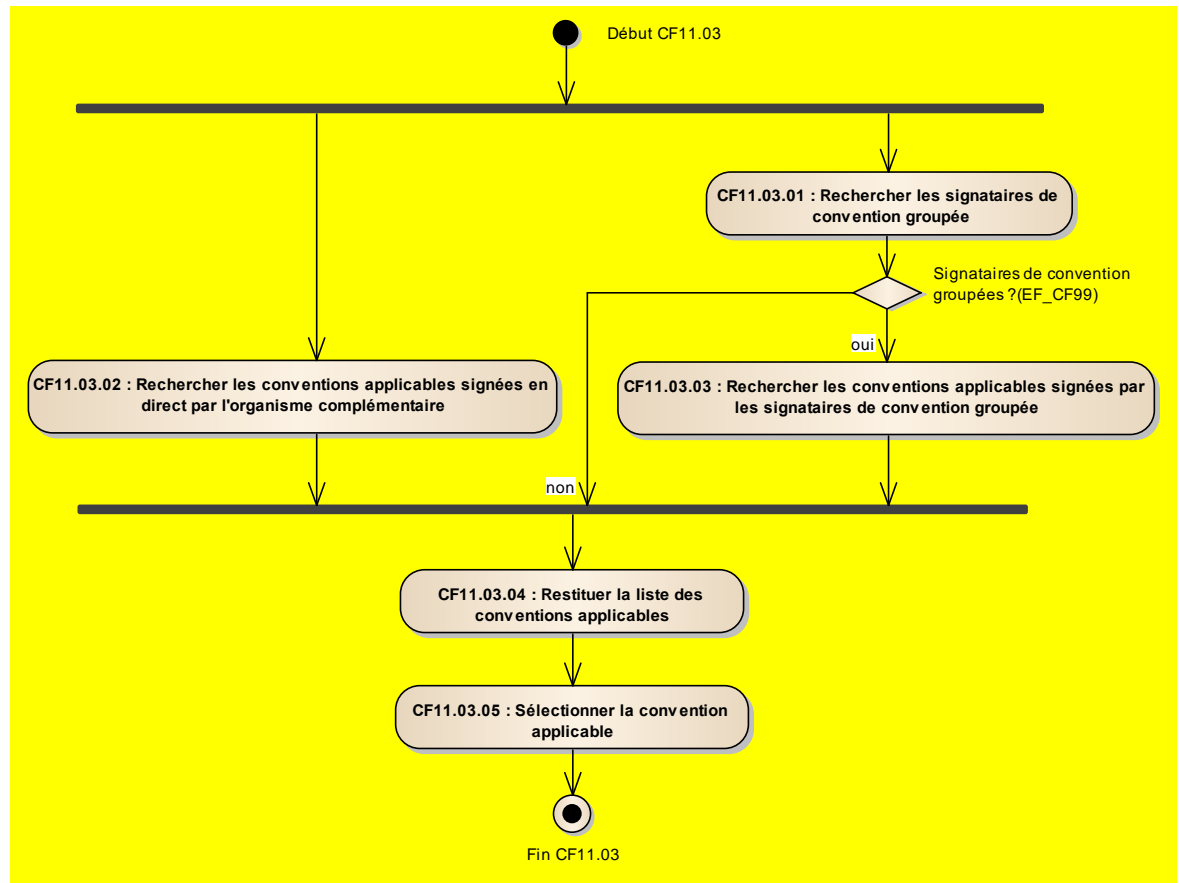


Figure 2 : Enchaînement de la tâche CF11.03 « Rechercher la convention applicable »

## 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	ES
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	ES
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 issus du support de droits  <i>Pour le Régime Agricole, si le 5<sup>ème</sup> caractère (correspond au 3<sup>ème</sup> 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	
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.

<b>Entrées</b>	« 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
<b>Sorties</b>	« 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	
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)**



**[RG\_CF365] [CP1] – Plusieurs valeurs de types de conventions ou de critères secondaires**

PR			AM	LB	PH	FR	SE
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

**[RG\_CF366] Rechercher les conventions signées en direct en gestion unique**

PR			AM	LB	PH	FR	SE
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<sup>ème</sup> caractère (correspond au 3<sup>ème</sup> 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)  <del>A partir du support de droits ou de la table de correspondance</del>
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).

<b>Entrées</b>	« 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
	<del>« critères recherche conventionnelle type 2 »</del>	<del>EF_BS24</del>
	« 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

**[RG\_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)**

**M** - Cas particuliers

**[RG\_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  Pour le Régime Agricole, si le 5 <sup>ème</sup> caractère (correspond au 3 <sup>ème</sup> caractère du code caisse gestionnaire) est égal à « 1 » ou « 5 », le remplacer par « 1 »
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	
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	
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	
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	
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	
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 << 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	SE
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** Bénéficiaire de la CMU complémentaire C2S SP03

**spécifiques** 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	SE
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 « TP 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

<b>Description</b>	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.
<b>Entrées</b>	<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>
<b>Sorties</b>	« réponse de l'Annuaire AMC »
<b>Situations spécifiques</b>	

## Règles de gestion

**[RG\_CF410] Déterminer le domaine AMC du PS facturant (EF\_CF95\_01)**

PR			AM	LB	PH	FR	XX
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	XX
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	XX
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	XX
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		AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF						

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 <b>reponse</b>			
01	date_reponse	=	Cf. DICO Annuaire [DICO WSANN]
02	duree_validite		
Objet <b>etat_demande</b>			
03	code_retour		
04	type_ko		
05	message	=	Cf. DICO Annuaire [DICO WSANN]
06	url_Annuaire	=	Cf. DICO Annuaire [DICO WSANN]
Objet <b>resultat_demande</b>			
07	resultat	=	Contient les informations administratives et de routage. Les informations administratives et de routage sont structurées de la façon suivante :
			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	=	
11	libelle_reseau	=	
12	libelle_csr	=	
13	commentaire_ps	=	
14	nom_contact	=	
15	prenom_contact	=	
16	mail_contact	=	
17	telephone_contact	=	

Information de l'AMC à destination du PS



### Cas particuliers

**[RG\_CF412] [CP1] Plusieurs réponses sont retournées par l'Annuaire AMC**

		PR							
M	CD	SF	AM	LB	PH	FR			

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).

**[RG\_CF412] [CP2] Un nombre important de réponses est détecté par l'Annuaire AMC**

		PR							
M	CD	SF	AM	LB	PH	FR			

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.

**[RG\_CF412] [CE1] Pas de réponse de l'Annuaire AMC ou aucune réponse trouvée**

		PR							
M	CD	SF	AM	LB	PH	FR			

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).

**[RG\_CF412] [CE2] L'Annuaire AMC retourne l'erreur « 9xx » (« code\_retour » = 9 et « type\_ko » = 1 à 99)**

		PR							
M	CD	SF	AM	LB	PH	FR			

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 FESA 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...

<b>Entrées</b>	« 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
	« code activation d'un service de tarification complémentaire »	EF_CF03_13
<b>Sorties</b>	« code service de tarification complémentaire »	EF_CF03_14
<b>Situations spécifiques</b>	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			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

<< 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

<b>Description</b>	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.>>	
<b>Entrées</b>	« contrat complémentaire en gestion séparée »	EF_BS17
	« contrat complémentaire en gestion unique »	EF_BS13
	« organisme complémentaire »	EF_BS16
<b>Sorties</b>	« code service ouvert »	EF_CF03_04
<b>Situations spécifiques</b>	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	62
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	62
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	62
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	62
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	62
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	UE
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	UE
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

	<b>1321-9</b>	« 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 <b>1330-3 pos. 8-16</b>	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 <b>1330-3 pos. 6-7</b>	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 <b>1330-3 pos. 20</b>	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

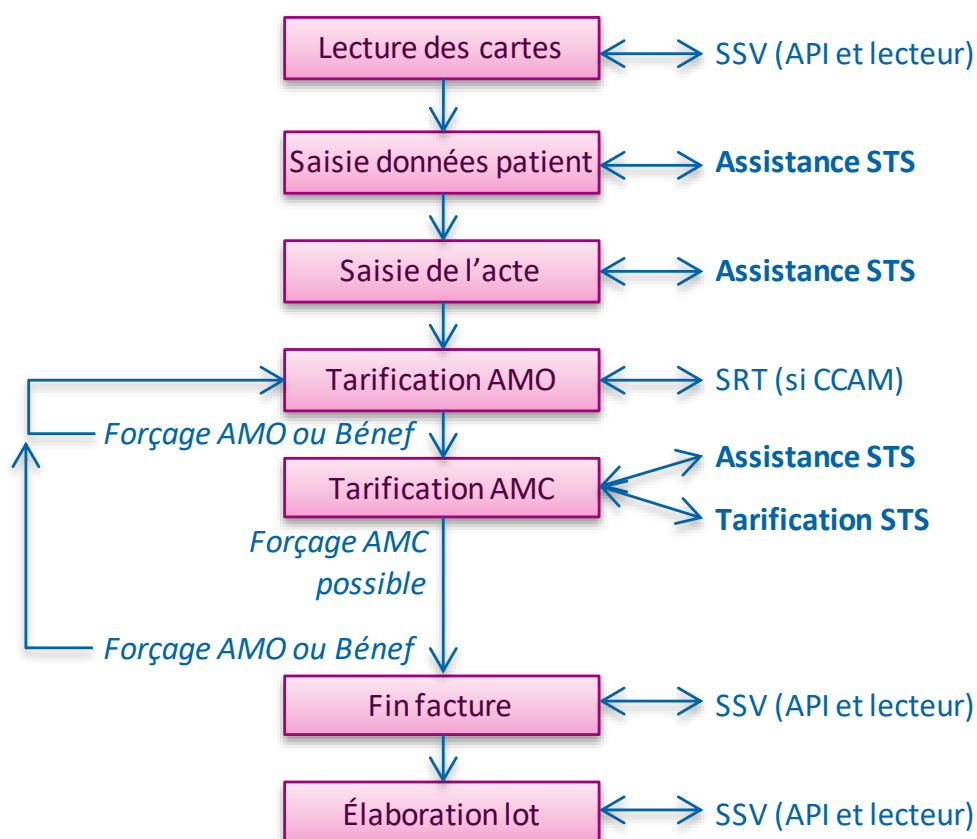
Les STS régissent la tarification complémentaire et seuls les organismes d'assurance maladie gérant la part complémentaire (gestionnaires de STS) peuvent faire évoluer ces services.

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 CMU-C 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 décret<sup>1</sup>.

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
<b>Soins dentaires (en ville ou en Centre de Santé)</b>	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).

<p>Pour rappel</p> <p>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.</p>
---

<sup>1</sup> 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>	
<ul style="list-style-type: none"><li>N° de prestation (de rattachement)</li><li>Libellé de la formule AMC (avec ses paramètres valorisés)</li></ul>		<i>Afficher le numéro de prestation</i>
		<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 <i>Formule AMC appliquée au niveau facture</i>		
<i>Pour chaque paramètre</i>	• N° de la formule AMC	<i>Indiquer le numéro de formule</i>	obligatoire
	• Nombre de paramètres	<i>Indiquer le nombre de paramètres</i>	obligatoire
	• N° du paramètre	<i>Indiquer le numéro de paramètre</i>	obligatoire
	• Valeur du paramètre	<i>Indiquer la valeur du paramètre</i>	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"><li>Libellé de la formule AMC (avec ses paramètres valorisés)</li></ul>		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 <i>Paramètres de calcul STS</i>	
• 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	
Pour chaque paramètre	• 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
	• 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 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

<b>3700</b>	<b>Groupe</b> Contexte tarification de la part Complémentaire
<b>3710</b>	<b>Groupe</b> Formule de la part Complémentaire appliquée au niveau acte
<b>3720</b>	<b>Groupe</b> Formule de la part Complémentaire appliquée au niveau facture
<b>3730</b>	<b>Groupe</b> Paramètres de calcul STS
<b>3731</b>	<b>Groupe</b> Participation Assuré
<b>3740</b>	<b>Groupe</b> Paramètres de calcul contrats responsables
<b>3770</b>	<b>Groupe</b> Zone tampon AMC

### Autres données

<b>1</b>	<b>Groupe</b> Titulaire Carte PS
<b>2</b>	<b>Groupe</b> Situation du PS
<b>101</b>	<b>Groupe</b> Données Assuré
<b>102</b>	<b>Groupe</b> Service AMO famille
<b>103</b>	<b>Groupe</b> Données Accident du travail
<b>104</b>	<b>Groupe</b> Données bénéficiaire
<b>105</b>	<b>Groupe</b> Période de droits AMO
<b>106</b>	<b>Groupe</b> Période de code couverture
<b>107</b>	<b>Groupe</b> Données Mutuelle
<b>108</b>	<b>Groupe</b> Période de droits mutuelle
<b>109</b>	<b>Groupe</b> 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).
<b>111</b>	<b>Groupe</b> Zone Commune Complémentaire Si la zone commune complémentaire est vide ou renseignée à blanc, le groupe 111 ne doit pas être transmis aux STS.
<b>3500</b>	<b>Groupe</b> Données supplémentaires facture
<b>60</b>	<b>Groupe</b> 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**

<b>3700</b>	<b>Groupe</b> Contexte tarification de la part Complémentaire
<b>3750</b>	<b>Groupe</b> Diagnostic STS
<b>3710</b>	<b>Groupe</b> Formule de la part Complémentaire appliquée au niveau acte
<b>3715</b>	<b>Groupe</b> Libellé de la formule AMC appliquée au niveau acte
<b>3720</b>	<b>Groupe</b> Formule de la part Complémentaire appliquée au niveau facture
<b>3725</b>	<b>Groupe</b> Libellé de la formule AMC appliquée au niveau facture
<b>3760</b>	<b>Groupe</b> Description formule de calcul AMC
<b>3770</b>	<b>Groupe</b> Zone tampon AMC
<b>3790</b>	<b>Groupe</b> 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.