



Annexe 1-A

Présentation fonctionnelle des Modules SESAM-Vitale

Flux Aller de FSE/DRE émis par le Professionnel de Santé

Intégrant l'Addendum n°8

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

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

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

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

Sommaire

1	Introduction	5
1.1	Présentation du document	5
1.2	Présentation générale des interfaces.....	5
2	Constitution de la facture.....	7
2.1	Identifications	7
2.1.1	Acquisition des informations relatives au Professionnel de Santé à partir de la carte CPS ..	7
2.1.1.1	Acquisition des informations pour un centre de santé	7
2.1.1.2	Acquisition des informations pour un Professionnel de Santé remplaçant	7
2.1.1.3	Acquisition des informations pour un pharmacien	8
2.1.1.4	Acquisition sur le Poste de Travail, des informations relatives au Professionnel de Santé Fournisseurs	8
2.1.1.5	Acquisition des informations de la carte CPX.....	8
2.1.2	Données paramétrées sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé	11
2.1.2.1	Caisse de rattachement du Professionnel de Santé (pour la CCAM).....	11
2.1.2.2	Adhésion au Contrat Tarifaire PS.....	11
2.1.2.3	Date de première installation en exercice libéral.....	12
2.1.2.4	Date d'installation en zone sous médicalisée.....	12
2.1.2.5	Type de dispositif de tiers-payant complémentaire ACS.....	12
2.1.2.6	Tiers-Payant AMO.....	13
2.1.3	Acquisition des informations relatives au bénéficiaire des soins	14
2.1.3.1	La fonction «Lecture Droits Vitale»	14
2.1.3.2	La fonction « Demander l'authentification de l'utilisateur d'une ApCV »	22
2.1.3.3	La fonction « Acquérir les droits en ligne ».....	22
2.1.3.4	Identification de certaines catégories de bénéficiaires	23
2.1.3.4.1	Identification d'un bénéficiaire de C2S CMU-C	23
2.1.3.4.2	Identification d'un sortant de C2S CMU-C	23
2.1.3.4.3	Identification d'un bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire.....	23
2.1.3.4.4	Aide Médicale d'Etat.....	23
2.1.3.4.5	Les Migrants de passage	24
2.1.3.4.6	Les « autre situation de migrant »	24
2.1.3.4.7	Victime d'Attentat	24
2.1.3.5	Détermination du mode de gestion	24
2.1.3.6	Détermination des identifiants de l'organisme complémentaire en gestion unique	29
2.1.3.7	Correction du siècle de la date de naissance du bénéficiaire.....	33
2.1.3.8	Affichage des périodes de droits AMO	33
2.1.4	Le parcours coordonné de soins	33
2.1.5	Principes pour la gestion des AT dans SESAM-Vitale.....	37
2.1.5.1	Présentation générale	37
2.1.5.2	Principes et définitions	37
2.1.5.2.1	Code Organisme gestionnaire.....	37
2.1.5.2.2	Support AT	38
2.1.5.2.3	Numéro d'accident du travail AT	38
2.1.5.3	Tableau de synthèse.....	38
2.1.5.4	Conditions pour une FSE au risque AT	39
2.2	Zones d'Echange de la facture	41
2.3	Phases AMO	41
2.3.1	Règles 41	
2.3.2	Schémas d'enchaînement des règles de l'annexe 1 et de l'annexe 2	41
2.3.2.1	Répartition des spécifications entre Annexe 1 et Annexe 2	41
2.3.2.2	Détail des schémas de cinématique et liens entre eux	41
2.3.2.3	Schémas SC et SR : Réglementation	42
2.3.2.3.1	Schéma SC1 : Contexte de réglementation	42
2.3.2.3.2	Schéma SR1 : Réglementation Maladie.....	44
2.3.2.3.3	Schéma SR1bis : Honoraires de dispensation globaux.....	45
2.3.2.3.4	Schéma SR2 : Réglementation des accidents	46
2.3.2.4	Schémas SB : Base de Remboursement	46
2.3.2.5	Schémas SF : Base de Remboursement des Frais de déplacement	50
2.3.2.6	Schémas ST : Taux de Remboursement	52
2.3.2.7	Schéma SP1 : Montant Remboursable AMO	60
2.4	Phase Complémentaire.....	63

2.5	Mise en forme et sécurisation des factures.....	64
2.5.1	Mise en forme des factures.....	64
2.5.2	Chiffrement des factures.....	68
2.5.3	Signature Vitale des factures.....	69
2.5.3.1	Signature Vitale des factures avec une carte Vitale.....	69
2.5.3.2	Signature Vitale des factures avec une ApCV.....	70
2.5.3.2.1	MF16.01 : Contrôler la validité du contexte ApCV.....	72
2.5.3.2.2	MF16.02 : Contrôler la validité du support de droits AMO.....	72
2.5.3.2.3	MF16.03 : Calculer l'empreinte de la FSE et/ou la DRE.....	73
2.5.3.2.4	MF16.04 : Préparer les données du résumé de la facture.....	74
2.5.3.2.5	MF16.05 : Demander la signature Vitale de la FSE et/ou la DRE.....	76
2.5.3.2.6	MF16.06 : Ajouter la signature Vitale à la FSE et/ou la DRE.....	78
2.5.4	Signature CPS des factures.....	80
3	Cas particulier du forçage.....	82
3.1	Principe de la création d'un indicateur de forçage.....	82
3.2	Principes de forçage de niveau facture.....	83
3.2.1	Forçage des informations relatives au domaine de l'AMO.....	83
3.2.1.1	Forçage des droits à exonération du ticket modérateur liés à la maternité.....	83
3.2.1.2	Forçage d'une situation d'exonération modulation du ticket modérateur.....	83
3.2.1.3	Forçage des zones « service AMO famille » et « service AMO bénéficiaire ».....	84
3.2.1.4	Forçage des données liées à la nature d'assurance AT ou aux accidents de la vie privée.....	84
3.2.1.5	Forçage des données liées au parcours coordonné de soins.....	84
3.2.1.6	Forçage des données liées aux régimes à taux particuliers.....	84
3.2.1.7	Forçage de l'accès au tiers payant.....	84
3.2.1.8	Forçage des données liées à la nature d'assurance SMG.....	84
3.2.2	Forçage des informations relatives au domaine de la complémentaire.....	84
3.2.2.1	Principes de forçage des données de la zone AMC.....	85
3.2.2.2	Principes de forçage des données de la zone mutuelle.....	85
3.2.2.3	Principes de forçage pour des données liées à un bénéficiaire de la C2S CMU-C, à un sortant de C2S CMU-C.....	85
3.2.3	Cumul des indicateurs de forçage au regard des données de la carte Vitale et de la facturation AMO niveau facture.....	86
3.3	Principes de forçage de niveau acte.....	87
3.3.1	Forçage des informations relatives au domaine de l'AMO.....	87
3.3.1.1	Forçage des éléments de tarification hors CCAM.....	87
3.3.1.2	Forçage des éléments de tarification CCAM.....	88
3.3.1.2.1	Forçage de certains éléments liés aux codes regroupements CCAM ou à la table des plafonds.....	88
3.3.1.2.2	Forçage des données du référentiel électronique CCAM.....	89
3.3.1.2.3	Forçage des données de la facture pour une prestation CCAM.....	89
3.3.1.2.4	Forçage et débrayage.....	91
3.3.1.2.5	Valorisation de l'indicateur de forçage AMO pour une prestation CCAM.....	93
3.3.1.3	Forçage du montant remboursable par l'AMO.....	95
3.3.1.4	Forçage du plafond des honoraires.....	95
3.3.1.5	Cumul de plusieurs forçage de niveau acte.....	95
3.3.2	Forçage des informations relatives au domaine de la part complémentaire.....	96
4	Préparation du fichier à transmettre.....	98
4.1	La fonction « Mise en forme et sécurisation Lot » Les fonctions de mise en forme et de sécurisation des lots.....	98
4.1.1	Mise en forme des lots.....	99
4.1.1.1	Si constitution d'un lot de FSE.....	99
4.1.1.2	Si constitution d'un lot de DRE.....	101
4.1.2	Signature CPS des lots.....	103
4.1.2.1	Si constitution d'un lot de FSE.....	103
4.1.2.2	Si constitution d'un lot de DRE.....	104
4.1.3	Conditions d'utilisation.....	105
4.2	La fonction « Mise en forme en-tête et fin de Fichier ».....	106
4.2.1	Fichier de FSE.....	106
4.2.2	Fichier de DRE.....	107

1 Introduction

1.1 Présentation du document

Ce document constitue la partie A, première partie de l'annexe1 du CdC Éditeurs SESAM-Vitale.

Cette partie a pour objet de décrire les règles de constitution des flux aller de FSE et de DRE, à l'exception des parties suivantes :

- la description de la zone d'échange facture, qui fait l'objet de la partie A0 de l'annexe 1,
- la tarification de la part obligatoire, qui fait l'objet de la partie A1 de l'annexe 1,
- la finalisation SMG de la facture, qui fait l'objet de la partie A3 de l'annexe 1,
- la tarification de la part complémentaire, qui fait l'objet de la partie A2 de l'annexe 1.

1.2 Présentation générale des interfaces

Le schéma ci-dessous présente suivant les différentes étapes de la constitution de la facture, les différentes interfaces d'échanges avec lesquelles le progiciel travaille :

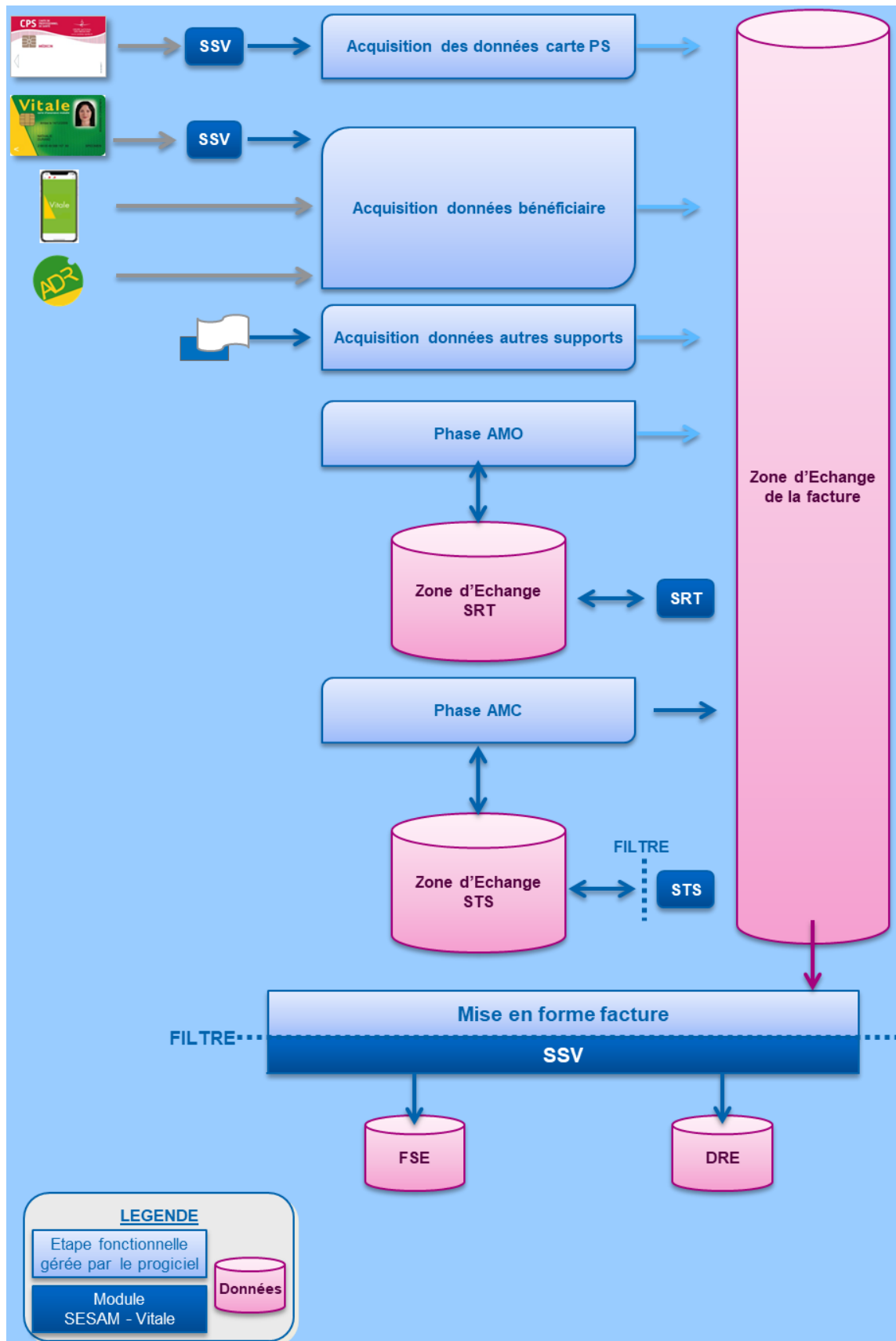
- La première concerne la zone d'échange de la facture : celle-ci est enrichie au fur et à mesure du processus de facturation et est transmise à la fonction « Mise en forme facture » pour la génération des flux à transmettre : FSE et DRE. Ces 2 flux sont donc constitués à partir des mêmes données.
- La deuxième est la zone d'échange avec les modules des SRT.
- La troisième est la zone d'échange avec les modules des STS.

Les lignes pointillées indiquent qu'un filtre est appliqué à la zone d'échange. Ce filtre est mis en œuvre par les fournitures SESAM-Vitale. Ce filtre consiste à rendre indisponibles certaines données.

Définitions

- Zone d'échange de la facture : Ensemble des groupes de données utilisées pour la mise en forme facture.
- Zone d'échange SRT : Ensemble des groupes de données utilisées par le module SRT.
- Zone d'échange STS : Ensemble des groupes de données utilisées par le module STS.

La liste des groupes de données entrant dans la constitution de ces zones d'échange est récapitulée dans le document Annexe1-D.



2 Constitution de la facture

2.1 Identifications

Deux phases d'identification sont nécessaires à la réalisation des factures. La première consiste à acquérir les données du Professionnel de Santé, la seconde à acquérir les données du Bénéficiaire des soins.

Ces deux phases apportent les informations nécessaires au progiciel pour réaliser une facture (FSE et DRE).

2.1.1 Acquisition des informations relatives au Professionnel de Santé à partir de la carte CPS

La phase d'acquisition des données relatives au Professionnel de Santé a pour objet de restituer au progiciel du Professionnel de Santé l'ensemble des informations d'identification du Professionnel de Santé nécessaires à l'élaboration d'une feuille de soins électronique et d'une demande de remboursement électronique.

Cette acquisition peut ne pas être effectuée systématiquement pour chaque facture, les données obtenues lors d'un accès pouvant être stockées et réutilisées ultérieurement.

2.1.1.1 Acquisition des informations pour un centre de santé

Pour les Professionnels de Santé salariés d'un centre de santé, lors de l'élaboration d'une feuille de soins électronique, le progiciel doit utiliser les informations conventionnelles contenues sur les Postes de Travail ou sur les serveurs. En effet, les informations, restituées par la fonction « **Lecture carte Professionnel de Santé** » ne sont pas significatives. A savoir :

- Au **code spécialité** est attachée la valeur « **99** »,
- Au **code conventionnel** est attachée la valeur « **9** »,
- Au **code zone tarifaire** est attachée la valeur « **99** »,
- Au **code zone IK** est attachée la valeur « **09** ».

En aucun cas, ces valeurs non significatives contenues dans la CPS centre de santé ne doivent alimenter les groupes d'entrée (annexe 1 – A0).

2.1.1.2 Acquisition des informations pour un Professionnel de Santé remplaçant

Pour les Professionnels de Santé remplaçant et les pharmaciens multi-employeur, lors de l'élaboration d'une feuille de soins électronique, le progiciel doit utiliser les informations de facturation du Professionnels de Santé titulaire (Cf. corps du Cahier des Charges § 4.2.2). En effet, les informations restituées par la fonction « **Lecture carte Professionnel de Santé** » ne sont pas significatives ((sauf le numéro de facturation et sa clé). A savoir¹ :

- Au **code spécialité** est attachée la valeur « **99** »,
- Au **code conventionnel** est attachée la valeur « **9** »,
- Au **code zone tarifaire** est attachée la valeur « **99** »,

¹ Ce descriptif est valable pour tous les PS effectuant des remplacements sauf pour *les Médecins ayant un cabinet remplaçant leur collègue*.

- Au **code zone IK** est attachée la valeur « **09** »,
- Aux **codes agrément 1, 2 et 3** est attachée la valeur « **9** »,

Pour les Professionnels de Santé remplaçants, le type de carte sera CPS ou CPF (valeur 00 ou 01),

Pour les Professionnels de Santé Pharmaciens dits multi-employeurs, le type de carte sera CPS ou CPE (valeur 00 ou 02).

2.1.1.3 Acquisition des informations pour un pharmacien

A l'attention de société éditrice de progiciels pour pharmaciens : suite aux problèmes rencontrés lors de la personnalisation de certaines cartes CPS Pharmacien, il convient d'appliquer les règles suivantes :

- si le **code Spécialité** est valorisé avec la valeur « 00 », il convient de la remplacer par la valeur 50 ;
- si le **code conventionnel** ne reflète pas la situation réelle du pharmacien, le progiciel ne doit pas interdire au Professionnel de Santé l'élaboration de FSE en mode tiers payant.

2.1.1.4 Acquisition sur le Poste de Travail, des informations relatives au Professionnel de Santé Fournisseurs

En présence d'une carte Fournisseur, lors de l'élaboration d'une feuille de soins électronique, le progiciel doit utiliser les informations conventionnelles contenues sur les Postes de Travail. A savoir :

- le **code spécialité**,
- le **code conventionnel**,
- le **code zone tarifaire**,
- le **code zone IK**.

En effet, les informations, restituées par la fonction « **Lecture carte Professionnel de Santé** » ne sont pas significatives. En aucun cas, ces valeurs non significatives contenues dans la CPx fournisseurs ne doivent alimenter les groupes d'entrée (annexe 1 – A0).

Une carte Fournisseur est caractérisée par :

- un code catégorie de valeur « 2 » : cette information figure en troisième position de l'identifiant de facturation (1120-1)
- et par une ou plusieurs des informations conventionnelles ci-avant renseignées à la valeur « 99 » ou « 9 » en carte.

2.1.1.5 Acquisition des informations de la carte CPX

Fonction à
utiliser

SSV_LireCartePS

Les paramètres
en entrée

Code porteur

Cette information peut être fournie par le progiciel du Professionnel de Santé.

Les paramètres en sortie

1	Groupe Titulaire carte PS Type de carte PS Cette information indique le type de carte lue (CPS, CPE, CPF). Type d'identification nationale N° ADELI, N° DRASS, Id Cabinet + N° employé, RPPS, etc. N° d'identification nationale Identification nationale du Professionnel de Santé. Clé du n° d'identification nationale Code civilité Nom du PS Prénom du PS Catégorie carte PS	
2	Groupe Situation du PS N° logique de la situation de facturation du PS Cette information est à transmettre à la fonction «Mise en forme et sécurisation FSE». Mode d'exercice Libéral, salarié, remplacement, etc. Statut d'exercice Codification des niveaux de responsabilité dans les établissements Secteur d'activité Cabinet Médical, Pharmacie, Laboratoire, Dispensaire, ... Type d'identification structure N° d'identification structure Clé du n° d'identification structure Raison sociale structure Raison sociale ou mnémonique pour identifier un cabinet médical. N° d'identification de facturation du PS Identification du Professionnel de Santé au regard de l'Assurance Maladie Obligatoire. Clé du n° d'identification de facturation du PS N° d'identification du PS remplaçant Non utilisé Clé du n° d'identification du PS remplaçant Non utilisé Code conventionnel Nature de la convention liant le Professionnel de Santé et l'Assurance Maladie Obligatoire	1 à 16 occurrences

Code spécialité

Le code spécialité est un des critères pour déterminer les règles de tarification relatives au Professionnel de Santé et appliquer la réglementation qui le concerne (cf. annexe 2).

Code zone tarifaire

Le code zone tarifaire est un élément de détermination de la base de remboursement des frais de déplacement (cf. annexe 2).

Code zone IK

Le code zone Indemnité Kilométrique définit le type d'indemnités dont bénéficie le Professionnel de Santé.

Code agrément 1

Code agrément pour radiologue ou fournisseur.

Code agrément 2

Zone réservée pour utilisation future.

Code agrément 3

Zone réservée pour utilisation future.

Habilitation à signer une facture

Oui/non.

Habilitation à signer un lot

Oui/non.

2.1.2 Données paramétrées sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé

2.1.2.1 Caisse de rattachement du Professionnel de Santé (pour la CCAM)

Certaines règles spécifiques aux actes CCAM dépendent, entre autres données, de la caisse de rattachement du Professionnel de Santé. Or cette information ne figure pas sur la carte CPS. En conséquence il est nécessaire que le progiciel la connaisse, et pour cela il convient de prévoir la saisie de cette information par le Professionnel de Santé *au minimum une fois préalablement à la constitution des factures*.

2.1.2.2 Adhésion au Contrat Tarifaire PS

Certaines règles spécifiques de ce Cahier des Charges dépendent de l'adhésion du Professionnel de Santé à un contrat tarifaire avec l'AMO : soit l'OPTAM soit l'OPTAM-CO.

Or cette information ne figure pas sur la carte CPS. En conséquence il est nécessaire que le progiciel la connaisse, et pour cela il convient de prévoir la saisie de cette information par le Professionnel de Santé au minimum une fois préalablement à la constitution des factures.

Ce paramétrage concerne les Professionnel de Santé de secteur 1 DP et de secteur 2.

Le « contrat tarifaire PS » correspond à l'une des valeurs suivantes :

- OPTAM,
- OPTAM-CO,
- Aucun (Pas de contrat)

Pour les Professionnels de Santé de secteur 1, le LPS positionne par défaut cette information à « Aucun ». Cependant le Professionnel de Santé doit pouvoir la modifier en cas d'adhésion à un contrat tarifaire.



L'information de l'adhésion à un contrat tarifaire est transmise dans les factures.

2.1.2.3 Date de première installation en exercice libéral

Dans le cadre du parcours de soins un Médecin généraliste² récemment installé pour la première fois en libéral peut être consulté sans orientation préalable du médecin traitant. La situation au regard du parcours de soins prend alors une valeur spécifique et le patient est considéré « dans le parcours de soins ».

La durée de cette dérogation par rapport à la date d'installation est fixée par décret.

Pour un Professionnel de Santé dans cette situation, il est donc nécessaire que le progiciel connaisse sa date de première installation en exercice libéral. Or cette information ne figure pas sur la carte CPS. Pour cela il convient de prévoir la saisie de cette information par le Professionnel de Santé concerné *au minimum une fois préalablement à la constitution des factures*.

2.1.2.4 Date d'installation en zone sous médicalisée

Dans le cadre du parcours de soins un médecin installé en zone sous médicalisée peut être consulté sans orientation préalable du médecin traitant. La situation au regard du parcours de soins prend alors une valeur spécifique et le patient est considéré « dans le parcours de soins ».

La durée de cette dérogation par rapport à la date d'installation est fixée par décret.

Pour un Professionnel de Santé dans cette situation, il est donc nécessaire que le progiciel connaisse sa date d'installation en zone sous médicalisée. Or cette information ne figure pas sur la carte CPS. Pour cela il convient de prévoir la saisie de cette information par le Professionnel de Santé concerné *au minimum une fois préalablement à la constitution des factures*.

2.1.2.5 Type de dispositif de tiers-payant complémentaire ACS

Dans le cadre du dispositif « TPi ACS », le progiciel doit permettre, pour les Professionnels de Santé, **hors opticiens et audioprothésistes**, un paramétrage initial du type de dispositif de tiers-payant complémentaire ACS :

1. TPi ACS – Procédure standard SESAM-Vitale

« La part AMC est payée par l'organisme gestionnaire de la part complémentaire au regard du support de droits AMC »

2. TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO

« La part AMC est payée par l'organisme gestionnaire de la part obligatoire au regard du support de droits AMO »

Le progiciel doit afficher le texte explicatif ci-dessus pour chaque type de dispositif.

Le paramétrage initial ne doit pas être positionné à une valeur par défaut.

Le système de facturation doit permettre au PS de modifier son choix pour une facture ou de modifier son paramétrage initial.

² Les médecins généralistes sont définis dans le Corps du CdC § 6 Glossaire.

2.1.2.6 Tiers-Payant AMO

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé (hors pharmacies, centres de santé, fournisseurs et laboratoires), par paramétrage, d'activer ou de désactiver le positionnement automatique du TP AMO.

Ce paramétrage s'applique uniquement :

- dans le cas général (cf. annexe 2 – R29 : 1-Cas général)
 - ce paramétrage ne s'applique pas dans les autres situations de Tiers-Payant AMO (ALD, Maternité, Accident du travail, CMU-C C2S, etc.)
- entre le 01/01/2017 et le 29/11/2017 31/12/2099 (période durant laquelle le Professionnel de Santé aura la possibilité, et non l'obligation, de pratiquer le TP AMO)

Le paramétrage initial ne doit pas être positionné à une valeur par défaut et doit être modifiable à tout moment par le Professionnel de Santé.

Les dates de début (01/01/2017) et fin (29/11/2017 31/12/2099) doivent pouvoir être modifiées par paramétrage du progiciel. La modification est effectuée par l'éditeur à partir des consignes / fiches d'information de l'Assurance Maladie. Le Professionnel de Santé n'a pas la possibilité de modifier ces dates.

A partir du lendemain de la date de fin (29/11/2017 31/12/2099), si le paramétrage indiquait une désactivation du positionnement automatique du TP AMO, le progiciel doit alerter le Professionnel de Santé que celui-ci est modifié (TP AMO activé par défaut).

2.1.3 Acquisition des informations relatives au bénéficiaire des soins

~~Ce paragraphe a pour objet de présenter l'acquisition des données du bénéficiaire des soins à partir des supports de droits AMO suivant :~~

- ~~• soit la carte Vitale,~~
- ~~• soit le service ADR.~~

Ce paragraphe a pour objet de présenter l'acquisition des données du bénéficiaire de soins nécessaires pour le renseignement de la facture au regard de la part obligatoire et de la part complémentaire.

Les données d'identification du bénéficiaire de soins et de son organisme gestionnaire sont acquises à partir d'un des supports Vitale, à savoir :

- la carte Vitale ou l'ApCV

Les données de droits du bénéficiaire de soins sont acquises à partir d'un des supports de droits suivants :

- la carte Vitale ou le service ADR si le support Vitale utilisé est la carte Vitale,
- le service ADR si le support Vitale utilisé est l'ApCV

Les données bénéficiaires issues d'un autre support de droits ne font pas l'objet d'une fonction proposée par l'Assurance Maladie. Le progiciel doit permettre leur saisie par le Professionnel de Santé.

SESAM-Vitale restitue, par lecture de la carte Vitale ou par consultation du service ADR, au progiciel du Professionnel de Santé l'ensemble des informations administratives du (des) bénéficiaire(s) ainsi que ses droits au regard de l'Assurance Maladie Obligatoire et éventuellement tout ou partie de ses droits à l'Assurance Maladie Complémentaire.

Les informations remontées au progiciel sont :

- Les informations administratives de l'assuré
- Pour le bénéficiaire :
 - Les données de type administratif relatives au régime d'assurance obligatoire,
 - Les données relatives aux codes couverture du bénéficiaire (accessibles seulement en présence d'une CPx),
 - Les périodes de droits AMO,
 - Les données Mutuelle et la période de droits Mutuelle,
 - Les données AMC et la période de droits AMC (uniquement avec la carte Vitale).

2.1.3.1 La fonction «Lecture Droits Vitale»



Remarques

- L'appel à cette fonction peut être indépendant d'un contexte d'élaboration de la facture. Le progiciel doit permettre l'affichage des données sous réserve des restrictions données dans ce Cahier des Charges.
- La carte Vitale peut posséder une date de fin de validité (à partir de la carte Vitale V1Ter). Si cette date de fin de validité de la carte Vitale est dépassée, aucune information de la carte n'est restituée.

- **Données d'adressage** : Les données d'adressage sont réputées complètes et utilisables seulement si les trois données code routage, identifiant de l'hôte et nom de domaine sont présentes en carte Vitale. Le progiciel doit ignorer les données d'adressage si l'une de ces trois données est absente de la carte Vitale.

Fonction à
utiliser

SSV_LireDroitsVitale

Les paramètres en entrée

Code porteur PS

Cette information peut être fournie par le progiciel du Professionnel de Santé.

Date consultation de droits

Acquisition des données Vitale dans le cadre du processus de facturation

Le progiciel renseigne systématiquement la date de consultation à la valeur « 01/06/2012 ».

Acquisition des données Vitale hors processus de facturation

Dans le cadre de l'activation par le Professionnel de Santé de la fonction lecture Droits Vitale indépendamment du processus de facturation il convient de proposer au Professionnel de Santé le choix de la date de consultation pouvant être: soit une date par défaut (01/06/2012), soit la date du jour, soit la date de prescription...

Les paramètres en sortie

101	Groupe Données Assuré	1 occurrence
	Type de carte Vitale	
	Numéro de série de la carte Vitale	
	Date de fin de validité carte Vitale	
	Données administration carte RUF1	
	Zone réservée pour porter des informations concernant l'administration carte.	
	Données administration carte RUF2	
	Zone réservée pour porter des informations concernant l'administration carte.	
	Données RUF administration	
	Zone réservée pour porter des informations concernant l'administration carte.	
	Type d'identification du porteur de la carte	
	Le type d'identification indique si le N° national d'immatriculation est celui de l'assuré ou celui de l'ayant-droit.	
	N° national d'immatriculation : NIR	
	Clé du NIR	
	Code régime	
	Le code régime est une des principales informations de détermination des règles de tarification liées au bénéficiaire (cf. annexe 2).	
	Caisse gestionnaire	
	Centre gestionnaire	
	Code gestion	
	Code régime de prestations ou « code gestion (budget global) » défini par chaque organisme gestionnaire. Il permet la répartition de la dotation globale à l'intérieur d'un régime et correspond au code régime d'imputation comptable.	
	Données RUF Famille	
	Zone réservée à une utilisation future. Elle est réservée pour porter des informations de niveau famille (concernant tous les ayants-droit portés dans la carte).	
102	Groupe Service AMO Famille	0 à 1 occurrence

Code service AMO Famille

Ces données permettent d'identifier et d'individualiser les services que l'AMO est tenue d'offrir réglementairement à ses assurés.

Date de début du service AMO Famille

Date de fin du service AMO Famille

103	Groupe <i>Données Accident du Travail</i>	0 à 1 occurrence
------------	---	------------------

Ce groupe contient les informations qui permettent de gérer les accidents du travail de l'assuré.

Il est subdivisé en trois blocs d'information. Lorsque ce groupe est renseigné, le premier bloc est systématiquement présent.

Il indique alors la caisse gestionnaire par défaut du risque AT et les champs « code AT BGDH » et « Identifiant AT » de ce bloc ne sont pas renseignés.

Les 2 blocs suivants contiennent chacun les informations caractérisant un accident du travail donné.

Bloc 1 Organisme gestionnaire du risque AT

« Gestionnaire AT
par défaut »

Code AT BGDH (ce champ n'est pas renseigné pour ce premier bloc)

Code Budget Global Des Hôpitaux.

Identifiant AT (ce champ n'est pas renseigné pour ce premier bloc)

Bloc 2 Organisme gestionnaire AT1

« 1er AT inscrit »

Code AT1 BGDH

Code Budget Global Des Hôpitaux.

Identifiant AT1

Bloc 3 Organisme gestionnaire AT2

« 2nd AT inscrit »

Code AT2 BGDH

Code Budget Global Des Hôpitaux.

Identifiant AT2

104	Groupe <i>Données Bénéficiaire</i>	1 à 19 occurrences
------------	------------------------------------	--------------------

Nom usuel du bénéficiaire

Nom de famille du bénéficiaire

Prénom du bénéficiaire

Adresse ligne 1

Contient : Chez..., N° d'appartement ou de boîte aux lettres, escalier, couloir, étage.

Adresse ligne 2

Cette zone contient un complément d'identification du point géographique : résidence, bâtiment, immeuble, tour, entrée.

Adresse ligne 3

N° et libellé de la voie.

Adresse ligne 4

Lieu-dit ou service particulier de distribution.

Adresse ligne 5

Code postal et localité de destination.

NIR certifié

Cette zone contient le NIR du bénéficiaire certifié par le RNIAM. Cette zone est facultative.

Clé du NIR certifié

Date de certification du NIR

Date de naissance du bénéficiaire

Rang de naissance

Numéro distinguant des ayants-droit nés le même jour

Qualité

La qualité indique le lien de parenté entre l'ayant-droit et l'assuré.

Code service AMO bénéficiaire

Ces données permettent d'identifier et d'individualiser les services que l'AMO est tenue d'offrir réglementairement ou décide d'offrir à ses assurés (exemple : Bénéficiaire de la CMU Complémentaire C2S, Sortant de CMU-C C2S).

Date de début de service AMO bénéficiaire

Date de fin du service AMO bénéficiaire

Données RUF AMO bénéficiaire

Zone réservée à une utilisation future. Elles sont réservées pour porter des informations AMO liées à un ayant-droit porté dans la carte.
Le premier caractère de cette zone correspond à la donnée « Code existence d'une déclaration de Médecin Traitant »

105	Groupe <i>Période de droits AMO</i>	0 à 3 occurrences par bénéficiaire
------------	-------------------------------------	---------------------------------------

Date de début droits AMO

Date de début de la période

Date de fin droits AMO

Date de fin de la période

106	Groupe <i>Période de code couverture</i>	0 à 7 occurrences par bénéficiaire
------------	--	---------------------------------------

Date de début code couverture

Date de début de la période

Date de fin code couverture

Date de fin de la période

Code ALD

Code situation

107	Groupe <i>Données Mutuelle</i>	0 à 1 occurrence par bénéficiaire
------------	--------------------------------	--------------------------------------

Identification mutuelle

Cette zone est construite selon les règles spécifiques à chaque organisme d'assurance maladie. Selon les régimes cette zone peut contenir :

- l'identification de la mutuelle seule,
- l'identification de la mutuelle et l'identification du contrat regroupées.

Garanties effectives

Cette donnée indique les garanties (honoraires, pharmacie, transport, prothèses dentaires, hospitalisation, forfait journalier, indemnité chambre particulière, frais d'accompagnement) pour lesquelles le bénéficiaire est couvert par l'organisme

d'Assurance Maladie Complémentaire, l'aide médicale ou au titre de la **CMU-C**
C2S.

Indicateur de traitement mutuelle

Cet indicateur permet de préciser le traitement que la mutuelle accepte d'appliquer à la facture.

Type de services associés

Cette information est à transmettre aux STS en tarification complémentaire.
Cette information permet au progiciel de connaître la nature des données contenues dans le champ « **Services associés au contrat** ».

Services associés au contrat

- Les quatorze premières positions de cette zone sont réservées au numéro d'organisme complémentaire. Seules les 10 premières positions de cette zone réservée sont utilisées.
- Lorsque la zone « services associés au contrat » (groupe 107-5) de la carte est valorisée et que la donnée « type de services associés » (groupe 107-4) est égal à « 7 » (correspondant à Information structurée à traiter), alors la donnée n° d'organisme complémentaire restituée par le progiciel au Professionnel de Santé, doit être valorisée avec les 10 premiers caractères de cette zone « services associés au contrat ».

Code aiguillage STS

Cette information est à transmettre aux STS en tarification complémentaire.

108	Groupe <i>Période de droits mutuelle</i>	0 à 3 occurrences par bénéficiaire
------------	--	---------------------------------------

Si les deux dates sont renseignées, le contrat Mutuelle est ouvert entre la date de début et la date de fin.

Date de début droits mutuelle

Date de début de la période
Si seule la date de début est renseignée, le contrat Mutuelle est ouvert depuis la date de début.

Date de fin droits mutuelle

Date de fin de la période
Si seule la date de fin est renseignée, le contrat Mutuelle est ouvert jusqu'à la date de fin.

109	Groupe <i>Données Complémentaire</i>	0 à 1 occurrence par bénéficiaire
------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Ce groupe permet l'identification de l'organisme complémentaire, donne les informations nécessaires au calcul de la part complémentaire, et les informations nécessaires au routage.

Numéro de complémentaire B2

Cette zone est appelée numéro d'organisme complémentaire.

Numéro de complémentaire EDI

Cette information est utilisée pour définir les critères « type de convention » et « critère secondaire » pour l'accès aux tables des regroupements et des conventions.
Cette zone comporte 2 données

- Type de description
- Données d'accès à la table

Une description de type 1 comporte 1 type de convention et 1 critère secondaire.
~~Une description de type 2 comporte 2 types de convention et 4 critères secondaires.~~
NB : Seuls les 17 premiers caractères de cette zone sont à prendre en compte. Les 18ème et 19ème caractères sont réservés à un usage autre que la facturation ; ils doivent être ignorés par le Progiciel.

Numéro d'adhérent AMC

Indicateur de traitement AMC

Cette information est utilisée pour définir

- le type de service que l'AMC accepte (tiers payant et/ou hors tiers payant, CMU C2S),
- si l'AMC accepte ou non la DRE,
- si l'AMC accepte ou non la transmission de ses coordonnées à l'AMO pour d'éventuels flux de rectification.

Date de début de validité de présence des données AMC

Si seule la date de début est renseignée et valide, les données AMC sont valides depuis la date de début.

Date de fin de validité de présence des données AMC

Si les deux dates sont renseignées et valides, les données AMC sont valides entre la date de début et la date de fin.

Si seule la date de fin est renseignée et valide, les données AMC sont valides jusqu'à la date de fin.

Code de routage AMC

Cette information sert à déterminer l'adresse de routage des DRE vers l'organisme complémentaire du bénéficiaire.

Identifiant d'hôte

Donnée utilisée dans l'adressage de la DRE

Nom de domaine AMC

Cette information constitue le nom de domaine qui suit immédiatement le caractère « @ » d'une adresse e-mail. Elle constitue l'intégralité du nom de domaine (aucun préfixe, ni suffixe ne doit être ajouté). Ce champ est facultatif.

Code aiguillage STS

Cette information est à transmettre aux STS en tarification complémentaire.

Type de services associés

Cette information est à transmettre aux STS en tarification complémentaire.

Services associés au contrat

Cette information est à transmettre aux STS en tarification complémentaire.

111

Groupe Zone Commune Complémentaire

0 à 1 occurrence par
bénéficiaire

Données Zone commune complémentaire (appelée aussi RUF bénéficiaire)

Données utilisées dans le calcul de la part complémentaire.



Remarques

• Périodes de Droits Mutuelle et AMC

Au cas où les périodes de Droits Mutuelle et AMC sont détectées simultanément en carte, les Services SESAM-Vitale retournent une erreur au Progiciel sans restituer les données du bénéficiaire des soins.

- **Données zones communes complémentaire (RUF Bénéficiaire Complémentaire)**

La zone RUF n'est pas directement exploitable par le progiciel. Il est interdit au progiciel de développer un affichage ou un traitement de la zone RUF. Par conséquent, seuls les modules SESAM-Vitale sont capables de traiter l'information.

Cette zone RUF est associée soit au groupe "*Mutuelle*", soit au groupe "*Organisme complémentaire*".

- **Groupes "*Données Mutuelle*" et "*Données complémentaire*"**

Ces deux groupes sont exclusifs l'un par rapport à l'autre pour un bénéficiaire donné.

2.1.3.2 La fonction « Demander l'authentification de l'utilisateur d'une ApCV »

L'acquisition d'un contexte ApCV s'effectue à partir du service de demande d'authentification de l'utilisateur d'une ApCV (WS_ApCV01). L'appel de ce service (et la gestion du cycle de vie du contexte ApCV) est décrit dans la documentation spécifique du service.

Données du contexte ApCV

Groupe	Nom de la donnée	Référence de la donnée		Référence ApCV
ApCV	Numéro de série de l'ApCV	EF_BS26_01	←	EF_ApCVsi01_S03.01
	Type de l'ApCV	EF_BS26_02	←	EF_ApCVsi01_S03.02
	Identifiant du contexte ApCV	EF_BS26_03	←	EF_ApCVsi01_S30.01
	Date de fin de validité du contexte ApCV	EF_BS26_04	←	EF_ApCVsi01_S30.02
Pour chaque carte Vitale individuelle dématérialisée	Nom usuel	104-01	←	EF_ApCVsi01_S06.01
	Nom de famille	104-01 ou 104-02	←	EF_ApCVsi01_S06.02
	Prénom	104-03	←	EF_ApCVsi01_S06.03
	NIR certifié	104-09	←	EF_ApCVsi01_S05.01 ou EF_ApCVsi01_S08.01
	Clé du NIR certifié	104-10	←	EF_ApCVsi01_S05.02 ou EF_ApCVsi01_S08.02
	Date de naissance	104-12	←	EF_ApCVsi01_S06.04
	Rang de naissance	104-13	←	EF_ApCVsi01_S06.05
	Qualité	104-14	←	EF_ApCVsi01_S06.06
	Assuré	NIR de l'assuré	←	EF_ApCVsi01_S07.02
		Clé du NIR de l'assuré	←	EF_ApCVsi01_S07.03
	Organisme AMO	Code régime	←	EF_ApCVsi01_S09.01
		Code caisse gestionnaire	←	EF_ApCVsi01_S09.02
		Code centre gestionnaire	←	EF_ApCVsi01_S09.03

2.1.3.3 La fonction « Acquérir les droits en ligne »

L'acquisition des informations relatives au bénéficiaire des soins à partir de la réponse du service ADR est décrite dans la documentation spécifique du service.

2.1.3.4 Identification de certaines catégories de bénéficiaires

L'identification du statut du bénéficiaire se détermine à la date de consultation des droits (cf. « Lecture droits Vitale » et « Acquérir les Droits en ligne »).

La correspondance entre les groupes de données (cités dans les tableaux d'identification ci-après) et les données issues du service ADR est décrite dans la documentation spécifique du service.

2.1.3.4.1 Identification d'un bénéficiaire de C2S CMU-C

Statut du bénéficiaire	Code service AMO bénéficiaire renseigné (groupe 104)	Code service AMO bénéficiaire non renseigné (groupe 104)
Bénéficiaire de la C2S CMU Complémentaire	01 ou attestation AMO	Identification Mutuelle (groupe 107) = 99999997 ou attestation AMO
	02 ou 03 ou attestation AMO	Identification Mutuelle (groupe 107) = 88888888 ou attestation AMO

2.1.3.4.2 Identification d'un sortant de C2S CMU-C

Statut du bénéficiaire	Code service AMO bénéficiaire renseigné (groupe 104)	Code service AMO bénéficiaire non renseigné (groupe 104)
Sortants de C2S CMU-C	10 ou attestation AMO	Identification Mutuelle (groupe 107) = 55555551 ou attestation AMO

2.1.3.4.3 Identification d'un bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire

Statut du bénéficiaire	Code service AMO bénéficiaire renseigné (groupe 104)	Code service AMO bénéficiaire non renseigné (groupe 104)
Bénéficiaire du dispositif ACS TP Social AMO	11 ou attestation AMO	attestation AMO
Bénéficiaire du dispositif TPi ACS A	12 ou attestation AMO	Identification Mutuelle (groupe 107) = 11111119 ou attestation AMO
Bénéficiaire du dispositif TPi ACS B	13 ou attestation AMO	Identification Mutuelle (groupe 107) = 22222228 ou attestation AMO
Bénéficiaire du dispositif TPi ACS C	14 ou attestation AMO	Identification Mutuelle (groupe 107) = 33333337 ou attestation AMO

2.1.3.4.4 Aide Médicale d'Etat

L'identification d'un bénéficiaire « AME » s'effectue de cette façon :

	AME
Identifiant mutuelle	75500017

	Sauf exception ADR : dans ce cas, l'identification est décrite dans la documentation spécifique du service
Carte Vitale	Absente
Attestation papier	Attestation d'admission à l'aide médicale de l'état qui identifie un bénéficiaire de l'AME

Le Professionnel de Santé, à qui l'attestation est présentée, est alors seul en mesure d'indiquer s'il s'agit d'une AME. Le logiciel du Professionnel de Santé doit donc prévoir la saisie de cette information dans ce cas-là.

2.1.3.4.5 Les Migrants de passage

Un bénéficiaire « migrant de passage » est caractérisé par son NIR dont la première composante est égale à 5 ou 6.

2.1.3.4.6 Les « autre situation de migrant »

Un bénéficiaire « autre situation de migrant » est caractérisé par son code régime égale à « 01 » et son code gestion égale à « 70 ».

2.1.3.4.7 Victime d'Attentat

Un bénéficiaire « Victime d'Attentat » est identifié à partir de son attestation.

Le Professionnel de Santé, auquel l'attestation est présentée, est alors seul en mesure d'indiquer si les soins facturés sont en lien avec des actes de terrorisme.

2.1.3.5 Détermination du mode de gestion

Tableau de détermination de la situation de l'assuré et du mode de gestion de la complémentaire au regard des informations issues du support de droits AMO ou sur un autre support de droits

Cette détermination doit, dans certains cas, être complétée par des informations fournies sur un autre support de droits (colonne action du PS).

Par ailleurs, les informations en provenance d'attestation papier ou autre support de droits présentés par l'assuré peuvent venir en annuler et remplacer des informations acquises à partir de la carte.

Tableau des différentes situations :

Cas	Remontée des SSV ou d'ADR	Interprétation logiciel	Situation	Mode de gestion à partir du support de droits AMO	Action du PS
Support de droits AMO avec données AMO (Absence zone Mutuelle et absence zone AMC)	Données AMO	Si code service AMO non renseigné	Pas de complémentaire en carte	Pas de déduction possible	Autre support de droits possible
		Si code service AMO = 01	Bénéficiaire de C2S CMU-C gérée par un AMO	Assimilation au mode de gestion unique	
		Si code service AMO = 02	Bénéficiaire de C2S CMU-C gérée par un AMC en convention de gestion ou en délégation de gestion	Gestion unique	
		Si code service AMO = 03	Bénéficiaire de C2S CMU-C gérée par un AMC	Pas de déduction possible	Consultation attestation papier AMC pour voir si mode de gestion séparée possible sinon assimilation au mode de gestion unique
		Si code service AMO = 10	Sortant de C2S CMU-C	Pas de déduction possible	Autre support de droits possible Consultation attestation papier pour voir si mode de gestion séparée ou unique
Support de droits AMO avec zone Mutuelle	Données AMO	Si code service AMO non renseigné et zone mutuelle remplie hors C2S CMU-C (99999997 et 88888888) et sortant C2S CMU-C (55555551)	Complémentaire en carte	Gestion unique	Autre support de droits possible

Cas	Remontée des SSV ou d'ADR	Interprétation logiciel	Situation	Mode de gestion à partir du support de droits AMO	Action du PS
(Présence zone Mutuelle – Groupes 107 et 108)	Données zone Mutuelle	Si code service AMO non renseigné et zone mutuelle = 99999997	Bénéficiaire de C2S CMU-C gérée par un AMO	Assimilation au mode de gestion unique	
		Si code service AMO non renseigné et zone mutuelle = 88888888	Bénéficiaire de C2S CMU-C gérée par un AMC	Pas de déduction possible	Consultation attestation papier AMC pour voir si mode de gestion séparée possible sinon assimilation au mode de gestion unique
		Si code service AMO non renseigné, avec zone mutuelle = 55555551	Sortant de C2S CMU-C	Pas de déduction possible	Autre support de droits possible
		Si code service AMO = 10, avec zone mutuelle différente de 55555551	Sortant de C2S CMU-C avec complémentaire	Gestion unique	Autre support de droits possible
Carte Vitale avec zone AMC (Présence zone AMC – Groupe 109)	Données AMO Données zone AMC	Si code service AMO non renseigné et zone AMC	Complémentaire en carte	Gestion séparée	Autre support de droits possible
		Si code service AMO = 03	Bénéficiaire de C2S CMU-C gérée par un AMC	Gestion séparée	"Possibilité d'accepter ou de refuser la transmission séparée, et dans ce dernier cas, faire du TP coordonné Hors période de droits AMC, faire du TP coordonné."
		Si code service AMO = 10	Sortant de C2S CMU-C avec complémentaire	Gestion séparée	Autre support de droits possible



Cas particulier du bénéficiaire de l'ACS :

N°	Remontée du système de facturation. Support de droits AMO avec :			Situation du bénéficiaire au regard de l'ACS	Mode de gestion à partir du support de droits AMO			Action du PS (2)
	données AMO (code service AMO)	zone Mutuelle ? (groupe 107)	zone AMC ? (Groupe 109)		PS sauf opticiens et audioprothésistes		Opticiens et audioprothésistes	
					Paramétrage initial = « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO » (1)	Paramétrage initial = « TPi ACS – Procédure Standard SESAM- Vitale » (1)		
1	11	-	-	ACS TP Social AMO	Pas de déduction possible			Autre support de droits possible
2	11	Renseignée	-	ACS TP Social AMO	Gestion unique			
3	11	-	Renseignée	ACS TP Social AMO	Gestion séparée			
4	12	-	-	ACS A	Tiers-Payant coordonné par l'AMO (assimilation au mode de gestion unique)	Pas de déduction possible	Pas de déduction possible	Autre support de droits possible
5	13	-	-	ACS B				
6	14	-	-	ACS C				
7	12	Renseignée	-	ACS A	Tiers-Payant coordonné par l'AMO (assimilation au mode de gestion unique)	Gestion unique	Gestion unique	Autre support de droits possible
8	13	Renseignée	-	ACS B				
9	14	Renseignée	-	ACS C				
10	-	11111119	-	ACS A	Tiers-Payant coordonné par l'AMO (assimilation au mode de gestion unique)	Pas de déduction possible	Pas de déduction possible	Autre support de droits possible
11	-	22222228	-	ACS B				
12	-	33333337	-	ACS C				
13	12	-	Renseignée	ACS A	Tiers-Payant coordonné par l'AMO (assimilation au mode de gestion unique)	Gestion séparée	Gestion séparée	Autre support de droits possible
14	13	-	Renseignée	ACS B				
15	14	-	Renseignée	ACS C				

(1) Choix du dispositif de tiers-payant complémentaire ACS par le Professionnel de Santé :

Le Professionnel de Santé, hors opticien et audioprothésiste, peut, à tout moment lors de l'élaboration de la facture ou bien en agissant sur le paramétrage, modifier le type de dispositif de tiers-payant complémentaire ACS (passage du dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO » au dispositif « TPi ACS - Procédure standard SESAM-Vitale » et inversement), pour les bénéficiaires de l'ACS ayant souscrit un contrat ACS encadré (A, B, C) auprès d'une complémentaire.

Remarque : Pour les prestations d'optique et d'audioprothèse, ce choix de dispositif de tiers-payant complémentaire ACS ne s'applique pas. Le logiciel ne doit pas proposer le dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO ».

(2) Précision sur les autres supports de droits possibles

Le support de droits utilisé pour déterminer la situation au regard de l'ACS est le support de droits AMO :

- attestation de droit « Aide pour une complémentaire santé (ACS) - Attestation de tiers payant pour la part obligatoire (hors part complémentaire) »³
- ou attestation de droit « Aide pour une complémentaire santé (ACS) - Attestation de tiers payant pour la part obligatoire et la part complémentaire »

Le support de droits utilisé pour déterminer le mode de gestion est :

- soit le support de droits AMC dans le cadre du dispositif « TPi ACS – Procédure Standard SESAM-Vitale » ou pour les Professionnels de Santé Opticiens et audioprothésistes,
- soit le support de droits AMO dans le cadre du dispositif « TPi ACS – Paiement coordonné par l'AMO ».

³ Tiers payant ~~social~~ AMO

Information pour identifier le mode de gestion de la complémentaire (Gestion Unique ou Gestion Séparée)

Dès lors qu'une zone mutuelle (groupe 107 ou équivalent) est renseignée dans le support de droits AMO ou que l'attestation identifie clairement un Organisme Complémentaire en gestion unique pour ce bénéficiaire, le mode de gestion de l'Organisme Complémentaire est « Gestion Unique ».

Un numéro de mutuelle renseigné à « 11111119 », « 22222228 », « 33333337 » ne permet pas de déduire que le mode de gestion de l'Organisme Complémentaire est « Gestion Unique ».

Dès lors qu'une zone AMC (groupe 109) est en carte Vitale et que l'attestation identifie un Organisme Complémentaire en gestion séparée pour ce bénéficiaire, le mode de gestion de l'Organisme Complémentaire est « Gestion Séparée ».

2.1.3.6 Détermination des identifiants de l'organisme complémentaire en gestion unique

Règles de gestion

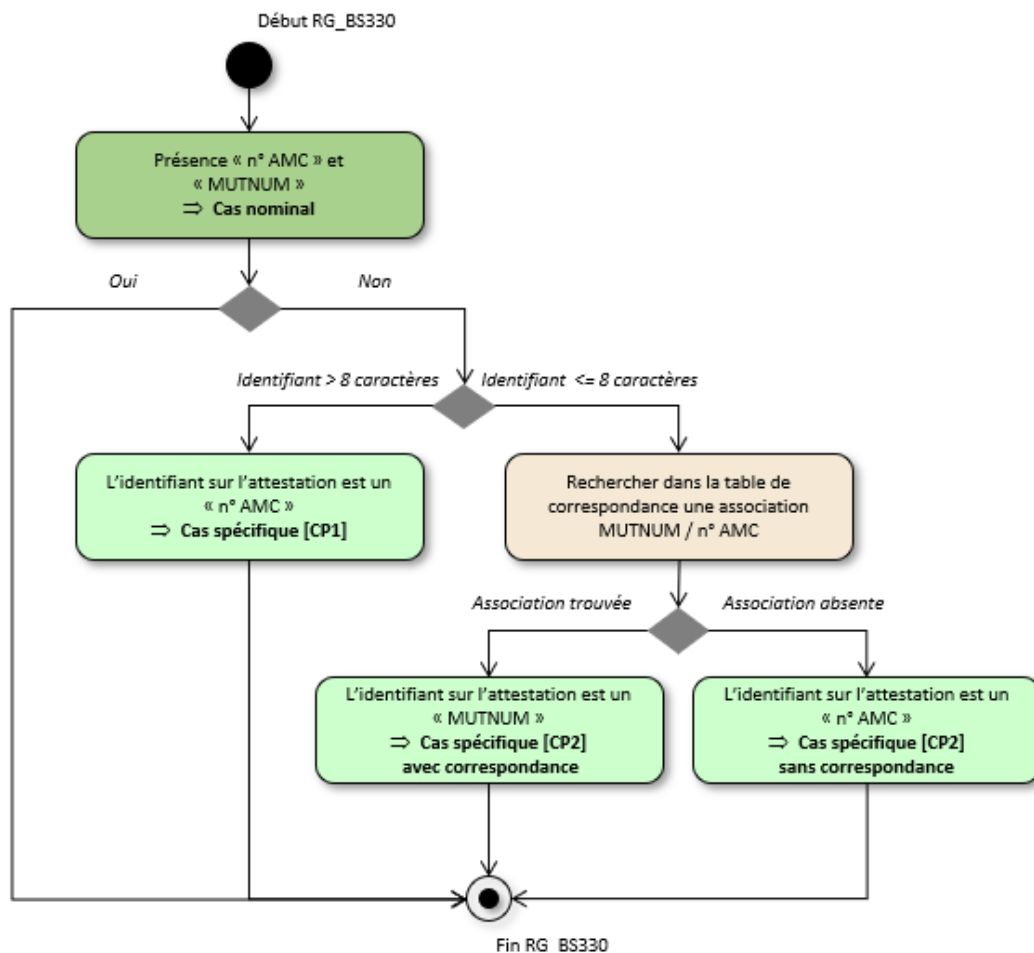
ATTESTATION

[RG_BS330] Déterminer les identifiants de l'organisme complémentaire (à partir d'une attestation) (EF_BS13_01 et EF_BS13_05)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Principes

La détermination des identifiants de la complémentaire en gestion unique se déroule en fonction de l'identifiant présent sur l'attestation (il peut s'agir d'une attestation AMO comme AMC).



Règles

Une attestation comporte un « MUTNUM » et un « n° AMC ». Dans ce cas la règle suivante est appliquée.

Donnée		Règle
Libellé	Référence	
MUTNUM	EF_BS13_01 107-1 1321-2	L'identifiant de l'organisme complémentaire en gestion unique (MUTNUM) est renseigné avec le « MUTNUM » présent sur l'attestation.
n° AMC	EF_BS13_05 107-5 1330-1	L'identifiant de l'organisme complémentaire (n° AMC) est renseigné avec le « N°AMC » présent sur l'attestation.

[RG_BS330] [CP1] « N° AMC » sur l'attestation a une longueur > 8 caractères

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le « N° AMC » présent sur l'attestation a une longueur > à 8 caractères alors il s'agit d'un identifiant de l'organisme complémentaire (n°AMC).

Dans ce cas, les données sont renseignées de la façon suivante :

Donnée		Règle
Libellé	Référence	
MUTNUM	EF_BS13_01 107-1 1321-2	L'identifiant de l'organisme complémentaire en gestion unique (MUTNUM) est renseigné avec le « N° AMC » présent sur l'attestation. Dans ce cas, le MUTNUM (donnée 107-1) est renseignée avec les 8 premiers caractères <u>uniquement</u> .
n° AMC	EF_BS13_05 107-5 1330-1	L'identifiant de l'organisme complémentaire (N°AMC) est renseigné avec le « N° AMC » présent sur l'attestation.

[RG_BS330] [CP2] « N° AMC » sur l'attestation a une longueur inférieure ou égale à 8 caractères

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où le « n° AMC » présent sur l'attestation a une longueur inférieure ou égale à 8 caractères alors le système recherche dans la table de correspondance une association « MUTNUM / n° AMC » (cf. RG_BS366).

Avec correspondance à un numéro d'organisme complémentaire (N°AMC)

Si une correspondance à un numéro d'organisme complémentaire (N°AMC) est trouvée, alors les données sont renseignées de la façon suivante :

Donnée		Règle
Libellé	Référence	
MUTNUM	EF_BS13_01 107-1 1321-2	L'identifiant de l'organisme complémentaire en gestion unique (MUTNUM) est renseigné avec le « MUTNUM » présent sur l'attestation.
n° AMC	EF_BS13_05 107-5 1330-1	L'identifiant de l'organisme complémentaire (N°AMC) est renseigné avec le « N° AMC » trouvé dans la table de correspondance.

Sans correspondance à un numéro d'organisme complémentaire (N° AMC)

Dans le cas où aucune correspondance n'est trouvée, alors les deux identifiants sont renseignés de la façon suivante :

Donnée		Règle
Libellé	Référence	

MUTNUM	EF_BS13_01 107-1 1321-2	L'identifiant de l'organisme complémentaire en gestion unique (MUTNUM) est renseigné avec le « N° AMC » présent sur l'attestation.
n° AMC	EF_BS13_05 107-5 1330-1	L'identifiant de l'organisme complémentaire (N°AMC) est renseigné avec le « N° AMC » présent sur l'attestation.

Règles de gestion

CARTE VITALE / ADRI

[RG_BS328] Déterminer l'identifiant de l'organisme complémentaire (à partir de la carte Vitale) (EF_BS13_05)

		PR						
M	CD	SF	AM	LB	PH	FR	TR	

En gestion unique, si le « type de service associé au contrat » (EF_BS13_04) (groupe 107-4) contient la valeur 7 alors il faut interpréter les 10 premiers caractères de « services associés au contrat » (EF_BS13_05) (groupe 107-5) comme le N°AMC.

Sinon, aucun n°AMC ne peut être remonté de cette zone (EF_BS13_05).



Remarque : Les quatorze premières positions de la zone « services associés au contrat » (groupe 107-5) sont réservées au numéro d'organisme complémentaire. Seules les 10 premières positions de cette zone réservée sont utilisées.

[RG_BS328] [CP1] Absence de l'identifiant de l'organisme complémentaire représenté

		PR						
M	CD	SF	AM	LB	PH	FR	TR	

En l'absence de l'identifiant de l'organisme complémentaire en carte << l'identifiant de l'organisme complémentaire est recherché >> à partir de la recherche de la table de correspondance (MUTNUM =>N°AMC) (cf. RG_BS366).

Si aucun <<identifiant >> n'est trouvé, alors <<l'identifiant de l'organisme complémentaire>> n'est pas renseigné et ne doit pas contenir le MUTNUM.

Cette règle s'applique également lorsque les données sont acquises à partir du service ADRI.

[RG_BS368] Déterminer le type de convention en cas de gestion unique (à partir d'une attestation) (EF_BS20_01)

		PR						
M	CD	SF	AM	LB	PH	FR	TR	

En cas de gestion unique, le type de convention est égal à « RO ».

Règles de gestion

TABLE DE CORRESPONDANCE

[RG_BS366] Recherche dans la table de correspondance

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

► Valorisation des critères d'accès à la table de correspondance

Le « MUTNUM » et le code organisme obligatoire associé (code régime, caisse, centre) doivent être valorisés à partir des informations acquises.

Pour le Régime Agricole, si le 5ème caractère (correspond au 3ème caractère du code caisse gestionnaire) est égal à « 1 » ou « 5 », le remplacer par « 1 ».

► Récupération du résultat issu de la recherche dans la table de correspondance

Le progiciel récupère une ligne de correspondance contenant le numéro d'organisme complémentaire, associé au « MUTNUM » recherché dans la table de correspondance.

Dans ce cas, le numéro d'organisme complémentaire peut être utilisé pour accéder aux tables des regroupements et de conventions.

Si aucune ligne n'est restituée, la table de correspondance ne fournit pas le numéro d'organisme complémentaire.

Si plusieurs lignes sont restituées, le progiciel est en présence d'un cas d'erreur et ne permet pas la prise en compte de la complémentaire.

2.1.3.7 Correction du siècle de la date de naissance du bénéficiaire

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de modifier le siècle de naissance, car dans certains cas la fonction de lecture d'une carte Vitale remonte une date de naissance erronée.

En effet, les bénéficiaires de moins de 16 ans dont la qualité en carte Vitale est différente de « enfant » sont considérés comme des adultes par la fonction « Lecture droit Vitale ». Dans ce cas le siècle de naissance est erroné.

2.1.3.8 Affichage des périodes de droits AMO

Les périodes de droits ne doivent pas être affichées. Le progiciel doit afficher « Droits AMO ouverts » quelles que soient les périodes de droits AMO lues sur le support de droits AMO.

Cette règle d'affichage ne concerne pas les bénéficiaires « autre situation de migrant », ni les adhérents à la CFE pour lesquels le progiciel doit afficher les périodes de droits AMO : « droits AMO du xx/xx/20xx au xx/xx/20xx ».

2.1.4 Le parcours coordonné de soins

Le tableau A-T1 ci-après récapitule, en fonction des différents contextes du parcours coordonné de soins, les 4 composantes du parcours coordonné de soins à savoir :

- les informations liées au parcours de soins (renseignées par le Professionnel de Santé, utilisées par le progiciel et transmises dans la facture),
- les majorations autorisées,

- les dépassements possibles,
- la modulation éventuelle du Ticket Modérateur.

INFORMATIONS DU PARCOURS DE SOINS					MAJORATIONS	DEPASSEMENTS ⁽³⁾		TAUX			
Donnée interne progiciel cf. Annexe 2 règles 37 et 37bis	Saisie PS		Identification dans la facture (1180)		Annexe 2 Règle R39	Dépassements (1610)		Annexe 2 Table T14			
Position par rapport au parcours de soins	Contexte du parcours de soins		IPS	Top MT (Médecin Traitant)	Majorations de coordination autorisées (MCG, MCS,MCC selon la spécialité PS)	DA	DA+ED	Modulation du Ticket Modérateur			
	Situation au regard du parcours de soins	Existence de la déclaration d'un Médecin traitant									
Non concerné	Cas d'exclusion		blanc	blanc	NON sauf exception ⁽⁹⁾			NON			
	Urgence	--(sans objet) ⁽²⁾	U	blanc	OUI sous condition ⁽⁴⁾						
Dans le parcours	Médecin Traitant	--(sans objet) ⁽²⁾	T	O	NON	NON		NON			
	Nouveau Médecin Traitant	-- (sans objet) ⁽²⁾	N	O							
	Médecin traitant de substitution ⁽¹⁾	Oui	R	O							
	Généraliste récemment installé	Oui	J	O							
	Médecin installé en zone sous médicalisée	Oui	B	O							
	Hors résidence habituelle du patient	Oui	H	O	OUI sous condition ⁽⁴⁾	NON		NON			
		Non ou ne sait pas	H	N							
	Accès direct spécifique	Oui	D	O							
	Médecin orienté par le MT	--(sans objet) ⁽²⁾	O	O							
	Médecin orienté par un médecin autre que le MT (médecin en accès direct spécifique, généraliste récemment installé, médecin installé en zone sous médicalisée...)	Oui	M	O							
Hors parcours	Généraliste récemment installé	Non ou ne sait pas	S	N ou blanc	NON	NON	NON	OUI sauf exception ⁽⁸⁾			
	Médecin installé en zone sous médicalisée	Non ou ne sait pas	S	N ou blanc		OUI sous condition ⁽⁵⁾	OUI sous condition ⁽⁶⁾				
	Accès Direct Spécifique	Non ou ne sait pas	S	N ou blanc							
	Hors Accès Direct Spécifique	Oui	S	O							
		Non ou ne sais pas		N ou blanc							
	Médecin orienté par un médecin autre que le MT (médecin en accès direct spécifique, généraliste récemment installé, médecin installé en zone sous médicalisée...)	Non ou ne sait pas	S	N ou blanc							
	Non respect du parcours (PS non Médecin Traitant, non orienté...)	-- (sans objet) ⁽²⁾	S	O, N ou blanc							

(1) Le Professionnel de Santé se trouve dans la situation de « Médecin traitant de substitution » uniquement lorsque le bénéficiaire l'informe de l'existence d'une déclaration du médecin traitant.

Dans le cas contraire, la situation au regard du parcours de soins à saisir est « Non respect du parcours ».

(2) Saisie non nécessaire par le Professionnel de Santé, du fait du renseignement de la situation au regard du parcours de soins.

(3) Les règles de compatibilité entre la situation au regard du parcours de soins et les dépassements autorisés sont spécifiées ici à titre indicatif. Elles peuvent donner lieu à des signalements au Professionnel de Santé sur le poste lors de la facturation mais ne doivent en aucun cas être bloquantes et interdire la facturation d'un dépassement.

(4) **Annexe 2 - Table 17bis** (tout Professionnel de Santé pour bénéficiaire **C2S CMU-G** et selon secteurs pour les autres bénéficiaires).

(5) **Annexe1-A0 groupe 1610 Table A0-T2bis** (Secteur I et spécialité différente de 01, 22, 23 sauf bénéficiaire **C2S CMU-G**)

(6) **Annexe 1-A0 groupe 1610 Table A0-T2bis** (Secteur I et spécialité 18 ou 44 ou 45 ou 69 sauf bénéficiaire **C2S CMU-G**)

(8) hors cas particulier (cf. Table 14 de l'annexe 2)

(9) **Annexe 2 - Table 17**



AVERTISSEMENT

Cette table est donnée ici uniquement pour présentation d'une vision synthétique du parcours (et non pour implémentation directe). Elle regroupe les différentes tables détaillées dans les autres annexes du CdC SESAM-Vitale :

- *Annexe1-A0 groupe 1180 pour l'identification dans la facture : table A0-T1*
- *Annexe 2 règle R39 pour les majorations : table 17 et 17bis*
- *Annexe1-A0 groupe 1610 pour les dépassements : tables A0-T2 et A0-T2bis*
- *Annexe 2 règle P0 bis pour la modulation du Ticket Modérateur : table 14.*

Ces tables sont susceptibles d'évoluer selon la réglementation. Les éditeurs doivent en prévoir le paramétrage au niveau du progiciel.

2.1.5 Principes pour la gestion des AT dans SESAM-Vitale

2.1.5.1 Présentation générale

Le Professionnel de Santé a la possibilité de facturer sur le risque AT si et seulement si, a minima un Feuillelet AT (FAT) lui est présenté. Pour établir la facture, il peut en plus du feuillelet AT s'appuyer sur une attestation d'affiliation / appartenance à une caisse gestionnaire de l'AT, et/ou un courrier de la caisse et/ou une déclaration de la victime.

En l'absence de Feuillelet AT, le Professionnel de Santé ne réalise pas de FSE sur le risque AT.

Le système de facturation sur le poste doit gérer les cas suivants :

- Cas N°1 : le Professionnel de Santé n'est pas en mesure d'identifier sur le FAT ou les autres supports AT, l'organisme gestionnaire de l'AT. Dans ce cas, le système peut acquérir l'organisme gestionnaire de l'AT à partir du support de droits AMO pour pouvoir faire une FSE sécurisée sur le risque AT.



En l'absence de carte Vitale (support de droits AMO = « service ADR ») le mode de sécurisation est nécessairement dégradé (cf § 4.2.1.13 *Constitution et sécurisation des FSE et des DRE en mode SESAM-Vitale du corps du CDC*).

- Cas N°2 : le Professionnel de Santé est en mesure d'identifier sur le FAT ou les autres supports AT l'organisme gestionnaire de l'AT. Dans ce cas, pour pouvoir sécuriser la FSE au risque AT le système compare l'organisme gestionnaire de l'AT ainsi identifié avec les organismes gestionnaires issus du support de droits AMO. En cas de différence, la FSE au risque AT est réalisée en mode dégradé ou papier.

2.1.5.2 Principes et définitions

2.1.5.2.1 Code Organisme gestionnaire

Un code organisme gestionnaire est composé des 3 informations suivantes :

1. un code régime (sur 2 car.),
2. un code caisse gestionnaire (sur 3 car.),
3. un code centre gestionnaire (sur 4 car.).

Sur le support de droits AMO (carte Vitale ou service ADR) :

Dans le groupe 103 (ou équivalent), chaque bloc de données AT (3 max) présente un code organisme gestionnaire

Cet organisme correspond :

- dans le bloc n°1, à l'organisme gestionnaire du risque AT par défaut, i.e. à l'organisme à qui la FSE doit être adressée quand l'accident n'est pas identifié,
- dans les blocs n°2 et n°3, à l'organisme gestionnaire dédié à la gestion de l'accident identifié dans ce même bloc.

Dans le groupe 101 les 3 informations code régime, code caisse gestionnaire et code centre gestionnaire apparaissent distinctement

Ces informations correspondent à l'organisme gestionnaire du risque Maladie.

Sur le feuillelet AT l'organisme gestionnaire est désigné

- soit par son code complet (9 car.)
- soit par un code régime et un code caisse. Dans ce cas là, le code centre est renseigné par défaut par le progiciel à la valeur 0000, hormis pour le régime 08 (CNMSS) pour lequel une valeur par défaut n'est pas admise.
- soit par un libellé. Dans ce cas là, l'information est insuffisante pour identifier l'organisme gestionnaire.

2.1.5.2.2 Support AT

Le Professionnel de Santé dispose nécessairement d'un Feuillelet AT (FAT), sur lequel figure au minimum la date de l'accident.

L'organisme gestionnaire n'est pas systématiquement renseigné sur le FAT.

Dans le cas où l'organisme gestionnaire n'est pas identifié à partir du FAT, il peut l'être à partir des supports suivants :

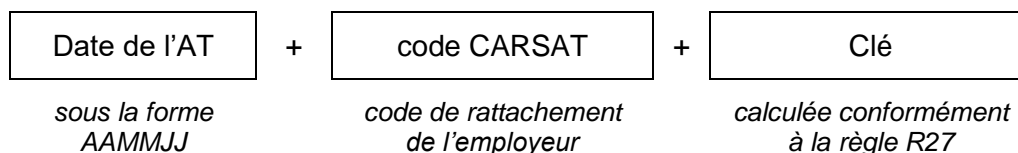
- soit une attestation d'affiliation / appartenance à une caisse gestionnaire de l'AT,
- soit un courrier de la caisse,
- soit la déclaration de la victime.



Remarque : Le service ADR et la carte Vitale ne sont pas dénommés support AT pour la mise en œuvre des règles décrites.

2.1.5.2.3 Numéro d'accident du travail AT

Pour le régime général, le numéro d'accident du travail est constitué de la manière suivante :



Dans certains cas (exemple : deux accidents de travail subis le même jour), la règle de constitution du numéro d'accident du travail n'est pas respectée en ce qui concerne le premier bloc de ce numéro (i.e. date de l'AT).

Même si certains logiciels opèrent un contrôle de cohérence entre la date de l'accident du travail et le numéro d'accident du travail, le renseignement par le Professionnel de Santé d'un numéro d'accident du travail dont la composition n'est pas conforme à la règle générique doit être possible.

2.1.5.3 Tableau de synthèse

Contexte facturation AT		Organisme gestionnaire issu du support de droits AMO (cf. R25.0)			Comparaison Organismes gestionnaires	Résultat				
Feuillet AT présenté	Organisme gestionnaire AT identifié sur le support AT	Groupe 103 bloc. 2 ou 3	Groupe 103	Groupe 101		Type de facturation	Risque	Organisme gestionnaire AT issu du support de droits	Commentaires	N° de cas
NON	HORS REGLEMENTATION AT					FSE	Maladie	s.o.*		1
OUI	NON	X			S.O.*	FSE	AT	OUI		2
			X							3
				X		FSE ou Papier	AT ou maladie	OUI	<ul style="list-style-type: none">FSE si le régime accepte une FSE AT adressée à l'organisme maladie inscrit en carte Vitale (R25.4, table 11.3)sinon papier au risque AT ou maladie (R25.4, table 11.1)	4
	OUI à partir : <ul style="list-style-type: none">soit du feuillet ATsoit de l'attestation d'affiliation / appartenance à une caisse gestionnaire de l'ATsoit d'un courrier de la caisse,soit de la déclaration de la victime.	X			IDENTIQUE	FSE	AT	OUI		5
			X							
				X	DIFFERENT	FSE ou Papier	AT ou maladie	OUI	<ul style="list-style-type: none">FSE si l'assuré est couvert pour le risque AT (R25.1, table 11.1) et que l'organisme gestionnaire accepte des FSE au risque AT (R25.2, table 11.2)sinon papier au risque AT	7
						FSE Dégradée ou Papier		Autre	<ul style="list-style-type: none">FSE si l'assuré est couvert pour le risque AT (R25.1, table 11.1) et que l'organisme gestionnaire accepte des FSE au risque AT (R25.2, table 11.2)sinon papier au risque AT	8
		Pas de données issues d'ADR ni de carte présentée								S.O.*

*s.o. : sans objet

2.1.5.4 Conditions pour une FSE au risque AT

Les différents cas de figure (identifiés chacun par un n° de ligne) synthétisés dans le tableau ci-dessus correspondent au déroulement suivant :

1	Le Professionnel de Santé dispose nécessairement d'un feuillet AT (support papier), sur lequel figure au minimum la date de l'accident. Cette date est utilisée pour identifier l'accident. La présentation du feuillet AT conditionne le choix du risque Accident du Travail.
2	➤ Si le feuillet AT ne mentionne pas d'organisme gestionnaire, et aucun autre support AT ne permet d'identifier un organisme gestionnaire. 2 cas de figure sont possibles : 1. soit l'AT est renseigné au niveau du support de droits AMO (date de l'identifiant AT (groupe 103 bloc 2 ou 3) = date de l'AT inscrite sur le feuillet AT) → FSE au risque AT transmise à l'organisme gestionnaire de l'AT correspondant
3	2. soit l'AT n'est pas renseigné dans le support de droits AMO. L'organisme gestionnaire est : ○ en priorité l'organisme gestionnaire AT par défaut s'il est renseigné (groupe 103 bloc1 ou équivalent.) → FSE au risque AT transmise à l'organisme gestionnaire de l'AT par défaut issu du support de droits AMO
4	○ ou sinon l'organisme gestionnaire du risque maladie (groupe 101 en l'absence de groupe 103). → FSE au risque AT transmise à l'organisme maladie identifié sur le support de droits AMO si le régime accepte une FSE AT (R25.4, table 11.3) →sinon Feuille de soins papier au risque AT ou maladie selon que l'assuré est couvert pour le risque AT (R25.4, table 11.1) ou non
5	➤ Si un organisme gestionnaire est identifié à partir d'un support AT (feuillet AT, attestation d'affiliation / appartenance à une caisse gestionnaire de l'AT, courrier de la caisse ou déclaration de la victime), alors une FSE au risque AT est possible quelles que soient les données issues du support de droits AMO. • En présence de données issues du support de droits AMO ○ soit l'organisme gestionnaire présent sur le support AT est identique à celui issu du support de droits AMO (groupe 103 bloc 2 ou 3 si l'AT est renseigné dans le support de droits AMO, sinon groupe 103 bloc1 ou à défaut groupe 101). Si l'organisme gestionnaire du support de droits AMO est issu : ▪ du groupe 103 bloc 2, 3 → FSE au risque AT
6	▪ du groupe 103, bloc 1 → FSE au risque AT
7	▪ du groupe 101 → FSE si l'assuré est couvert pour le risque AT (R25.1, table 11.1) et que l'organisme gestionnaire accepte des FSE au risque AT (R25.2, table 11.2) → sinon FSE au risque maladie ou Feuille de soins papier au risque AT
8	○ soit l'organisme gestionnaire présent sur le feuillet AT est différent des organismes issus du support de droits AMO (103 si présent ou 101 sinon) → FSE dégradée au risque AT si l'assuré est couvert pour le risque AT (R25.1, table 11.1) et que l'organisme gestionnaire accepte des FSE au risque AT (R25.2, table 11.2) → sinon FSE dégradée au risque maladie ou Feuille de soins papier au risque AT
9	• En l'absence de données issues du support de droits AMO → FSE dégradée à l'organisme gestionnaire présent sur le support AT si l'assuré est couvert pour le risque AT (R25.1, table 11.1) et que l'organisme gestionnaire accepte des FSE au risque AT (R25.2, table 11.2) → sinon FSE dégradée au risque maladie ou Feuille de soins papier au risque AT

2.2 Zones d'Echange de la facture



Consulter Annexe 1-A0.

2.3 Phases AMO

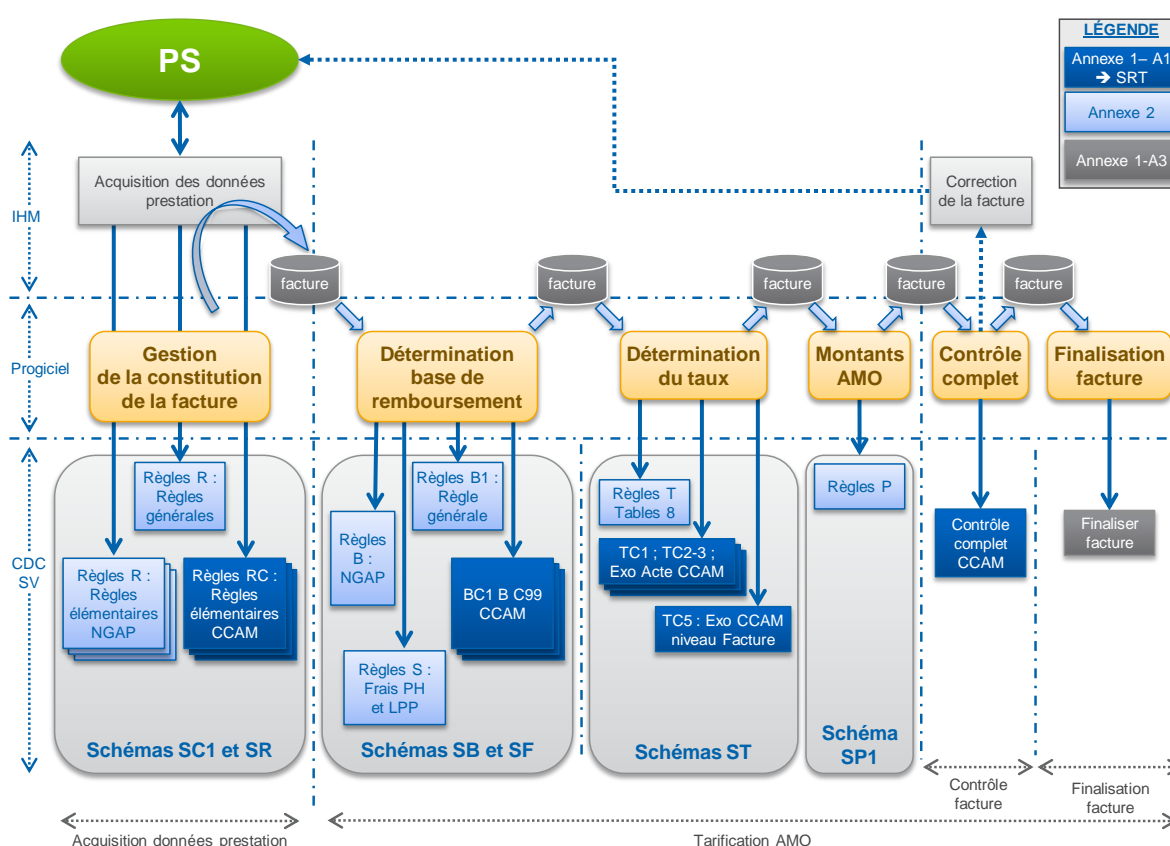
2.3.1 Règles



Consulter Annexe 1-A1, Annexe 1-A3 et l'annexe 2

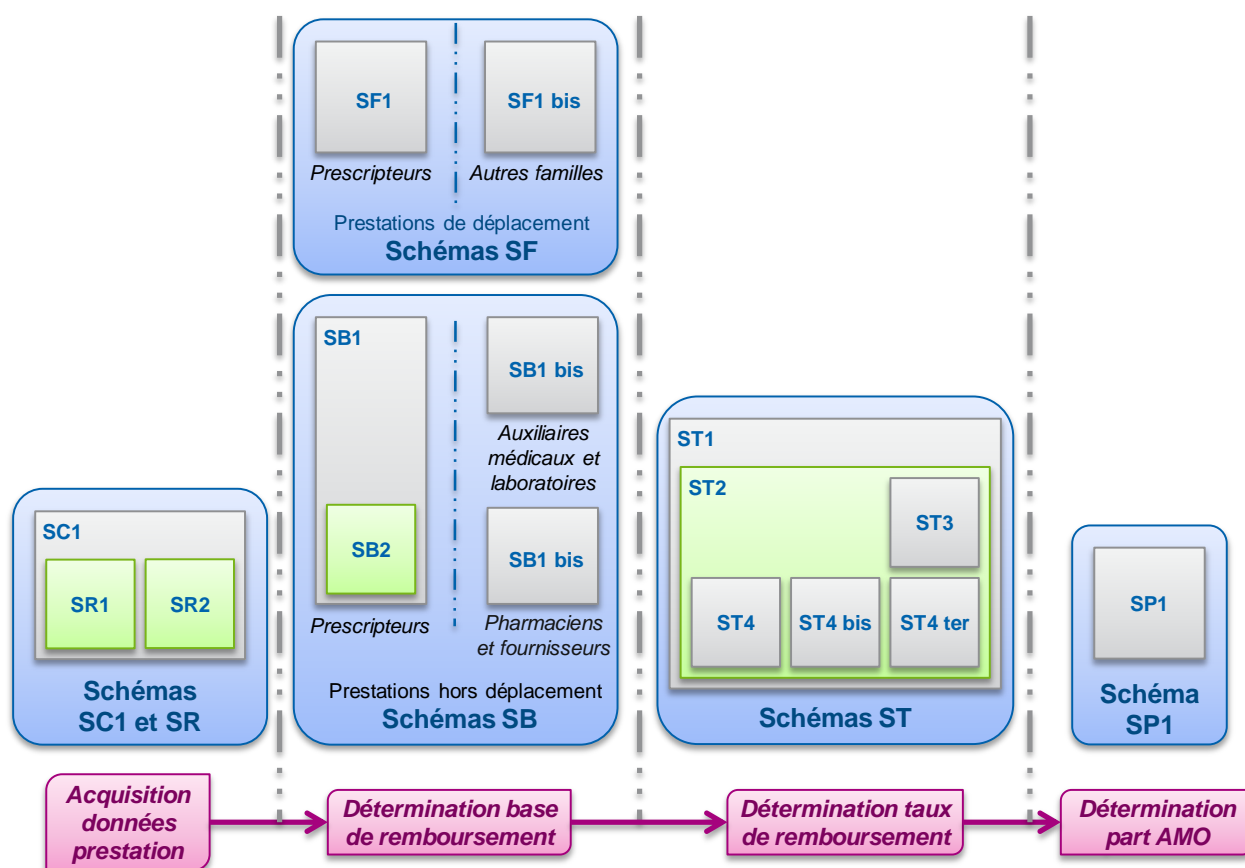
2.3.2 Schémas d'enchaînement des règles de l'annexe 1 et de l'annexe 2

2.3.2.1 Répartition des spécifications entre Annexe 1 et Annexe 2



Le schéma ci-dessus décrit la répartition des traitements pour la constitution de la facture pour l'ensemble de la phase AMO et précise les parties des annexes 1 et 2 où se trouvent respectivement les spécifications des règles à mettre en œuvre.

2.3.2.2 Détail des schémas de cinématique et liens entre eux



Ce schéma, en complément du précédent, présente :

- l'ensemble des schémas d'enchaînement des règles de la phase AMO,
- l'étape fonctionnelle à laquelle ils se rapportent :
 - Étape "acquisition des données prestation" : décrite par le schéma SC1 qui inclut les schémas SR1 et SR2
 - Étape "Détermination Base de Remboursement" : décrite par les schémas SF pour les prestations de déplacement et par les schémas SB pour toutes les prestations hors prestations de déplacement.
 - Étape "Détermination du Taux de Remboursement" : décrite par les schémas ST
 - Étape "Détermination Part AMO" : décrite totalement par le schéma SP1

Ces 4 étapes sont à enchaîner dans l'ordre présenté.

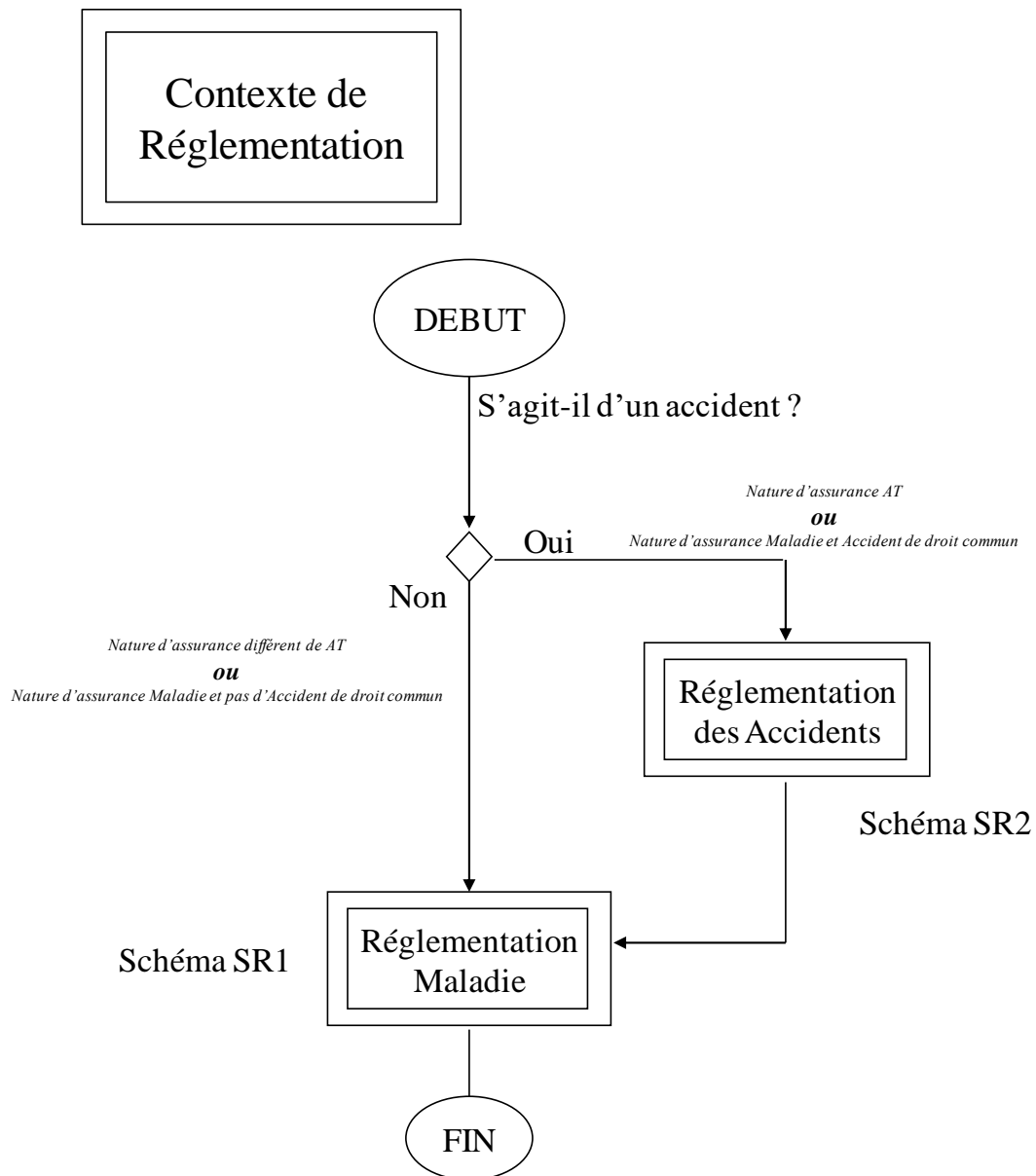
- la façon dont ils s'imbriquent les uns par rapport aux autres :
 - le schéma SB2 est inclus dans le schéma SB1
 - les schémas ST3, ST4, ST4bis et ST4ter sont inclus dans le schéma ST2, lui-même inclus dans le schéma ST1.

Tous ces schémas sont présentés ci-après.

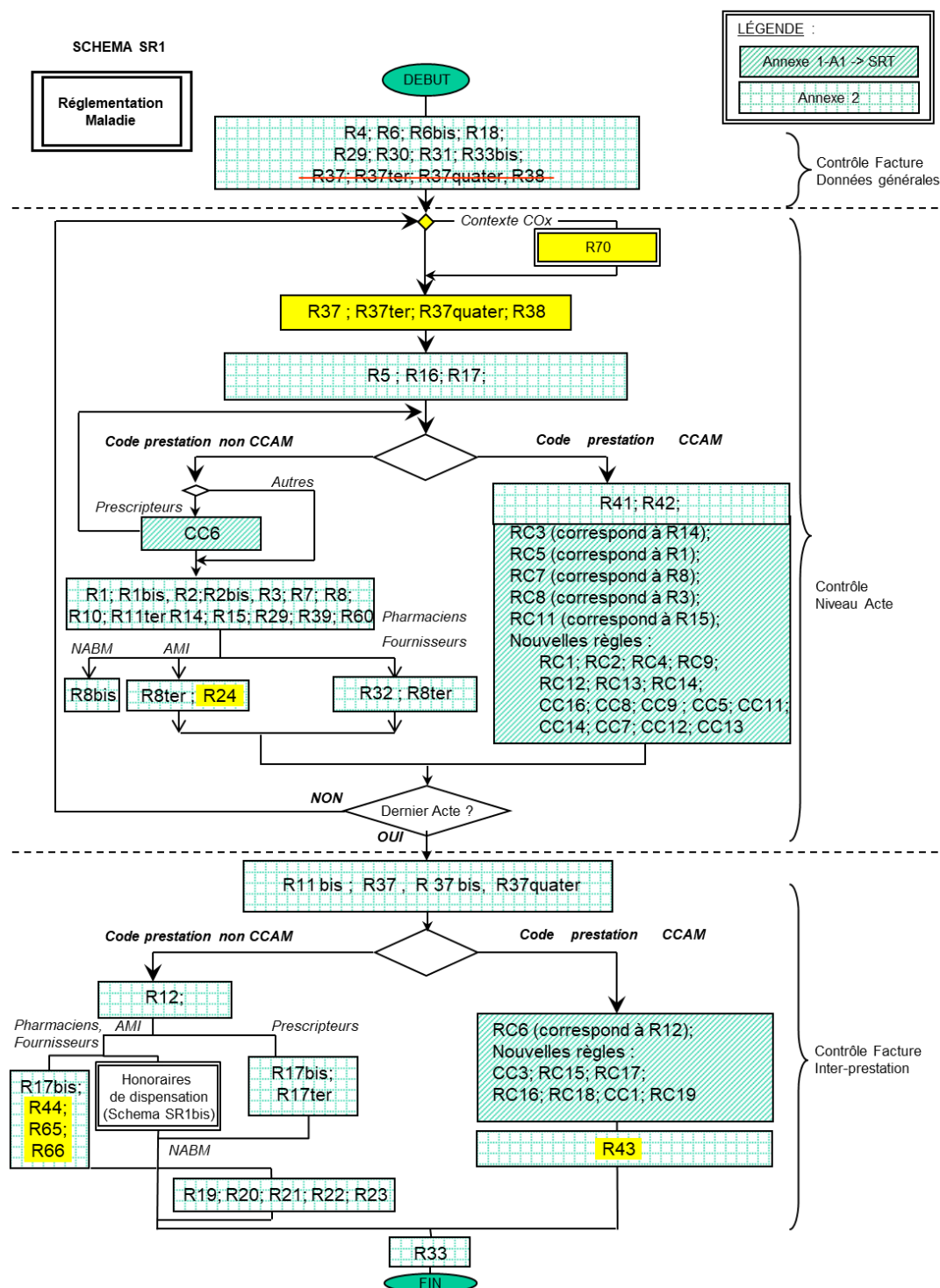
2.3.2.3 Schémas SC et SR : Réglementation

2.3.2.3.1 Schéma SC1 : Contexte de réglementation

SCHEMA SC1



2.3.2.3.2 Schéma SR1 : Réglementation Maladie



Le schéma ci-dessus décrit l'enchaînement de l'ensemble des règles de contrôle et de réglementation qu'il convient d'appliquer au fur et à mesure de la constitution de la facture en dehors des règles spécifiques de gestion des accidents.

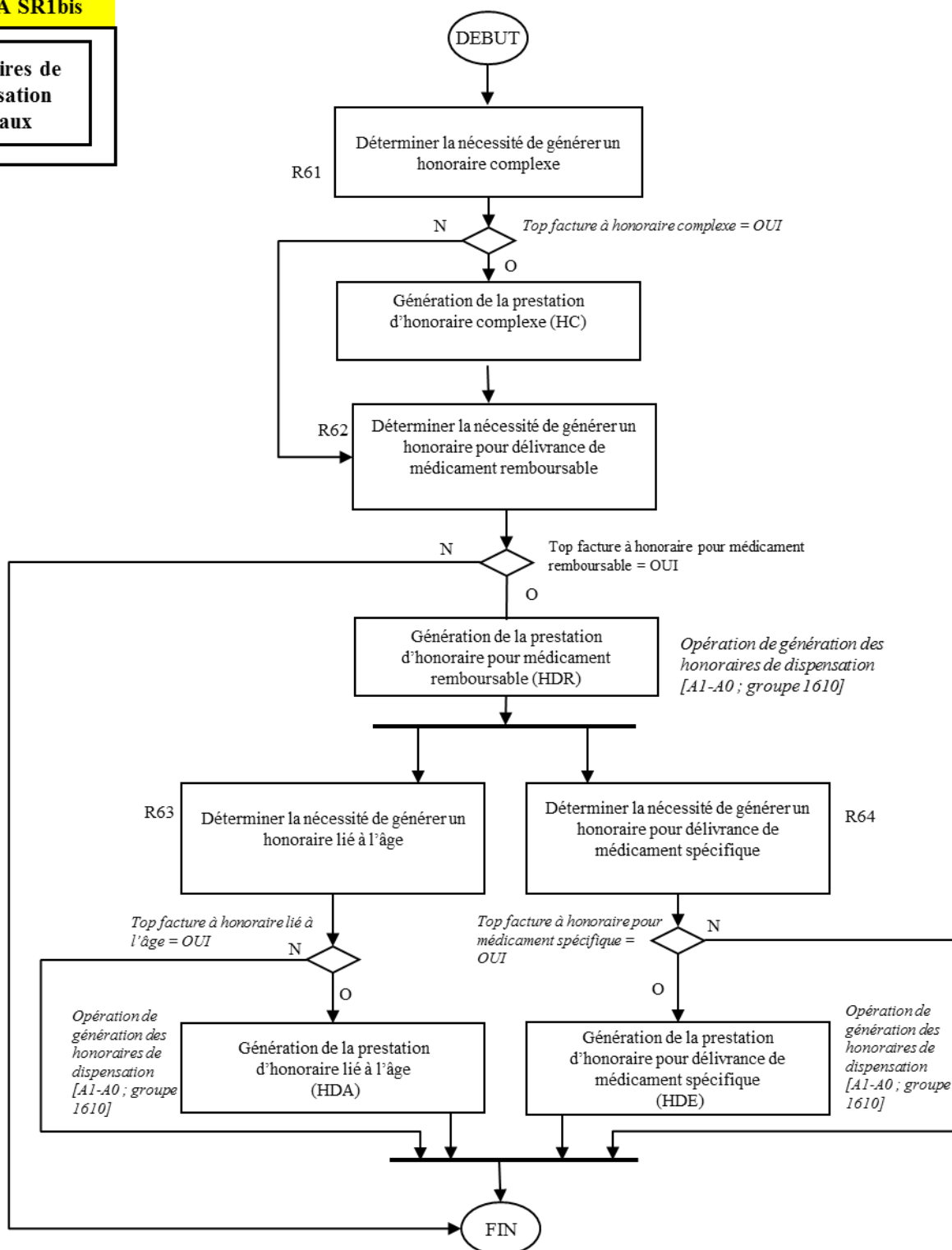
Les règles référencées RC et CC sont les règles spécifiques aux prestations CCAM et sont décrites dans le document Annexe1-A1.

Toutes les autres règles sont spécifiées dans la partie Réglementation de l'annexe 2 du CdC SESAM-Vitale.

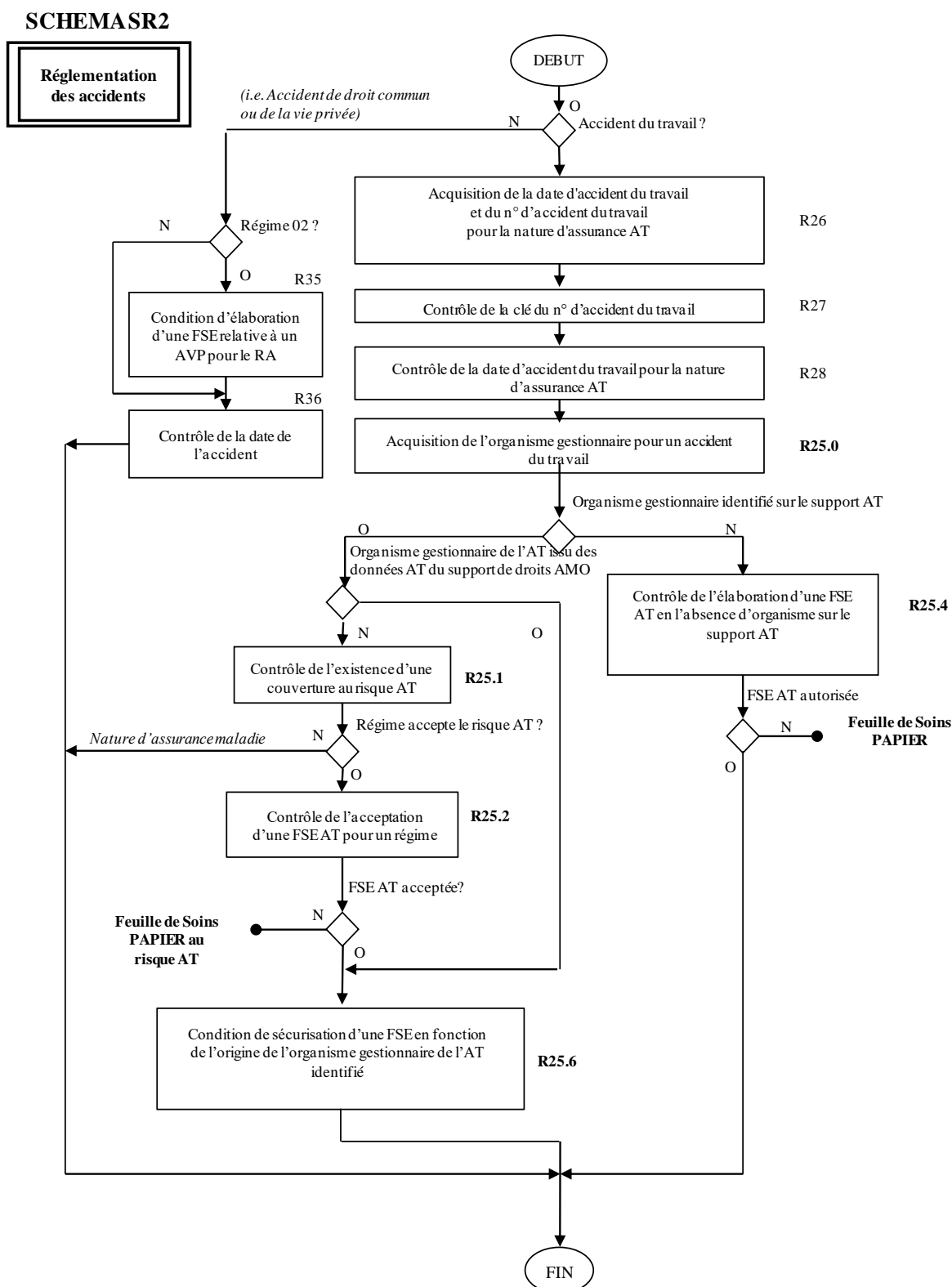
2.3.2.3.3 Schéma SR1bis : Honoraires de dispensation globaux

SCHEMA SR1bis

Honoraires de dispensation globaux



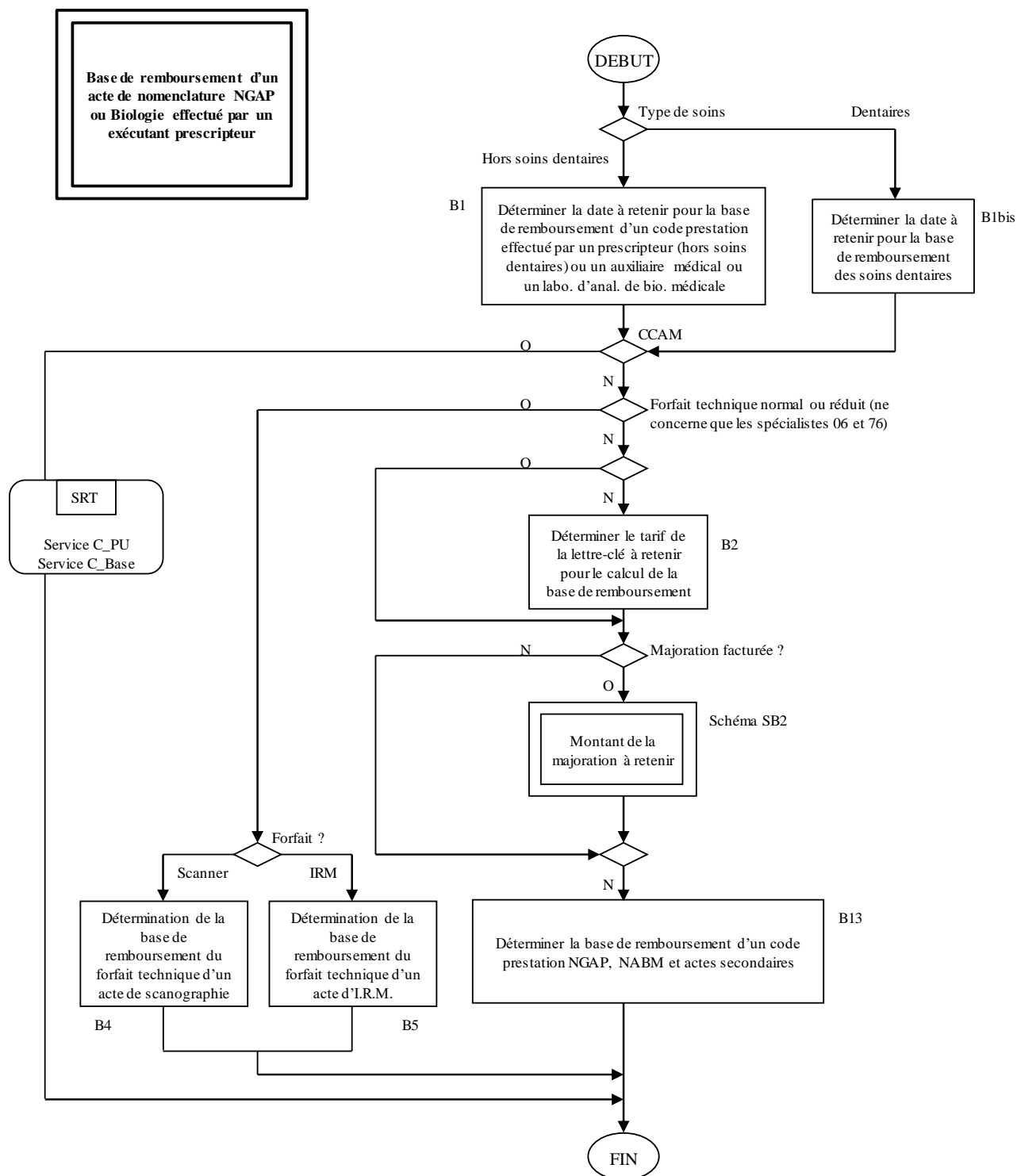
2.3.2.3.4 Schéma SR2 : Réglementation des accidents



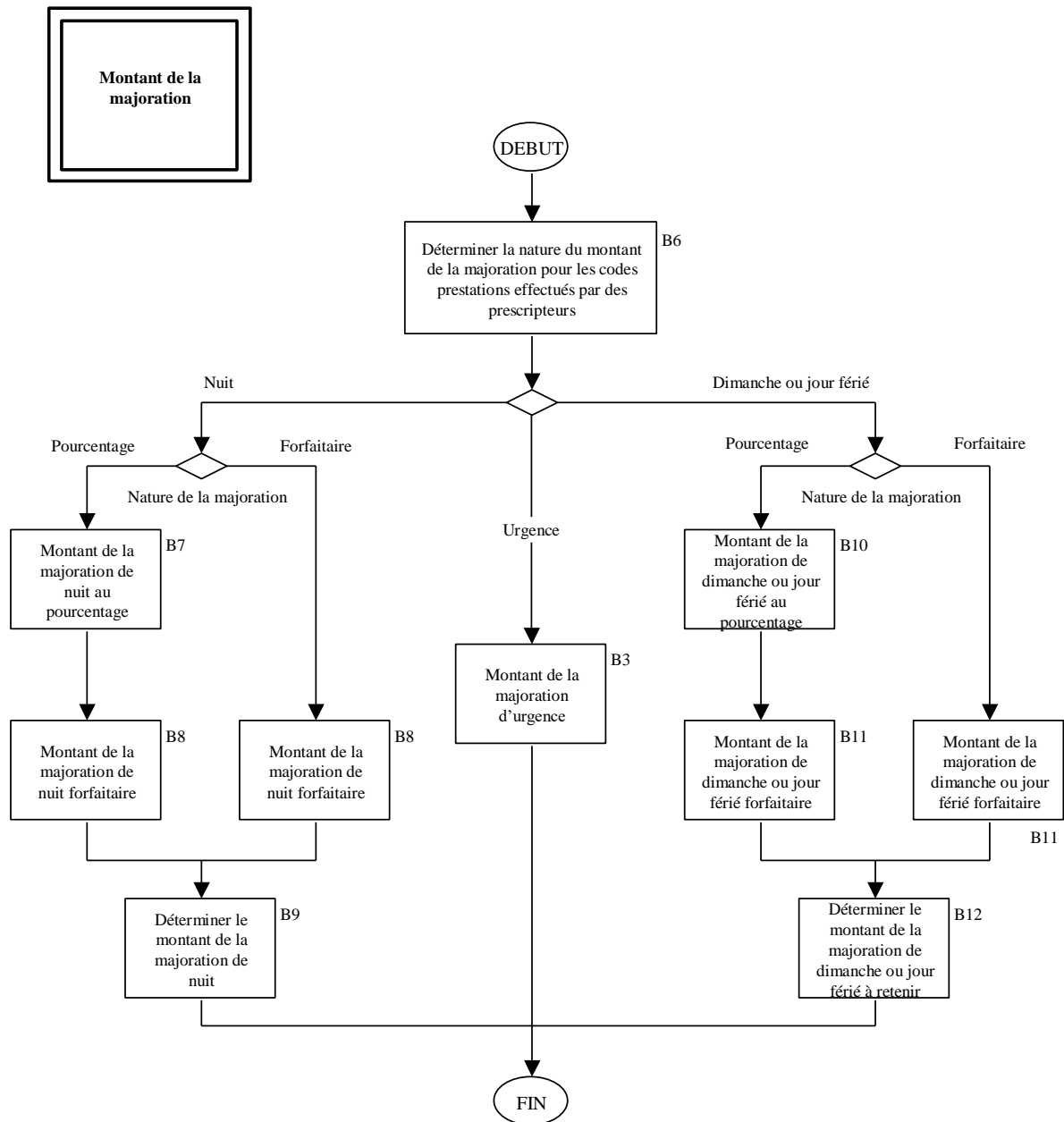
Le schéma ci-dessus décrit l'enchaînement de l'ensemble des règles de contrôle et de réglementation spécifiques à la gestion des accidents.

2.3.2.4 Schémas SB : Base de Remboursement

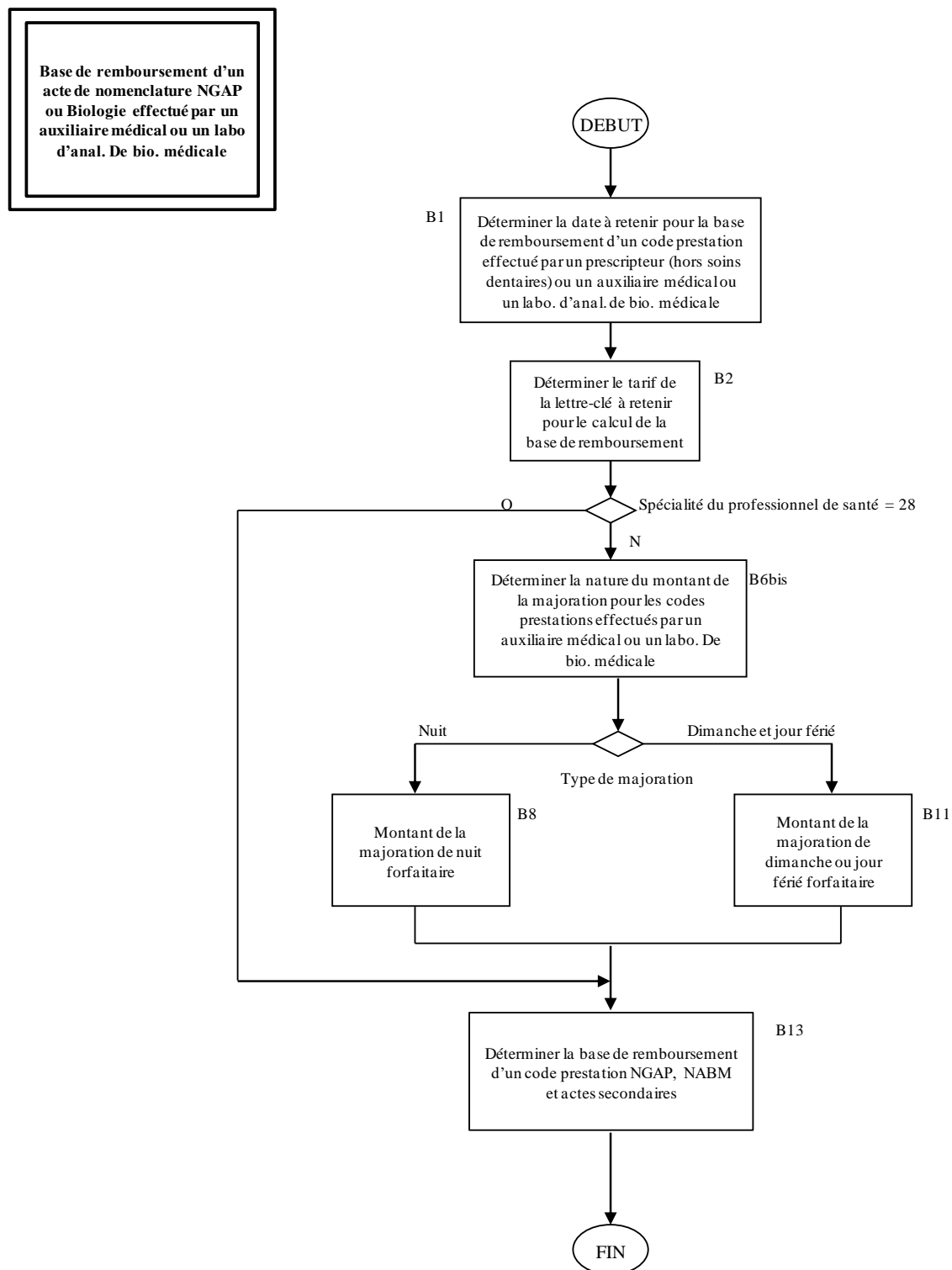
SCHEMA SB1



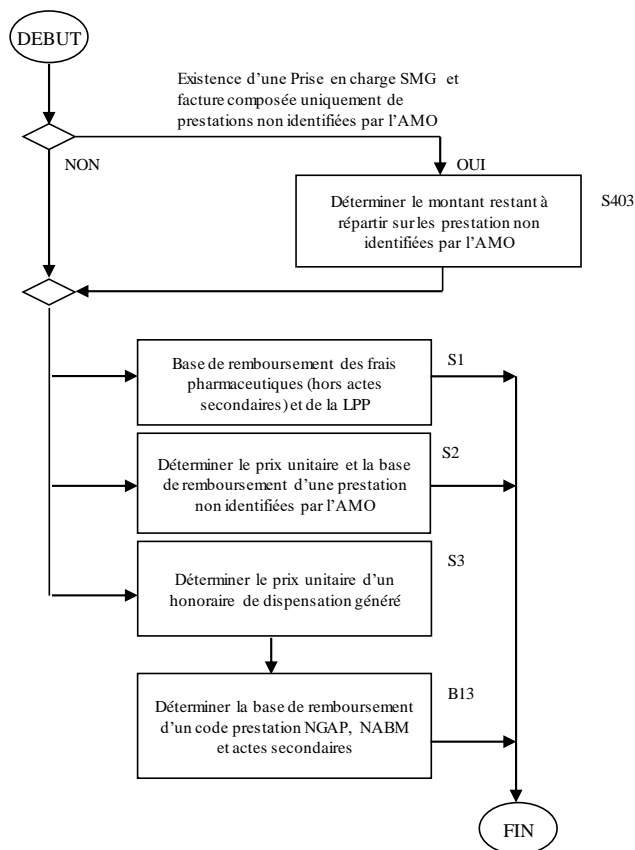
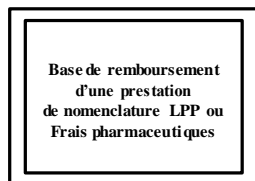
SCHEMA SB2



SCHEMA SB1bis

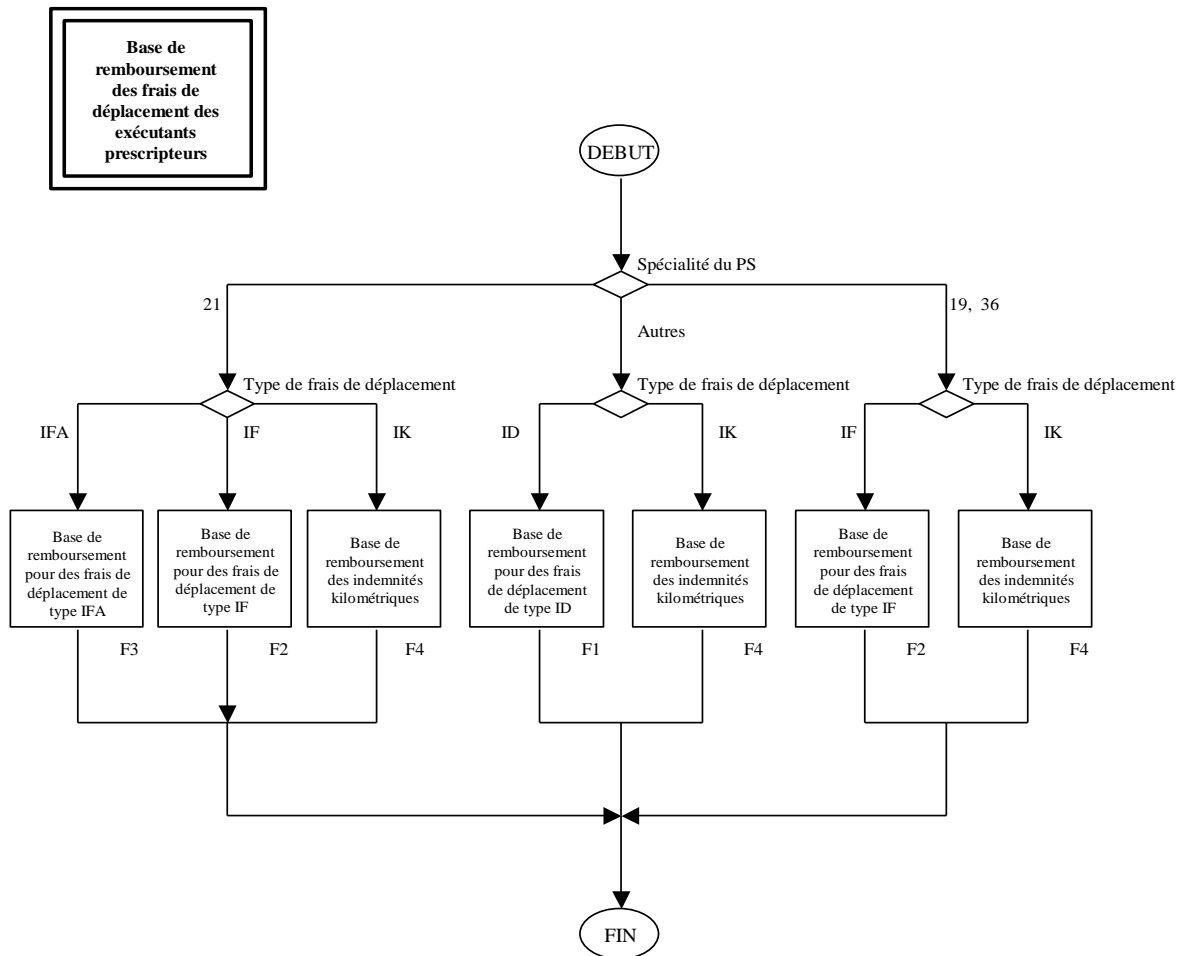


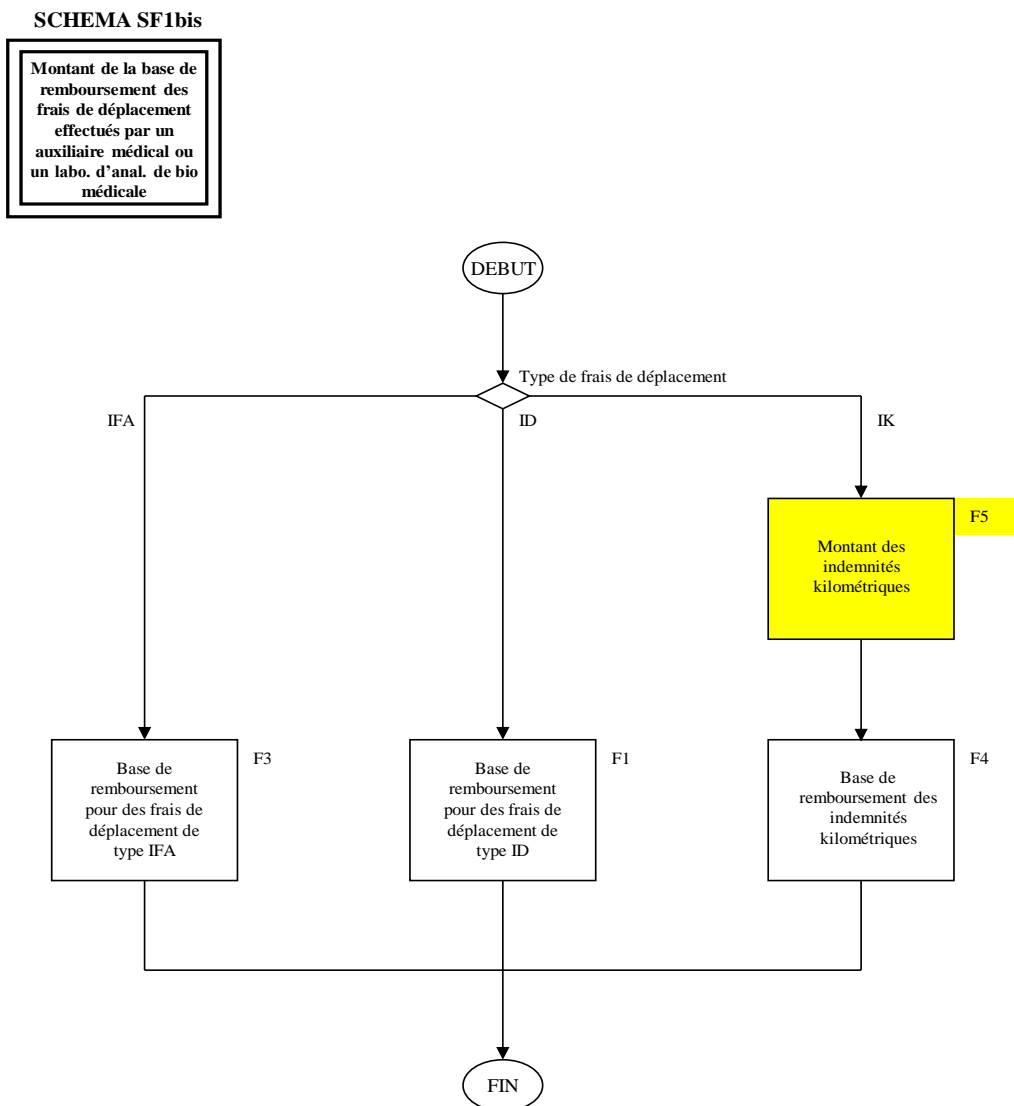
SCHEMA SB1ter



2.3.2.5 Schémas SF : Base de Remboursement des Frais de déplacement

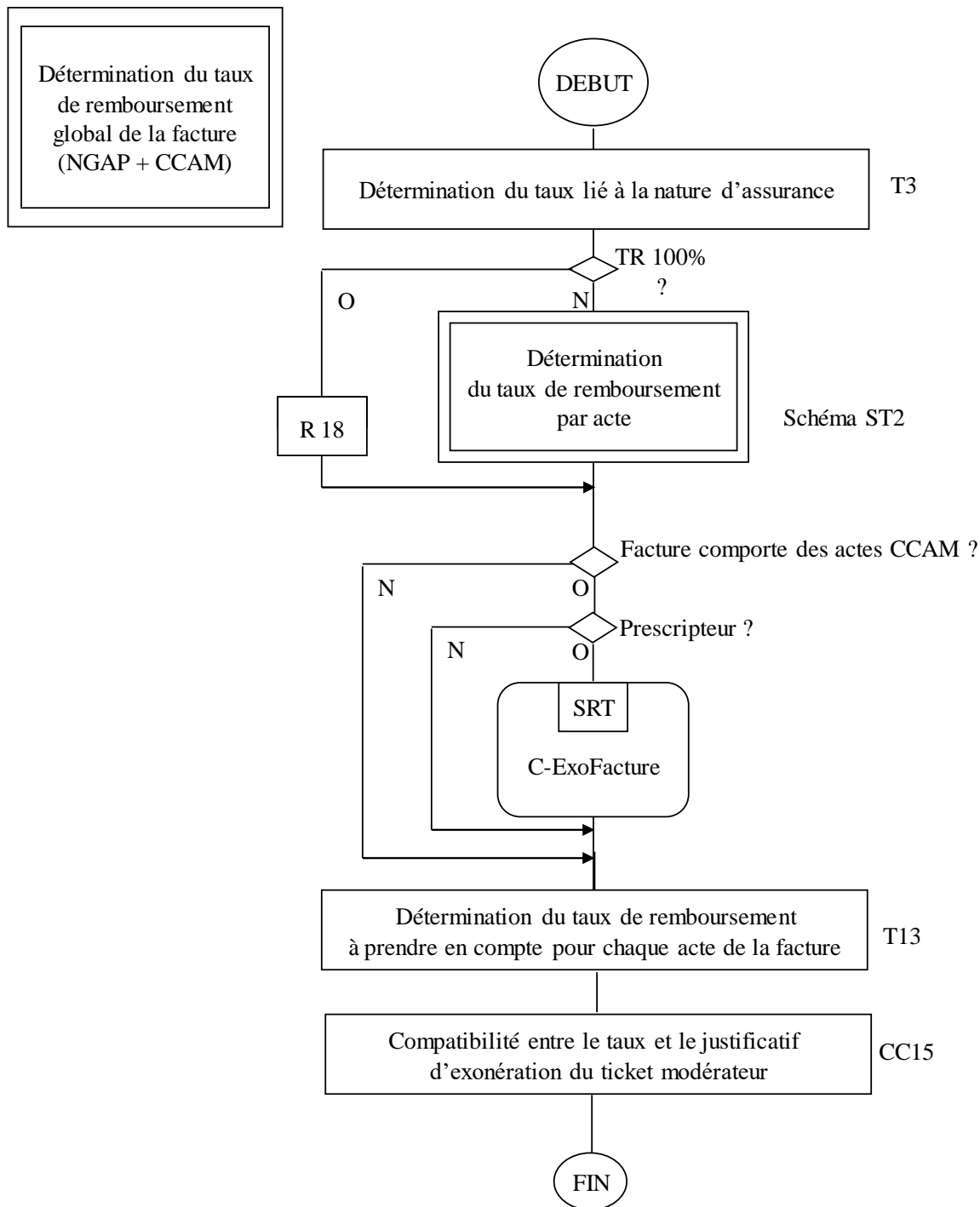
SCHEMA SF1





2.3.2.6 Schémas ST : Taux de Remboursement

Schéma ST1



Cinématique Schéma ST1

Détermination du taux de remboursement global de la facture (NGAP + CCAM)

La détermination du taux de remboursement de chaque acte nécessite un examen global de la facture.

En premier lieu, le traitement consiste à déterminer le taux de remboursement lié à la nature d'assurance. Ce taux concerne alors tous les actes de la facture. Si le taux de remboursement est 100 %, la recherche est terminée. Il faut toutefois vérifier si une FSE est attendue en fonction du code situation du bénéficiaire des soins (R18).

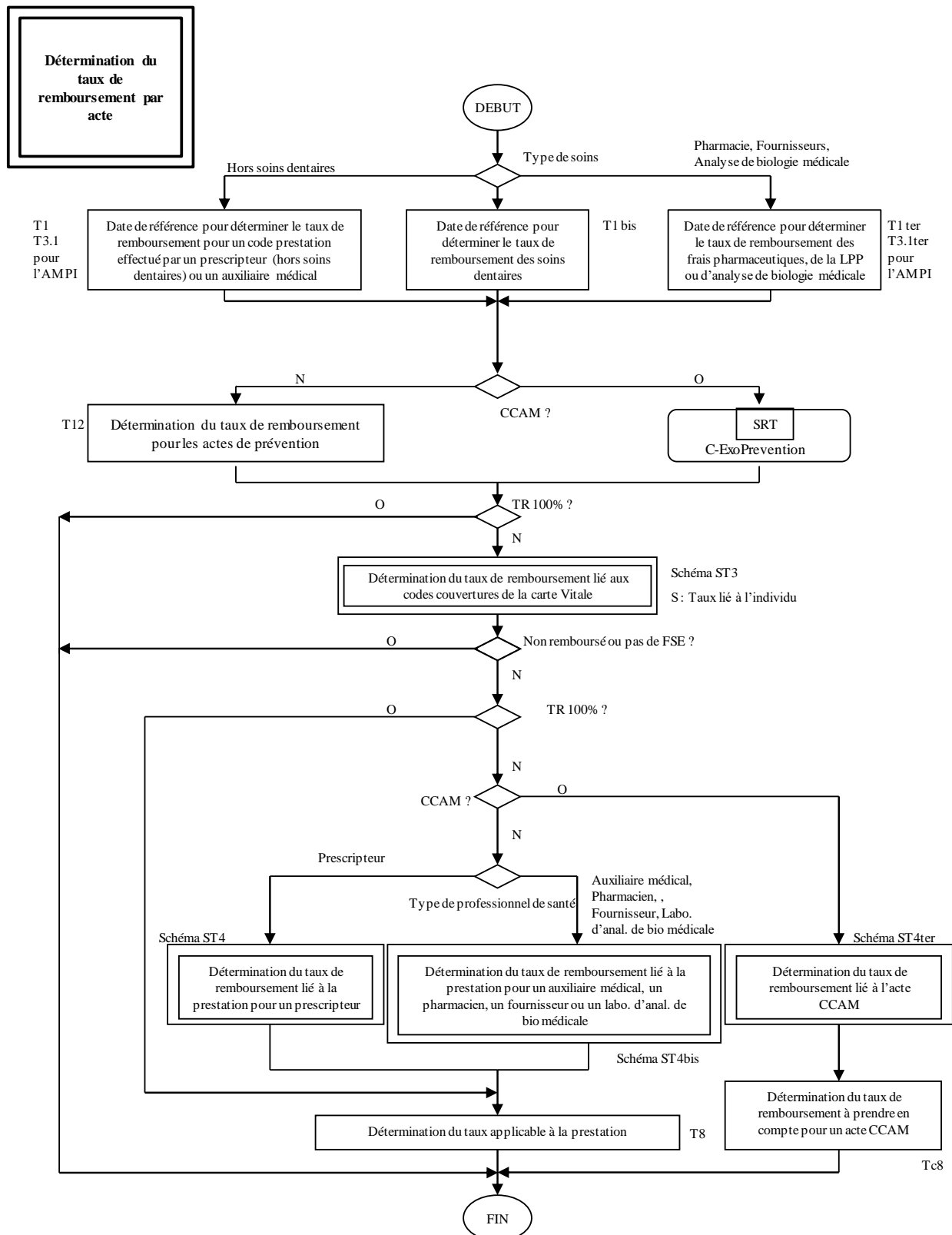
Ensuite, il convient de déterminer le taux de remboursement pour chaque acte présent sur la facture (schéma ST2).

Puis il faut rechercher dans la facture s'il existe parmi tous les actes de la facture un acte (CCAM ou NGAP) qui ne soit pas remboursé à 100 %.

- S'il en reste au moins un, il faut déterminer s'il(s) se trouve(nt) exonéré(s) par la présence d'un acte exonérant dans la facture (Tc4).
- Si ce n'est pas le cas, il reste encore à rechercher si les actes de la facture sont susceptibles d'être exonérés par la règle du seuil (Tc5).
- Il faut déterminer le taux de remboursement à prendre en compte pour chaque acte de la facture (T13) en fonction des résultats obtenus.

En dernier lieu, il convient de vérifier la compatibilité du justificatif d'exonération avec le taux de remboursement obtenu (CC15).

SCHEMA ST2



Cinématique Schéma ST2

Détermination du taux de remboursement par acte

Il s'agit ici de déterminer le taux de remboursement (TR) pour chaque acte de la facture.

- En tout premier lieu, il convient de déterminer la date à retenir pour déterminer le taux de remboursement, d'un acte ; cette date est fonction du type de soins :
 - hors soins dentaires (T1 ou T3.1 pour le RSI),
 - soins dentaires (T1 bis),
 - pharmacie, fournisseur ou analyse de biologie médicale (T1 ter ou T3.1 ter pour RSI).
- L'étape suivante est fonction du type d'acte traité :
 - s'il s'agit d'un acte CCAM on recherche si celui-ci est exécuté dans le cadre d'un dispositif de prévention (Service C-ExoPrevention du module SRT),
 - s'il s'agit d'une prestation non CCAM délivrée dans le cadre d'un dispositif de prévention, on recherche leur TR (T12).

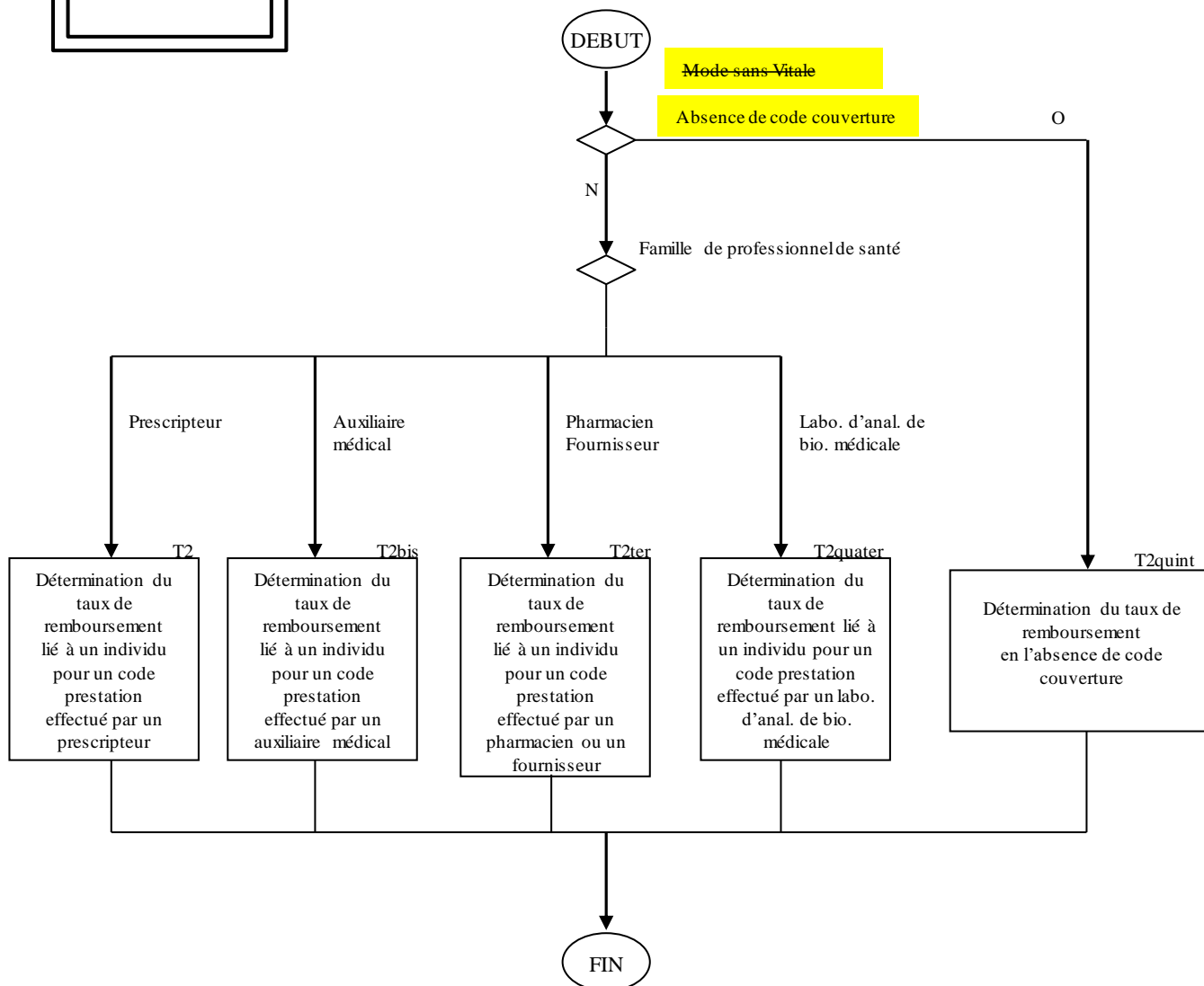
Si le TR est 100 %, la recherche est terminée. Il faut toutefois vérifier si une FSE est attendue en fonction du code situation du bénéficiaire des soins (R18).

- L'étape suivante a pour finalité de déterminer le TR lié à l'individu c'est-à-dire lié aux codes couverture de la carte Vitale (schéma ST3).
- A l'issue de ce traitement si le code situation du bénéficiaire des soins fait partie de ceux pour lesquels il est demandé de ne pas effectuer de FSE (R18) alors la recherche est terminée.
- Pour les actes (dont le taux de remboursement n'est pas égal à 100 %), le traitement se poursuit selon deux modalités suivantes :
 1. S'il s'agit d'un acte CCAM, ce sont les règles de détermination du TR lié à l'acte CCAM qui sont mises en œuvre (schéma ST4ter). Après quoi, le TR à prendre en compte pour l'acte CCAM est déterminé (Tc8).
 2. Pour les autres actes, les règles de détermination du TR diffèrent selon que l'on est en présence :
 - de la prestation d'un prescripteur (schéma ST4),
 - d'un auxiliaire médical, d'un pharmacien, d'un fournisseur ou d'un laboratoire d'analyse médicale (schéma ST4bis).

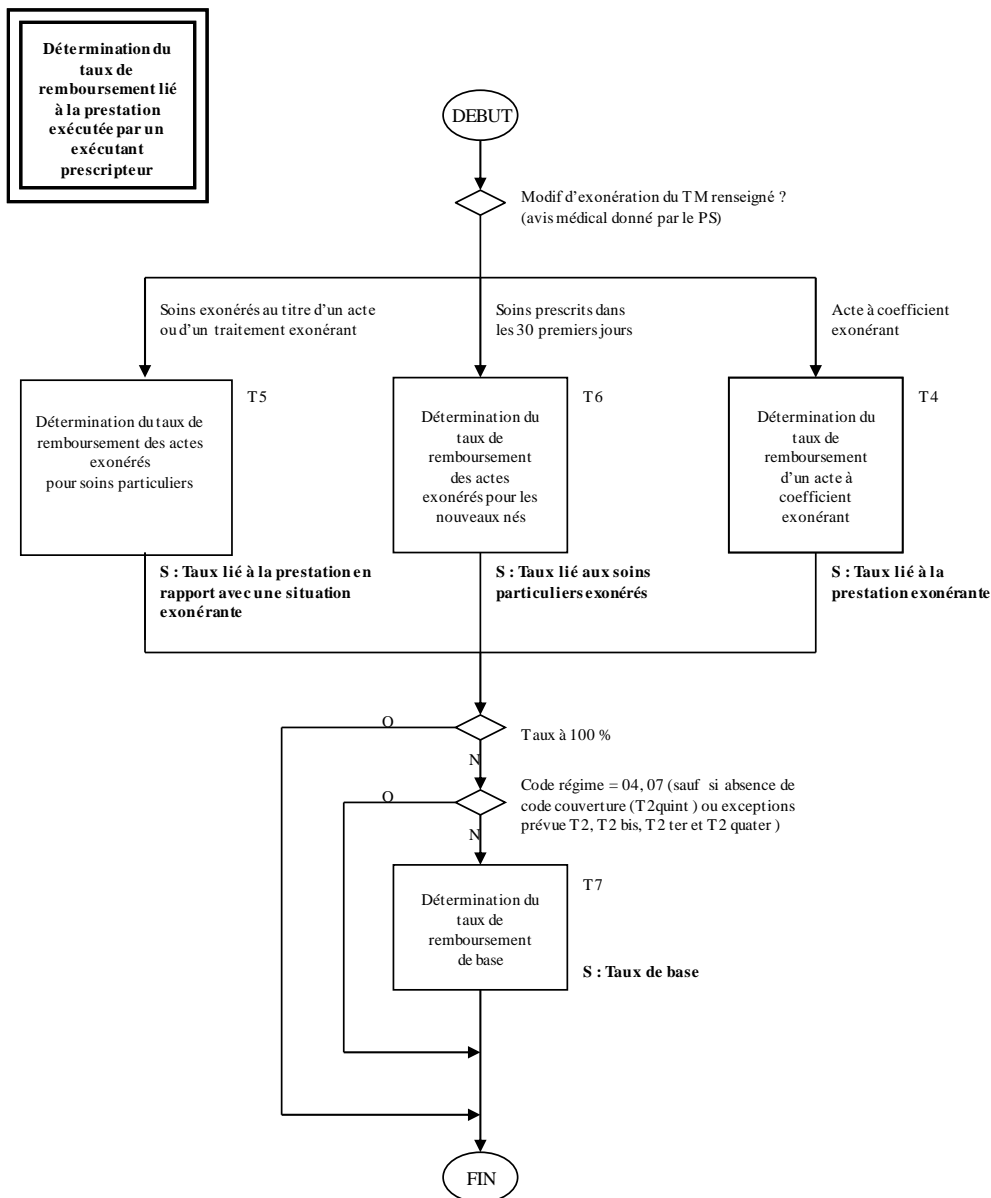
Le TR à prendre en compte pour cette prestation est enfin déterminé (T8).

SCHEMA ST3

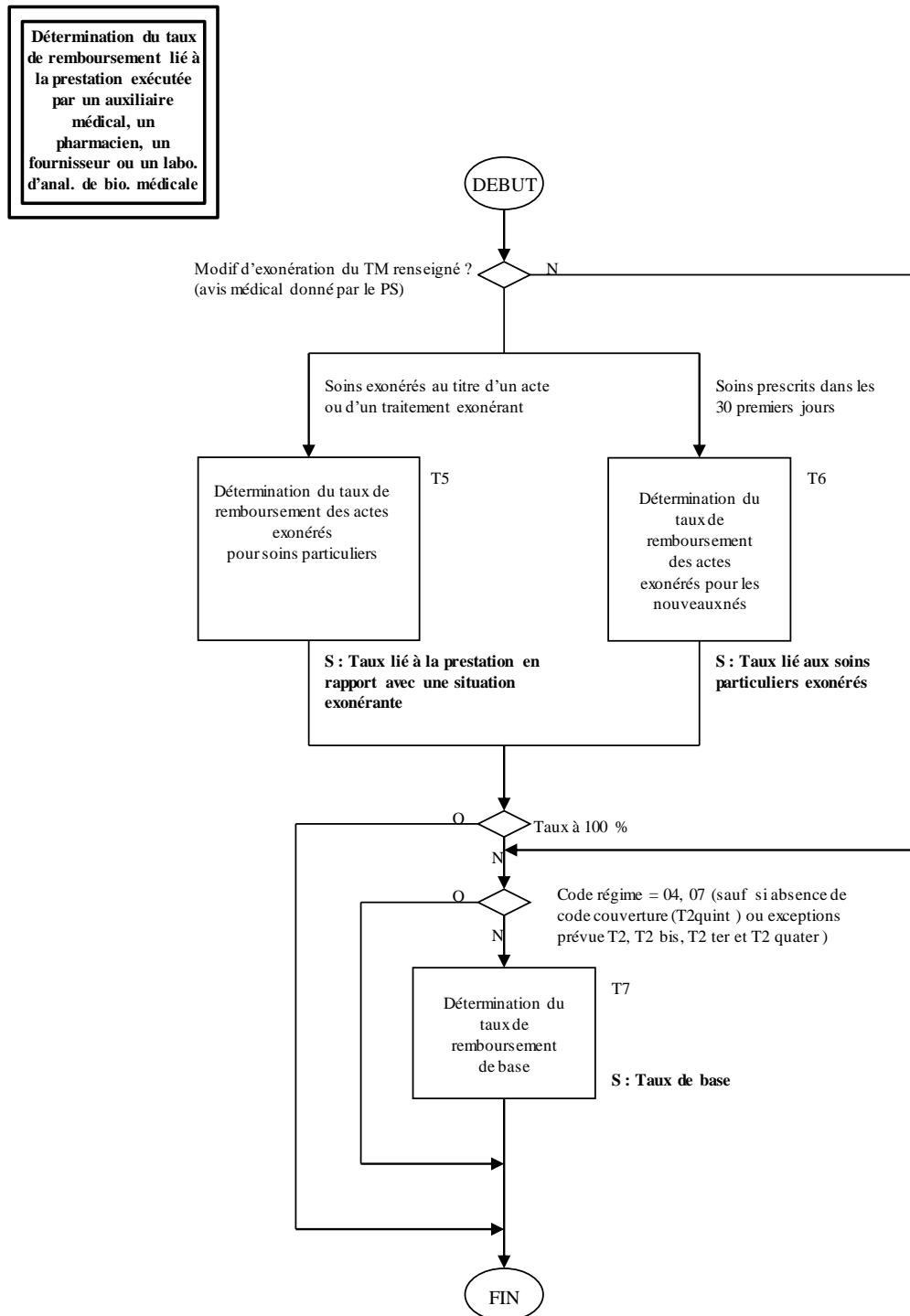
Détermination du
taux de
remboursement lié
à l'individu



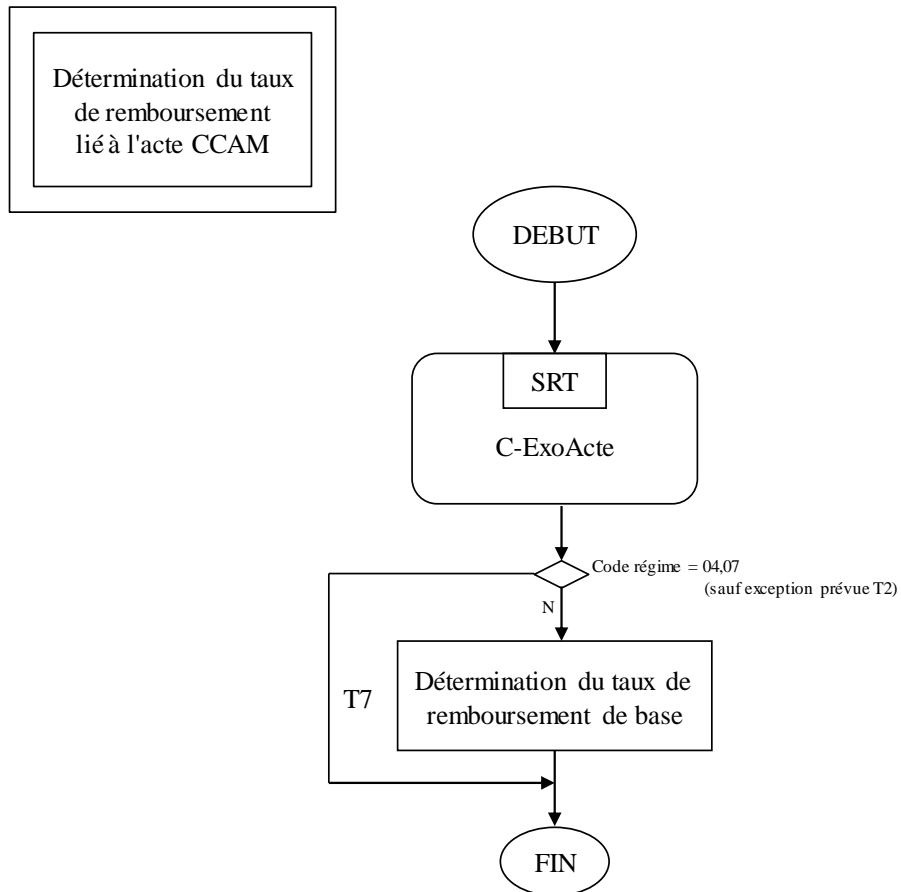
SCHEMA ST4



SCHEMA ST4bis



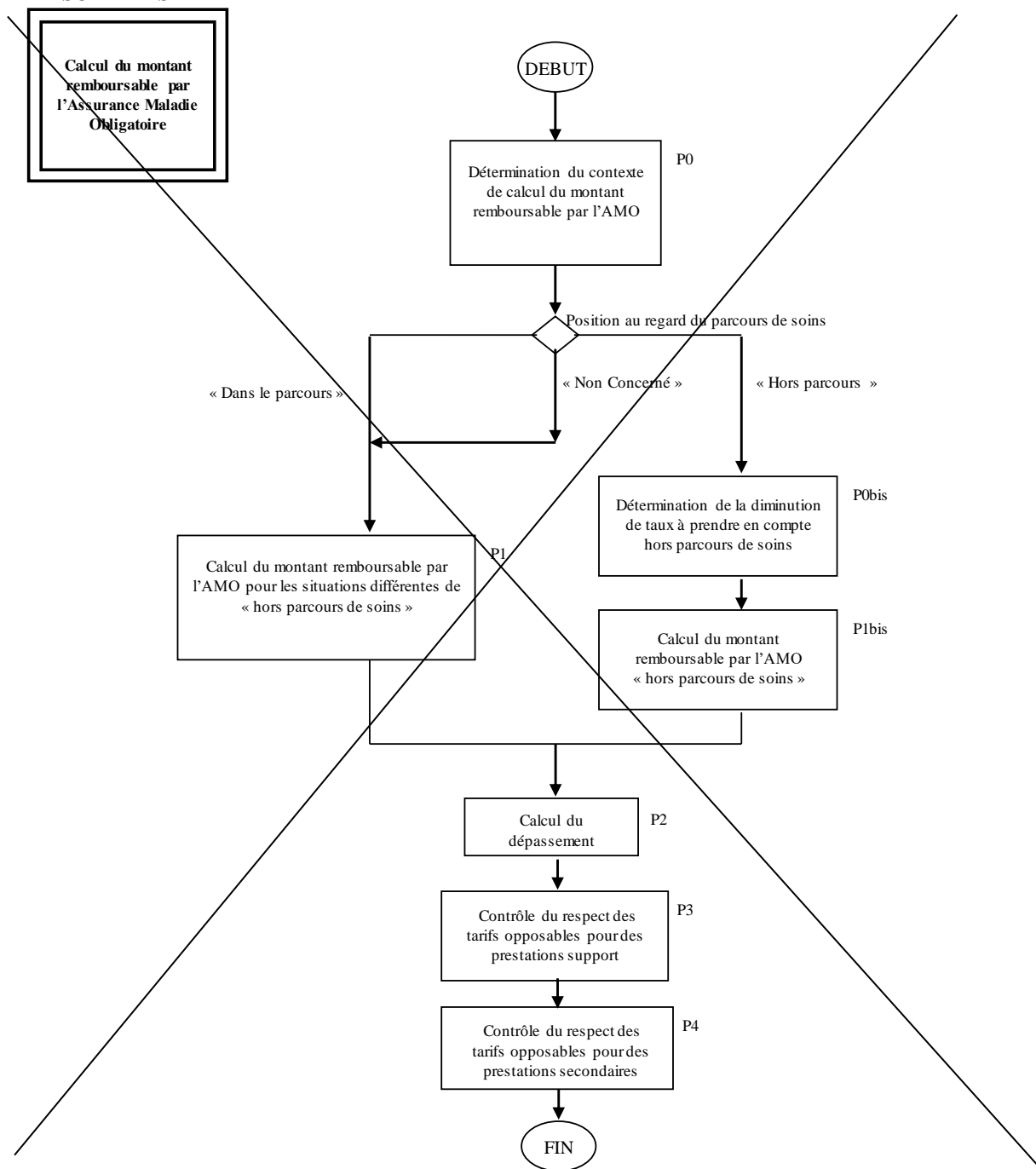
SCHEMA ST4ter

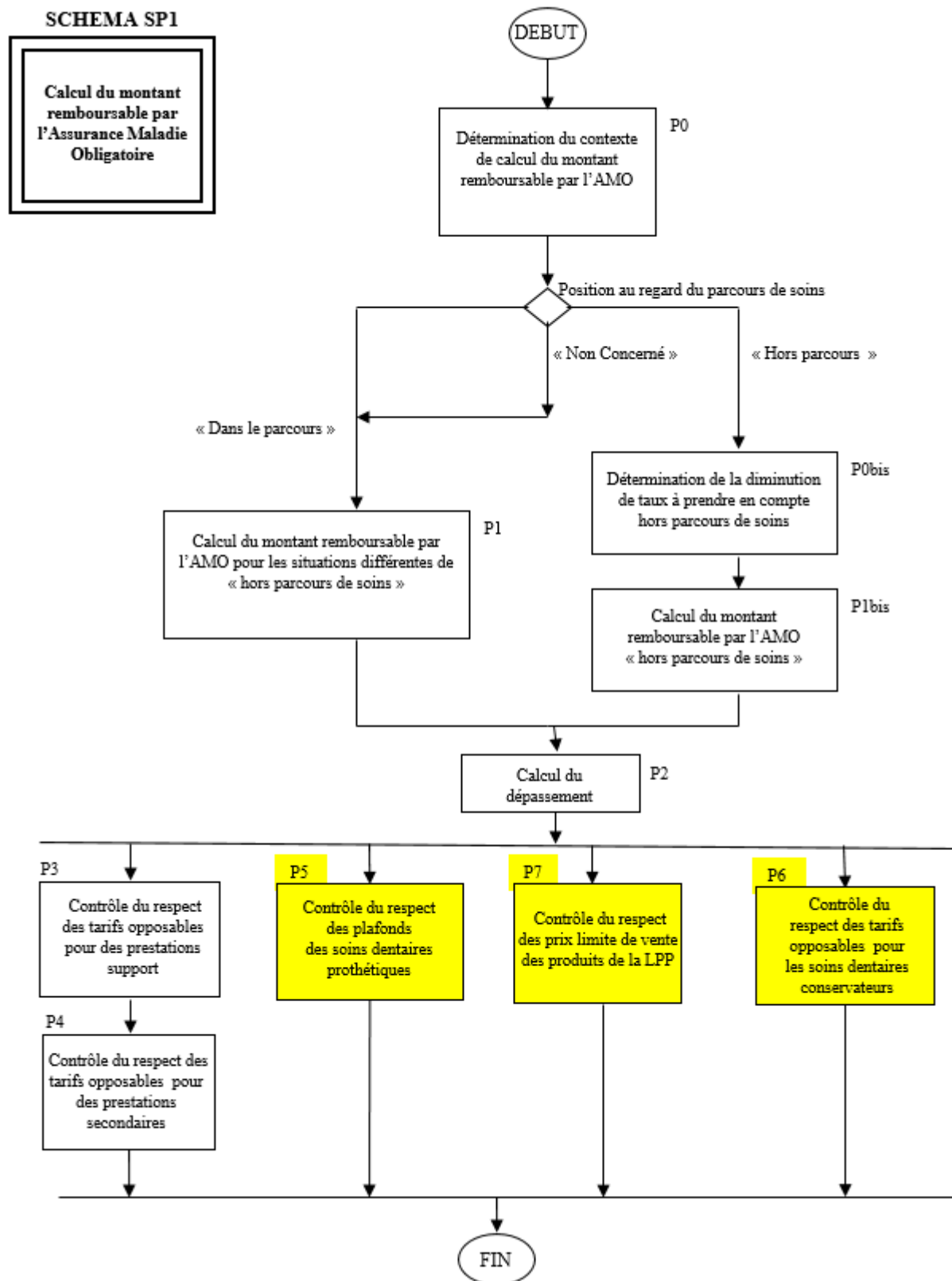


2.3.2.7

Schéma SP1 : Montant Remboursable AMO

SCHEMA SP1

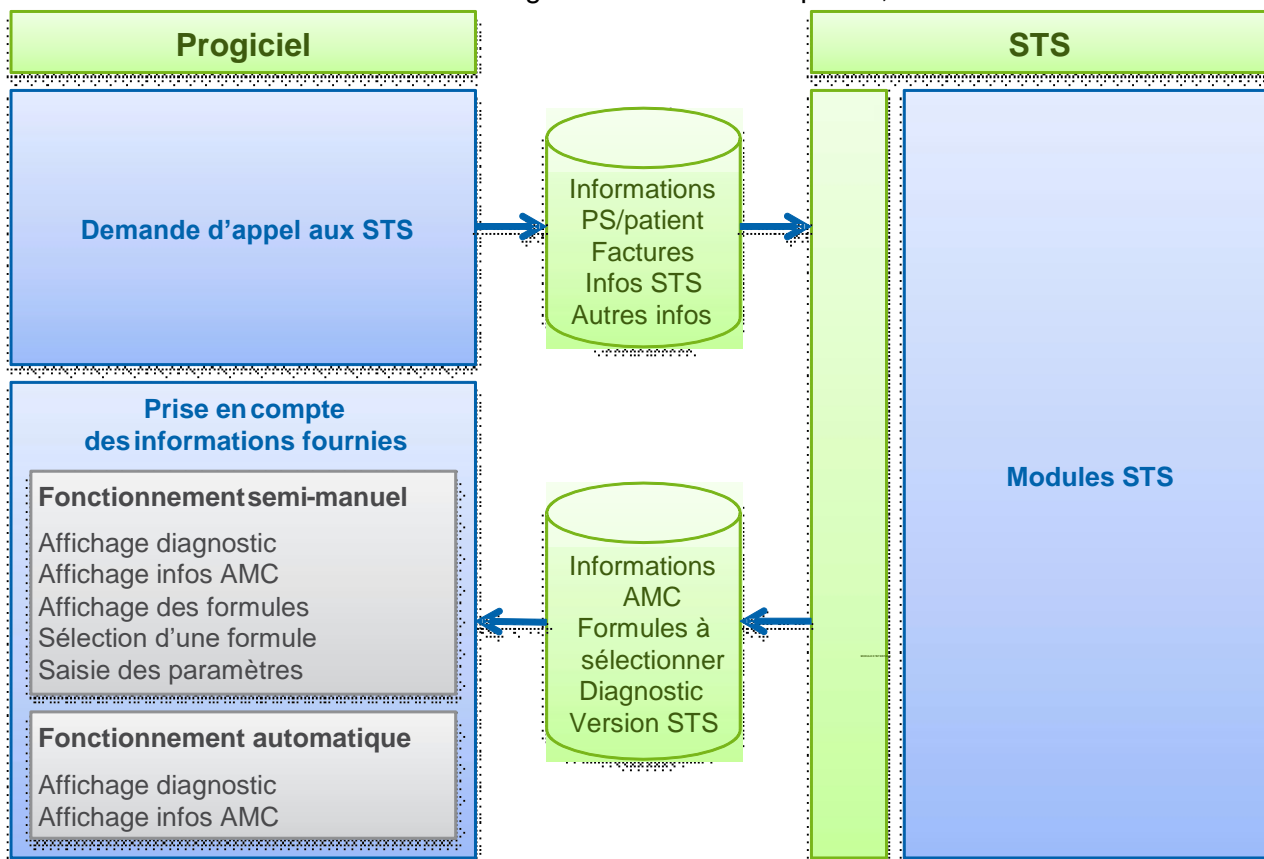




2.4 Phase Complémentaire

Le schéma ci-dessous présente le fonctionnement général de la phase complémentaire et les interactions entre le progiciel et les modules STS fournis par le GIE SESAM-Vitale.

Pour l'ensemble des règles relatives à cette phase, consulter Annexe 1-A2.



Les STS disposent d'un mode de fonctionnement identique quelle que soit la fonction appelée.

2.5 Mise en forme et sécurisation des factures

SESAM-Vitale met à disposition des fonctions permettant de mettre en forme les factures dans le but de constituer, à partir de données fournies par le progiciel du Professionnel de Santé, une feuille de soins électronique et/ou une demande de remboursement électronique formatées et sécurisées conformément aux normes d'échange attendues par les organismes d'assurance maladie. Ces fonctions répondent au besoin d'assurer la cohérence entre la génération de la DRE et celle de la FSE afin de garantir que DRE et FSE sont élaborées à partir des mêmes données.

Pour les centres de santé, il convient d'appliquer le contrôle suivant : la valeur de la troisième position d'identifiant de facturation du groupe 1120 doit être égale à zéro (Dans le périmètre actuel du Cahier des Charges SESAM-Vitale, la valeur est égale à zéro uniquement pour les centres de santé).

Pour les Professionnels de Santé salariés d'un centre de santé et pour l'élaboration de la facture, ainsi que pour les Fournisseurs le progiciel doit utiliser les informations conventionnelles contenues sur les Postes de Travail ou les serveurs.»

En cas de facturation d'acte(s) de télémedecine, si le support de droits AMO n'est ni la carte vitale ni ADRI, le logiciel du Professionnel de Santé doit alerter le Professionnel de Santé qu'il n'a utilisé ni la Carte Vitale ni ADRI pour récupérer les droits AMO du bénéficiaire des soins.

Deux fonctions sont disponibles :

- la fonction « SSV_FormaterFactures » doit être utilisée systématiquement quel que soit le mode de sécurisation. Dans le cas d'une signature désynchronisée, cette fonction s'utilise lors d'une première sécurisation avec la carte Vitale.
- la fonction « SSV_SécuriserFacture » doit être utilisée si une sécurisation partielle a été effectuée précédemment en mode désynchronisé.

Quatre fonctions - Les fonctions suivantes sont disponibles...

- | | |
|-------------------------------------|---|
| • SSV_FormaterFactures | et doivent être utilisées systématiquement ... |
| • SSV_ChiffrerFacture | quel que soit le mode de sécurisation |
| • SSV_SignerFactureVitale | quel que soit le mode de sécurisation |
| • SSV_CalculerHashFactureAssure | en mode de sécurisation SESAM Vitale si le support Vitale est la carte Vitale |
| • ApCV_SignerVitale (WS_ApCV11) | en mode de sécurisation SESAM Vitale si le support Vitale est l'ApCV |
| • SSV_AjouterSignatureAssureFacture | |
| • SSV_SignerFactureCPS | quel que soit le mode de sécurisation |

2.5.1 Mise en forme des factures

Fonction à utiliser

SSV_FormaterFactures

Les paramètres en entrée

Code porteur PS

~~Cette information peut être fournie par le logiciel du Professionnel de Santé.~~

Type de facture

Cette information est déterminée en fonction des choix réalisés par le Professionnel de Santé et du contexte de facturation possible. Cf. Corps du CDC 1.40, § Condition de génération des flux (FSE et DRE).

- « 1 » - Création d'une FSE seule.
- « 2 » - Création d'une DRE seule.
- « 3 » - Création simultanée d'une FSE et d'une DRE

Mode de sécurisation

Le mode de sécurisation s'applique à la FSE et à la DRE.

- « 1 » - SESAM sans Vitale
- « 3 » - SESAM Vitale
- ~~« 4 » - Désynchronisation, première sécurisation avec la carte Vitale~~
- « 5 » - SESAM dégradé

Type de flux (*)

Les valeurs autorisées sont les suivantes :

- « T » - Flux de test
- « D » - Flux de démonstration
- « R » - Flux réel

Zone d'échange Facture

Voir description des groupes de données (Annexe 1-A0).



Remarque :



L'Éditeur peut fournir aussi les groupes 37xx, cela n'aura pas d'impact sur le traitement de la fonction **SSV_FormaterFactures**.

(*) Les types de flux possibles sont les présentés dans le tableau ci-dessous.

Type de support Vitale carte Vitale	Réelle	Test	Démo	(pas de support Vitale carte)
Catégorie de CPS				
Réelle	Réel	(interdit)	Démo	Réel
Test	(interdit)	Test	Démo	Test

Les paramètres en sortie

Les groupes de sortie sont ~~fonction du mode de sécurisation~~ les suivants.

- ~~Pour les modes de sécurisation « 1 », « 3 », « 5 »~~

150 Groupe FSE

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 non sécurisée

Cette zone contient la FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire et prête à ~~mettre en lot~~ être chiffrée.

Code d'authentification de la FSE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la FSE.

160 Groupe DRE

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE non sécurisée

Cette zone contient la DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire et prête à ~~mettre en lot~~ être chiffrée.

Code d'authentification de la DRE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la DRE.

• ~~Pour le mode de sécurisation « 4 » (Désynchronisée – 1ère signature avec Vitale seule)~~

151 Groupe FSE désynchronisée

~~Complément FSE désynchronisée~~

~~FSE B2 sécurisée partiellement~~

161 Groupe DRE désynchronisée

~~Complément DRE désynchronisée~~

~~DRE sécurisée partiellement~~



~~Remarques~~

Fonction à utiliser

SSV_SécuriserFacture

La sécurisation par la CPS est faite lors de l'appel à la fonction « SSV_SécuriserFacture » qui transmet au lecteur la facture partiellement sécurisée. Le lecteur vérifie l'intégrité de la facture, et la certifie avec la CPS. La fonction remonte au progiciel la facture sécurisée et son critère de regroupement en lots.

Les paramètres en entrée

Si Sécurisation d'une FSE

Code porteur PS

Cette information peut être fournie par le progiciel du Professionnel de Santé.

N° logique de situation

N° identification de facturation PS

151 Groupe FSE désynchronisée

Complément FSE désynchronisée

FSE B2 sécurisée partiellement

Si Sécurisation d'une DRE

Code porteur PS

Cette information peut être fournie par le progiciel du Professionnel de Santé.

N° logique de situation

Issu de la lecture de la carte CPS

N° identification de facturation PS

161 Groupe DRE désynchronisée

Complément DRE désynchronisée

DRE sécurisée partiellement

Les paramètres en sortie

150 Groupe FSE

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 sécurisée

Cette zone contient la FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire et prête à mettre en lot.

160 Groupe DRE

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE sécurisée

Cette zone contient la DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire et prête à mettre en lot.



Remarques

La désynchronisation des signatures est également autorisée pour les factures à sécuriser en visite. Cette fonctionnalité permet ainsi à une infirmière X de sécuriser les factures de sa collègue Y en présence de la carte Vitale. Elle n'est pas prévue pour les factures élaborées en visite qui, elles, sont complètement sécurisées sur le TLA en une seule fois.

2.5.2

Chiffrement des factures

Fonction à
utiliser

SSV_ChiffrerFacture

Les paramètres
en entrée

Zone d'échange Facture

Voir description des groupes de données (Annexe 1-A0).

Les groupes d'entrée sont les suivants.

150 Groupe FSE

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2

Cette zone contient la FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire et prête à être chiffrée.

Code d'authentification de la FSE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la FSE

160 Groupe DRE

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE

Cette zone contient la DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire et prête à être chiffrée.

Code d'authentification de la DRE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la DRE

Les paramètres en sortie

Les groupes de sortie sont les suivants.

150 Groupe FSE

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 chiffrée

Cette zone contient la FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire et après chiffrement.

Code d'authentification de la FSE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la FSE.

160 Groupe DRE

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE chiffrée

Cette zone contient la DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire et après chiffrement.

Code d'authentification de la DRE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la DRE.

2.5.3

Signature Vitale des factures

2.5.3.1

Signature Vitale des factures avec une carte Vitale

Fonction à utiliser

SSV_SignerFactureVitale

Les paramètres en entrée

Zone d'échange Facture

Voir description des groupes de données (Annexe 1-A0).

Les groupes d'entrée sont les suivants.

150 Groupe FSE

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 chiffrée

Cette zone contient la FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire et après chiffrement.

Code d'authentification de la FSE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la FSE.

160 Groupe DRE

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE chiffrée

Cette zone contient la DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire et après chiffrement.

Code d'authentification de la DRE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la DRE.

**Les paramètres
en sortie**

Les groupes de sortie sont les suivants.

150 Groupe FSE

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 signée avec la carte Vitale

Cette zone contient la FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire et après signature par la carte Vitale.

Code d'authentification de la FSE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la FSE.

160 Groupe DRE

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE signée avec la carte Vitale

Cette zone contient la DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire et après signature par la carte Vitale.

Code d'authentification de la DRE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la DRE.

2.5.3.2 Signature Vitale des factures avec une ApCV

Vue générale

Nom MF16 : Signer la FSE et/ou la DRE avec l'ApCV

Description Si le support Vitale est l'ApCV, le système de facturation permet la signature Vitale de la FSE et/ou de la DRE, pour cela il :

- contrôle la validité du contexte ApCV ;
- contrôle la validité du support de droits AMO ;
- crée une empreinte de la FSE et/ou une empreinte de la DRE ;
- prépare les données du résumé de la facture ;
- appelle le service en ligne de signature Vitale de la FSE et/ou la DRE ;
- ajoute la signature à la FSE et/ou la signature à la DRE.

Entrées « FSE » chiffrée
« DRE » chiffrée

ApCV

Numéro de série de l'ApCV

EF_BS26_01

Identifiant du contexte ApCV

EF_BS26_03

Date de fin de validité du contexte ApCV

EF_BS26_04

Sorties « FSE »

« DRE »

**Situations
spécifiques**

Schéma

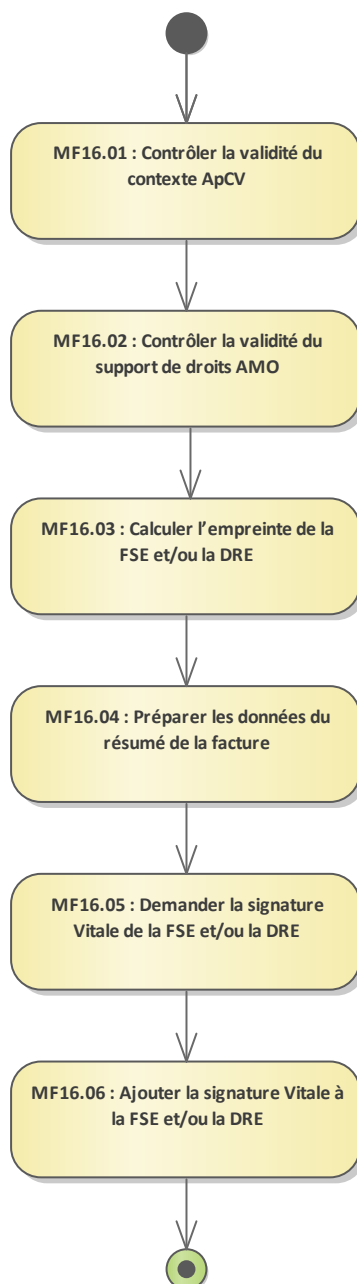


Figure 1 : Enchaînement des tâches de l'opération « MF16 : Signer la FSE et/ou la DRE avec l'ApCV »

2.5.3.2.1 MF16.01 : Contrôler la validité du contexte ApCV

Vue générale

Nom MF16.01 : Contrôler la validité du contexte ApCV

Description Cette fonction permet de contrôler que le contexte ApCV n'est pas périmé, c'est-à-dire que sa date de fin de validité n'est pas dépassée.

Règles de gestion

[RG_MF900] Contrôler la date de fin de validité du contexte ApCV (EF_BS26_04)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation contrôle que la date de fin de validité du contexte ApCV n'est pas dépassée.



Cas d'erreur

[CE1] Contexte ApCV périmé

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé ne peut pas signer la FSE et/ou la DRE.

Le système de facturation informe le Professionnel de Santé et lui propose une nouvelle authentification de l'utilisateur de l'ApCV et reprend la fonction « MF16 : Signer la FSE et/ou la DRE avec l'ApCV » du début.

2.5.3.2.2 MF16.02 : Contrôler la validité du support de droits AMO

Vue générale

Nom MF16.02 : Contrôler la validité du support de droits AMO

Description Cette fonction permet de contrôler la validité du support de droits AMO utilisé pour signer une FSE et/ou une DRE avec une ApCV.

Règles de gestion

[RG_MF901] Contrôler la validité du support de droits AMO (EF_CF12_05)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation contrôle que le support de droits AMO (i.e. nature de pièce justificative AMO) utilisé est bien valide pour effectuer la signature Vitale de la FSE et/ou DRE avec une ApCV, à savoir qu'il s'agit du service ADR.



Cas particulier

[CP1] Nature d'assurance SMG

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation autorise la signature Vitale de la FSE et/ou la DRE avec une nature de pièce justificative AMO égale à « 1 » en cas de nature d'assurance SMG.

Rappel : dans le cas particulier d'une facture en nature d'assurance SMG, quel que soit le support de droits AMO, le système de facturation renseigne la nature de pièce justificative AMO à la valeur 1 : « L'assuré a présenté une attestation de droits... ».



Cas d'erreur

[CE1] Support de droits AMO incorrect

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation retourne le message « Support de droits AMO incorrect ».

Le Professionnel de Santé ne peut pas signer la FSE et/ou la DRE.

2.5.3.2.3

MF16.03 : Calculer l'empreinte de la FSE et/ou la DRE

Vue générale

Nom MF16.03 : Calculer l'empreinte de la FSE et/ou l'empreinte de la DRE

Description

Cette fonction permet de calculer l'empreinte (hash) d'une FSE et/ou l'empreinte d'une DRE. Si la fonction reçoit une FSE et une DRE, elle retourne alors une empreinte pour la FSE et une empreinte pour la DRE.

Règles de gestion

[RG_MF902] Calculer l'empreinte de la FSE et/ou l'empreinte de la DRE

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation calcule l'empreinte de la FSE et/ou l'empreinte de la DRE.

Fonction à utiliser

SSV_CalculerHashFactureAssure

Les paramètres en entrée

Zone d'échange Facture

Voir description des groupes de données (Annexe 1 A0).

Numéro de série de l'ApCV (EF_BS26_01)

Les groupes d'entrée sont les suivants.

150 Groupe FSE

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 chiffrée

Cette zone contient la FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire et après chiffrement.

Code d'authentification de la FSE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la FSE.

160 Groupe DRE

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE chiffrée

Cette zone contient la DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire et après chiffrement.

Code d'authentification de la DRE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la DRE.

**Les paramètres
en sortie**

Les groupes de sortie sont les suivants.

150 Groupe FSE

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 après calcul d'empreinte

Cette zone contient la FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire et après avoir fait l'objet d'un calcul d'empreinte.

Code d'authentification de la FSE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la FSE.

Empreinte de la FSE

Empreinte (hash) de la FSE

160 Groupe DRE

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE après calcul d'empreinte

Cette zone contient la DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire et après avoir fait l'objet d'un calcul d'empreinte

Code d'authentification de la DRE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la DRE.

Empreinte de la DRE

Empreinte (hash) de la DRE

2.5.3.2.4 MF16.04 : Préparer les données du résumé de la facture

Vue générale

Nom MF16.04 : Préparer les données du résumé de la facture

Description

Cette fonction permet de préparer les données du résumé de la facture.

Le résumé de la facture est transmis au SI-ApCV lors de l'appel au service en ligne de signature Vitale avec une ApCV. Dès que la signature Vitale est effectuée, il est alors consultable par l'utilisateur, directement depuis son ApCV (i.e. système mobile).

Règles de gestion

[RG_MF903] Préparer les données du résumé de la facture (EF_MF17)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation prépare les données du résumé de la facture :

	Nom de la donnée	Référence de la donnée		Référence service signature Vitale ApCV (WS_ApCV11)
Professionnel de Santé	Identifiant de facturation du facturant	1120-1	→	EF_ApCVsi11_E43_01
	Clé de l'identifiant de facturation du facturant	1120-2		
	Nom ou raison sociale du facturant	1140-3 si renseigné sinon 1120-3	→	EF_ApCVsi11_E43_03
	*en cas de remplacement, nom du remplaçant	1150-3		
	Identifiant national du facturant	1120-13	→	EF_ApCVsi11_E43_02
	Clé de l'identifiant national du facturant	1120-14		
Bénéficiaire des soins	*en cas de remplacement, identifiant national et clé du remplaçant	1151-1 1151-2		
	NIR et sa clé du bénéficiaire des soins	104-9 104-10	→	EF_ApCVsi11_E44_04 EF_ApCVsi11_E44_05
	Nom usuel du bénéficiaire des soins	104-1		EF_ApCVsi11_E44_01
	Nom de famille du bénéficiaire des soins	104-2		EF_ApCVsi11_E44_02
	Prénom du bénéficiaire des soins	104-3	→	EF_ApCVsi11_E44_03
Facture	Numéro de la facture	1110-1	→	EF_ApCVsi11_E42_01

	Nom de la donnée	Référence de la donnée		Référence service signature Vitale ApCV (WS_ApCV11)
	Date de la facture	1110-3	→	EF_ApCVsi11_E42_02
	Montant total de la facture	1910-2	→	EF_ApCVsi11_E42_03
	Montant payé par l'assuré	cf RG_VF900 ci-dessous	→	EF_ApCVsi11_E42_04
Organisme obligatoire destinataire	ne pas renseigner en cas de DRE seule			
	Code régime	1310-1	→	EF_ApCVsi11_E09_01
	Code caisse	1310-2	→	EF_ApCVsi11_E09_02
	Code centre	1310-3	→	EF_ApCVsi11_E09_03
Organisme complémentaire destinataire	à renseigner uniquement en mode de gestion séparée			
	N° organisme complémentaire	1321-2	→	EF_ApCVsi11_E15_01
Prestation	Pour chaque prestation (groupes 1610, 1620 et 1630) :			
	Code acte de la prestation (lettre clé) facturée	1610-4	→	EF_ApCVsi11_E45_01
		1620-3		
		1630-3		
	Date d'exécution de la prestation	16XX-2	→	EF_ApCVsi11_E45_02
	Montant calculé des honoraires de la prestation	1610-6	→	EF_ApCVsi11_E45_03
		1620-4		
		1630-5		

[RG_VF900] Calculer le montant payé par l'assuré

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où le support Vitale est l'ApCV, le système de facturation doit calculer le montant total payé par l'assuré, c'est-à-dire le montant total de la facture diminué du montant total remboursable AMO en cas de tiers payant AMO et du montant total de la part complémentaire en cas de tiers payant complémentaire.

2.5.3.2.5 MF16.05 : Demander la signature Vitale de la FSE et/ou la DRE

Vue générale

Nom MF16.05 : Demander la signature Vitale de la FSE et/ou la DRE

Type Avec interaction avec le SI-ApCV

Description Cette fonction permet d'appeler le service de demande de signature Vitale de la FSE et/ou la DRE depuis une ApCV (ApCV-MP-002).

Règles de gestion

[RG_MF904] Appeler le service de demande de signature Vitale de la FSE et/ou de la DRE avec une ApCV (WS_ApCV11)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les paramètres en entrée

Nom de la donnée		Référence service signature Vitale ApCV (WS_ApCV11)
Empreinte de la FSE	→	EF_ApCVsi11_E50.03
Empreinte de la DRE	→	EF_ApCVsi11_E50.04
Identifiant du contexte ApCV (EF_BS26_03)	→	EF_ApCVsi11_E30.01
Matricule de l'assuré	→	EF_ApCVsi11_E50.01
Type de flux	→	EF_ApCVsi11_E50.02
Résumé de la facture	→	Cf RG_MF903

[RG_MF905] Récupérer la réponse à la demande de signature Vitale de la FSE et/ou de la DRE (WS_ApCV11)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les paramètres en sortie

Nom de la donnée		Référence service signature Vitale ApCV (WS_ApCV11)
Signature de la FSE	←	EF_ApCVsi11_S50.02
Signature de la DRE	←	EF_ApCVsi11_S50.03
Occurrence de la facture	←	EF_ApCVsi11_S50.04



Cas d'erreurs

[CE1] Contexte ApCV non valide

Le Professionnel de Santé ne peut pas signer la FSE et/ou la DRE.

Le système de facturation informe le Professionnel de Santé et lui propose une nouvelle authentification de l'utilisateur d'une ApCV et reprend la fonction « MF16 : Signer la FSE et/ou la DRE avec l'ApCV » du début.

[CE2] NIR OD incohérent

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation retourne le message « Numéro d'immatriculation transmis différent ».

Le Professionnel de Santé ne peut pas signer la FSE et ou/la DRE.

[CE3] Marquage de la facture incohérent

Le système de facturation retourne le message « Compatibilité de l'ApCV avec le marquage de la facture incohérente ».

Le Professionnel de Santé ne peut pas signer la FSE et ou/la DRE.

[CE4] Nombre maximal de facture atteint

Le système de facturation retourne le message « Nombre maximal de facture atteint ».

Le Professionnel de Santé ne peut pas signer la FSE et/ou la DRE.

Le système de facturation propose une nouvelle authentification de l'utilisateur d'une ApCV et reprend la fonction « MF16 : Signer la FSE et/ou la DRE avec l'ApCV » du début.

2.5.3.2.6 MF16.06 : Ajouter la signature Vitale à la FSE et/ou la DRE

Vue générale

Nom MF16.06 : Ajouter la signature Vitale à la FSE et/ou la DRE

Description Cette fonction permet d'ajouter la signature de la FSE dans la FSE et/ou la signature de la DRE dans la DRE.

Règles de gestion

[RG_MF906] Ajouter la signature Vitale à la FSE et/ou la DRE

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation ajoute la signature de la FSE dans la FSE et/ou la signature de la DRE dans la DRE.

Fonction à utiliser

SSV_AjouterSignatureAssureFacture

Les paramètres en entrée

Zone d'échange Facture

Voir description des groupes de données (Annexe 1-A0).

Les groupes d'entrée sont les suivants.

150 Groupe FSE

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 après calcul d'empreinte

Cette zone contient la FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire et après avoir fait l'objet d'un calcul d'empreinte.

Code d'authentification de la FSE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la FSE.

170 Groupe Signature FSE par ApCV

Signature FSE par ApCV

Signature de la FSE reçue en réponse du service de signature Vitale ApCV

160 Groupe DRE

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE après calcul d'empreinte

Cette zone contient la DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire et après avoir fait l'objet d'un calcul d'empreinte.

Code d'authentification de la DRE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la DRE.

180 Groupe Signature DRE par ApCV

Signature DRE par ApCV

Signature de la DRE reçue en réponse du service de signature Vitale ApCV

157 Groupe Occurrence de la facture

Occurrence de la facture

Occurrence de facture reçue en réponse du service de signature Vitale ApCV

**Les paramètres
en sortie**

Les groupes de sortie sont les suivants.

150 Groupe FSE

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 signée avec l'ApCV

Cette zone contient la FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire et après signature avec l'ApCV.

Code d'authentification de la FSE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la FSE.

160 Groupe DRE

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE signée avec l'ApCV

Cette zone contient la DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire et après signature avec l'ApCV.

Code d'authentification de la DRE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la DRE.

2.5.4 Signature CPS des factures

Fonction à
utiliser

SSV_SignerFactureCPS

Les paramètres
en entrée

Zone d'échange Facture

Voir description des groupes de données (Annexe 1-A0).

Code porteur PS

Numéro logique situation de facturation PS

Les groupes d'entrée sont fonction du mode de sécurisation.

- Pour les modes de sécurisation « 3 »

150 Groupe FSE

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 signée avec le support Vitale la carte Vitale

Cette zone contient la FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire après chiffrement et signature par le support Vitale la carte Vitale.

Code d'authentification de la FSE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la FSE.

160 Groupe DRE

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE signée avec le support Vitale la carte Vitale

Cette zone contient la DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire après chiffrement et signature par le support Vitale la carte Vitale

Code d'authentification de la DRE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la DRE.

- Pour les modes de sécurisation « 1 » « 5 »

150 Groupe FSE

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 chiffrée

Cette zone contient la FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire après chiffrement.

Code d'authentification de la FSE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la FSE.

160 Groupe DRE

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE chiffrée

Cette zone contient la DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire après chiffrement.

Code d'authentification de la DRE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la DRE.

**Les paramètres
en sortie**

Les groupes de sortie sont les suivants.

150 Groupe FSE

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 signée avec la carte CPS

Cette zone contient la FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire après chiffrement, signature par le support Vitale la carte Vitale et signature par la carte CPS.

160 Groupe DRE

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE signée avec la carte CPS

Cette zone contient la DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire après chiffrement, signature par le support Vitale la carte Vitale et signature par la carte CPS.

3 Cas particulier du forçage

3.1 Principe de la création d'un indicateur de forçage

Pour qu'un organisme d'Assurance Maladie puisse appliquer le principe de la garantie de paiement, il est indispensable qu'il détienne l'information relative à une éventuelle intervention du Professionnel de Santé ;

C'est à cette fin que sont créés dans la version 1.40 du Cahier des Charges SESAM-Vitale des indicateurs de forçage.

Quatre indicateurs, décrits dans le tableau ci-dessous, ont été créés :

Pour permettre une bonne compréhension des paragraphes suivants, les indicateurs ont été numérotés.

N° indicateur	Définition	Position groupe et libellé
indicateur ①	Indicateur de forçage de niveau facture qui indique que : <ul style="list-style-type: none">les données bénéficiaires ont été modifiées : droits AMO (maternité, ALD) ou des données de la zone mutuelle. ou <ul style="list-style-type: none">des éléments de niveau facture concourant à la tarification AMO ont été modifiés ou créés.	1440-1 "Indicateur de forçage AMO niveau facture"
indicateur ②	Indicateur de forçage de niveau facture qui indique que les données AMC du bénéficiaire ont été modifiées (période de droits).	1440-2 "Indicateur de forçage AMC niveau facture"
indicateur ③	Indicateur de forçage de niveau acte qui indique qu'un ou plusieurs éléments concourant à la tarification AMO de la prestation ont été modifiés ou créés.	2000-2 "Indicateur de forçage AMO niveau acte"
indicateur ④	Indicateur de forçage de niveau acte qui indique qu'un ou plusieurs éléments concourant à la tarification de la part complémentaire de la prestation ont été modifiés ou créés.	2010-2 "Indicateur de forçage AMC niveau acte"

Ces quatre indicateurs fonctionnent indépendamment les uns des autres, i.e. la valorisation d'un indicateur n'entraîne pas de modification sur la valeur des autres indicateurs.

Ces quatre indicateurs sont valorisés par le progiciel, exception faite de l'indicateur ③ dans le cas des prestations CCAM valorisé par le service "Contrôle Complet CCAM" du module SRT et de l'indicateur ④ qui peut être valorisé par le service « tarification » des STS.

3.2 Principes de forçage de niveau facture

Aucune donnée n'est forçable sauf spécification contraire.

La prise en compte d'un autre support de droits n'est pas considérée comme un forçage.

3.2.1 Forçage des informations relatives au domaine de l'AMO

3.2.1.1 Forçage des droits à exonération du ticket modérateur liés à la maternité

Le Professionnel de Santé peut forcer la date de fin « théorique » de droits à l'exonération du ticket modérateur au titre de la maternité.

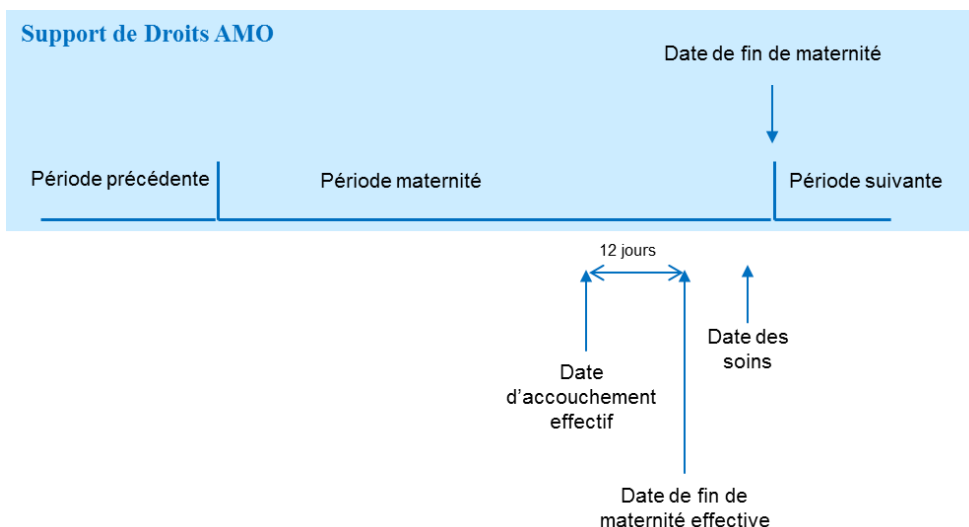
⇒ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « M ».

Dans ce cas, le code situation à prendre en compte pour la facturation est celui de la période d'exonération suivant la période de maternité, si elle existe, ou à défaut celui de la période précédant la période de maternité.



Illustration du cas d'usage

Ce forçage s'applique en cas d'accouchement prématuré par rapport à la date de fin de maternité connue sur le support de droits AMO :



3.2.1.2 Forçage d'une situation d'exonération modulation du ticket modérateur

La règle adoptée

Il n'est pas envisageable de permettre au Professionnel de Santé de modifier le périmètre fonctionnel d'une situation d'exonération / modulation présente en carte.



Cas particulier

Dès lors qu'une attestation papier et que le protocole de soins sont présentés, le Professionnel de Santé peut élaborer une facture pour des soins conformes au protocole de soins ALD

- lorsque l'ALD n'est pas présente en carte,

- ou lorsque les droits sont échus en carte (en prolongeant les droits du bénéficiaire à cette exonération).

⇒ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « A ».

3.2.1.3 Forçage des zones « service AMO famille » et « service AMO bénéficiaire »

Ce champ permet aux AMO de gérer, entre autres, des situations de tiers payant liées à l'individu.

Dès lors qu'une attestation papier est présentée et justifiant des droits y afférents, le Professionnel de Santé peut élaborer une facture en rapport avec ces droits lorsque ces droits ne sont pas présents en carte ou prolonger les droits du bénéficiaire.

⇒ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « S ».

3.2.1.4 Forçage des données liées à la nature d'assurance AT ou aux accidents de la vie privée

Dès lors que le Professionnel de Santé modifie une donnée des tables 11.2, 11.3 ou 11.4 de l'annexe 2.

⇒ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « W ».

3.2.1.5 Forçage des données liées au parcours coordonné de soins

Dès lors que le Professionnel de Santé modifie une donnée des tables 5 bis et 14 à 19 de l'annexe 2.

⇒ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « T ».

3.2.1.6 Forçage des données liées aux régimes à taux particuliers

Dès lors que le Professionnel de Santé modifie une donnée des tables 20.x ou 21.x de l'annexe 2.

⇒ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « U ».

3.2.1.7 Forçage de l'accès au tiers payant

Lorsque la « date de fin de droit AMO » est dépassée à la date de référence de la facture (cf. annexe1- Lecture Droits Vitale), le Professionnel de Santé peut accorder le tiers payant par forçage.

⇒ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « Y ».

3.2.1.8 Forçage des données liées à la nature d'assurance SMG

Dès lors que le Professionnel de Santé modifie une donnée de la table 30 de l'annexe 2,

⇒ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « Z ».

3.2.2 Forçage des informations relatives au domaine de la complémentaire

Il convient de distinguer la situation d'une complémentaire en gestion unique de la situation d'une complémentaire en gestion séparée.

Cette distinction repose soit sur l'analyse par le Professionnel de Santé du dispositif conventionnel lié à la dispense d'avance de frais sur la part complémentaire dont relève le bénéficiaire pour lequel il élabore une facture, soit sur le type de transmission.

3.2.2.1 Principes de forçage des données de la zone AMC

Forçage des bornes de la période de droits

Pour pratiquer le tiers payant, les droits de couverture Complémentaire doivent être ouverts à la date retenue par l'AMO pour la détermination des droits (cf. Corps 3.2.2.2 page 47 « Situation du bénéficiaire au regard du remboursement de la part complémentaire » et cf. Corps 3.2.2.6 page 50 « Situation particulière CMU-C »). Si ce n'est pas le cas, le Professionnel de santé peut modifier la période de validité des données.

⇒ L'indicateur de forçage ② sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « D ».

3.2.2.2 Principes de forçage des données de la zone mutuelle

Forçage de la période de droits complémentaires et garanties effectives

Les données mutuelle sont renseignées en carte Vitale et l'assuré présente une attestation papier comportant le même numéro de complémentaire mais avec une période de couverture et / ou des garanties effectives différentes.

Les dates de début et de fin de droits complémentaires ainsi que les garanties effectives sont modifiables par le Professionnel de Santé.

⇒ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « D ».

Mutuelle non présente en carte ou Mutuelle différente de celle contenue dans la carte

Dès lors que la mutuelle n'est pas gérée en carte Vitale ou que la Mutuelle choisie par l'assuré n'est pas celle identifiée dans la carte et que l'assuré présente une attestation papier émise par une mutuelle en convention de gestion, dans ce cas l'attestation fait foi, et le Professionnel de Santé utilisera ces données pour l'établissement de la facture.

⇒ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « N ».

3.2.2.3 Principes de forçage pour des données liées à un bénéficiaire de la C2S CMU-C, à un sortant de C2S CMU-C

Dès lors que le bénéficiaire des soins présente une attestation papier justifiant ses droits à la C2S CMU-C ou une attestation justifiant ses droits de sortant de C2S CMU-C, le Professionnel de Santé peut :

- élaborer une facture en rapport avec ses droits lorsque sa situation au regard de la C2S CMU-C ou de sortant de C2S CMU-C n'est pas présente en carte
- ou prolonger les droits de la situation de C2S CMU-C ou de sortant de C2S CMU-C contenue en carte.

⇒ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « N ».

La présentation par un assuré d'une attestation papier prolongeant et justifiant ses droits à la C2S CMU-C, ne doit pas être considérée comme une attestation de sortant de C2S CMU-C.

3.2.3

Cumul des indicateurs de forçage au regard des données de la carte Vitale et de la facturation AMO niveau facture

Lors de l'analyse du forçage des données de la carte Vitale, plusieurs valeurs de l'indicateur ① sont possibles ; ceci indiquant que lors de l'élaboration de la facture, le Professionnel de Santé a été confronté à plusieurs cas de forçage. En conséquence, le progiciel renseigne une valeur d'indicateur de forçage significative du cumul.

Cas de Cumul possible de l'indicateur N° ①	Valeur à renseigner par le progiciel
Y + tout autre indicateur	Y
M + D	O
M + N	P
M + S	R
S + D	G
S + N	H
A + D	I
A + N	J
T+Z	T

Cas de Cumul possible de l'indicateur N° ①	Valeur à renseigner par le progiciel
M + W, T ou U	M
N + W, T ou U	N
D + W, T ou U	D
S + W, T ou U	S
A + W, T ou U	A
O + W, T ou U	O
P + W, T ou U	P
R + W, T ou U	R
G + W, T ou U	G
H + W, T ou U	H
I + W, T ou U	I
J + W, T ou U	J

3.3 Principes de forçage de niveau acte

3.3.1 Forçage des informations relatives au domaine de l'AMO

3.3.1.1 Forçage des éléments de tarification hors CCAM

Principes

La création d'un nouvel acte ou la modification des attributs du code prestation sont considérés comme un forçage.

Ce forçage ne concerne pas les prestations de type honoraire générées par le système de facturation : pour toute prestation de type honoraire générée (cf. Annexe 2 – Table 1 - Groupe fonctionnel général et origine de la prestation), aucune information de la prestation ne doit être modifiable (forçable) par le Professionnel de Santé.

Données forcées

Forçage des données de la facture pour une prestation Hors CCAM

Les données de la facture qui peuvent être « forcées » par le Professionnel de Santé sont présentées dans le tableau suivant avec, en regard, la table de l'annexe2 dans laquelle ces données sont spécifiées.

Données forçables Hors CCAM	Table de l'annexe 2	Valeur indicateur
• la nature de prestation ou code de l'acte	table 1	A
• les caractéristiques du code prestation (type de prestation, type de nomenclature, groupe fonctionnel ou top codage affiné) Attention : pour toute prestation de la table 1, la donnée « origine prestation » n'est pas une donnée forçable.	table 1	C
• la compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance	table 4	C
• la nécessité d'une prescription pour l'acte effectué	table 4	C
• la nécessité d'un coefficient et les valeurs minimale et maximale spécifiées pour ce coefficient	table 4	C
• la compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement	table 4	C
• la compatibilité de l'acte avec une majoration de nuit, dimanche ou férié	table 4	C
• le taux théorique de remboursement	table 4	C
• la compatibilité de l'acte avec la spécialité du Professionnel de Santé	table 2	C
• la compatibilité de l'acte avec le contexte conventionnel du Professionnel de Santé (règle R1bis) dans le respect des tarifs opposables (règles P3 et P4) s'il y a lieu	table 2bis	C
• la compatibilité de l'acte avec la qualité du bénéficiaire	table 3	C
• la compatibilité de l'acte avec l'âge du bénéficiaire	table 3	C

Données forçables Hors CCAM	Table de l'annexe 2	Valeur indicateur
• la compatibilité de l'acte avec la nécessité d'une entente préalable	table 6	C
• la compatibilité de l'acte avec le qualificatif de la dépense	table 7	C
• la compatibilité de l'acte ne pouvant être facturé seul	table 12	C
• la compatibilité de l'acte avec un second acte de panier de soins optiques différent (règle R44)		C

Indicateur de forçage

Valorisation de l'indicateur de forçage AMO pour une prestation Hors CCAM

La création d'un nouveau code prestation non CCAM (forçage de la table 1 de l'annexe 2) entraîne la valorisation par le progiciel de l'indicateur de forçage AMO à la valeur **A**.

La modification d'un ou plusieurs attributs du code prestation (forçage des tables 2 à 7 et 12 de l'annexe 2) entraîne la valorisation par le progiciel de l'indicateur de forçage AMO à la valeur « **C** ».



Remarque : une prestation de type honoraire générée n'étant pas concernée par le forçage, l'indicateur de forçage AMO est nécessairement **non renseigné**.

3.3.1.2 Forçage des éléments de tarification CCAM

Dans le contexte CCAM, deux options de forçage sont offertes au Professionnel de Santé :

- modification de données CCAM liées au code regroupement (tables de l'Annexe 2 ; il s'agit d'une modification permanente), ou à la table des plafonds,
- modification de données CCAM dans le référentiel électronique CCAM (s'il s'agit d'une modification permanente),
- modification des données de la facture (s'il s'agit d'une modification ponctuelle).

3.3.1.2.1 Forçage de certains éléments liés aux codes regroupements CCAM ou à la table des plafonds

Dès lors que le Professionnel de Santé modifie une donnée des tables 4 bis ou 7bis, ou passe outre les informations en table des plafonds, l'indicateur de forçage AMO de niveau acte doit être positionné par le progiciel :

Données forçables liées aux codes regroupements	Table de l'annexe 2	Valeur indicateur
• Taux de remboursement de base d'un acte CCAM	table 4bis	N
• La compatibilité du code regroupement avec le qualificatif de la dépense	table 7bis	N
• la compatibilité des paniers de soins sur une même dent (règle R43 de l'annexe 2)	DF_PFD	C

Si le service « Contrôle Complet CCAM » du module SRT retourne un indicateur de forçage, il est prioritaire.

3.3.1.2.2 Forçage des données du référentiel électronique CCAM

La liste des données du référentiel électronique CCAM modifiables par le Professionnel de Santé est la suivante :

- prix unitaire d'un acte,
- supplément de charges en cabinet d'un acte,
- code regroupement d'un acte,
- majoration du prix unitaire d'un acte pour un DOM,
- règle tarifaire (= taux de réduction) pour une association non prévue,
- seuil minimum pour exonération du TM,
- forfait associé à un modificateur,
- taux associé à un modificateur,
- forfait à appliquer sur la base de remboursement pour les Professionnels de Santé non conventionnés,
- taux de réduction à appliquer sur la base de remboursement pour les Professionnels de Santé non conventionnés.

Le progiciel effectue la modification demandée par le Professionnel de Santé en utilisant le service "ModifierDonnee" du module SRT. (cf. Annexe 1 - partie C).

3.3.1.2.3 Forçage des données de la facture pour une prestation CCAM

Pour une prestation CCAM, les données de la facture qui peuvent être « forcées » par le Professionnel de Santé sont les suivantes :

- la compatibilité entre la spécialité de l'exécutant et l'acte effectué,
- la compatibilité entre la nature d'assurance et l'acte effectué,
- la nécessité d'une entente préalable pour l'acte effectué,
- le code justificatif d'exonération,
- le prix unitaire,
- la base de remboursement,
- le taux de remboursement,

ainsi que les informations spécifiques CCAM suivantes :

- le code acte,
- le code activité,
- le code phase de traitement,
- les modificateurs,
- le code association,
- le code remboursement exceptionnel,
- le code regroupement,
- les numéros de dent.

Le forçage d'une donnée de la facture équivaut à dire que le Professionnel de Santé outrepassse les règles correspondantes :

Données forçables	Règles CCAM outre-passables	
• Spécialité PS	RC5	Compatibilité du couple acte/activité avec la spécialité de l'exécutant
• Nature d'assurance	RC8	Compatibilité entre le code acte CCAM et la nature d'assurance
• Nécessité d'une entente préalable	RC7	Contrôle de la nécessité d'une entente préalable pour un code acte CCAM
• Code justificatif d'exonération	TCxx	Le forçage consiste à mettre une valeur de code justificatif d'exonération incompatible par rapport aux règles TC ou qui n'existe pas.
• PU	BC1	Calcul du Prix unitaire
• BR	BC99	Calcul de la Base de Remboursement
• Taux	TCxx	Le forçage consiste à mettre une valeur de taux incompatible par rapport aux règles TC.
• Code acte CCAM	CC8	Validité du code acte CCAM Le forçage correspond à saisir un code acte CCAM : <ul style="list-style-type: none"> soit qui n'existe pas dans le référentiel CCAM, soit qui n'est pas valide à la date des soins
• Activité	RC1	Compatibilité entre le code acte CCAM et le code activité Le forçage correspond à saisir un code activité non prévu dans le référentiel électronique pour le code acte CCAM
• Phase	RC2	Compatibilité entre le couple acte/activité et le code phase de traitement Le forçage correspond à saisir un n° de phase de traitement non prévu dans le référentiel électronique pour le code acte CCAM
• Modificateurs tarifants (existence)	CC9	Contrôle valeur des modificateurs tarifants
• Modificateurs non tarifants (existence)	CC9B	Contrôle valeur des modificateurs non tarifants
• Modificateurs (tarifants ou non) (compatibilité)	RC4	Compatibilité entre le code modificateur et l'âge du bénéficiaire
	RC12	Compatibilité entre 2 codes modificateurs
	RC18	Contrôle lié à la présence répétée d'un code modificateur
	RC3	Compatibilité entre le couple acte/activité et le code modificateur
• Code Association	CC1	Valeur du code association
• Code remboursement exceptionnel	CC11	Demande de remboursement exceptionnel pour un acte remboursable sous condition Ce forçage consiste à demander un remboursement exceptionnel pour un acte remboursable ou non remboursable dans la mesure où cet acte est devenu remboursable sous condition et que le référentiel électronique ignore cette modification

Données forçables	Règles CCAM outre-passables	
• Code regroupement	CC7	Contrôle existence du code regroupement Contrôle compatibilité du code regroupement avec le code acte/activité.
• N° de dents	CC5	Renseignement des n° de dents Ce forçage consiste à ne pas renseigner le nombre minimum de dents à traiter
	RC14	Compatibilité code de l'acte/ n° de dent
• Sans Objet	CC3	Acte complémentaire facturé isolément

3.3.1.2.4 Forçage et débrayage

Lorsque le Professionnel de Santé demande le forçage d'une donnée, il confirme qu'il veut outrepasser le résultat fourni par le progiciel suite à l'application d'une règle CCAM. La règle outrepassée déclenche alors éventuellement le débrayage d'un ensemble de règles que le progiciel n'est plus tenu de vérifier (car non vérifiables pour des raisons techniques) **pour la prestation CCAM forcée.**

Exemple : le forçage du code acte CCAM revient à utiliser un code acte inexistant ou non valide dans la base CCAM. En conséquence, il n'est plus possible de vérifier toutes les compatibilités des données de la facture avec ce code acte, ses attributs en base étant inconnus.

Le tableau ci-dessous présente pour chaque règle outrepassable la liste des règles débrayables en conséquence :

Donnée forcée	Règle outrepassée déclenchante	Règles non vérifiables en conséquence			
		Règles de niveau acte		Règles traitées pour l'ensemble de la facture	
Acte	CC8	CC6	Obligation codage CCAM	BC1	Calcul PU
		CC9	Valeur des modificateurs	BC99	Calcul BR
		CC12	Acte CCAM/code regroupement	CC1	Association d'actes
		CC13	Modificateurs AMC	RC15-RC17	Compatibilité entre actes CCAM
		CC14	Supplément de charge en cabinet	TC5	Exonération Facture
		CC15	Compatibilité taux/justif d'exonération		
		RC4	Compatibilité modificateur/âge du bénéficiaire		
		RC6	Frais de déplacement		
		RC11	Modificateur Férié		
		RC12	Compatibilité modificateurs entre eux		
		RC18	Modificateur multiple		
		CC3	Acte complémentaire isolé		
		CC5	Renseignement des n° de dents		
		CC7	Code regroupement		
		CC11	Exonération Facture		
		CC16	Compatibilité date de naissance/date des soins		

Donnée forcée	Règle outrepassée déclenchante	Règles non vérifiables en conséquence			
		Règles de niveau acte		Règles traitées pour l'ensemble de la facture	
		RC1	Code activité		
		RC2	Code phase		
		RC3	Code modificateur		
		RC5	Compatibilité spécialité Exécutant		
		RC7	Compatibilité Entente préalable		
		RC8	Compatibilité Nature d'Assurance		
		RC9	Compatibilité Agrément Radio		
		RC13	Compatibilité Age du bénéficiaire		
		RC14	N° de dents		
		TC1	Exonération Prévention		
		TC2;TC3, TC4;T5, T6	Exonération Acte CCAM		
Activité	RC1	RC2	Code phase	RC15- RC17	Compatibilité entre actes CCAM
		RC3	Code modificateur	CC1	Association d'actes
		RC5	Compatibilité spécialité Exécutant	BC1	Calcul PU
		RC9	Compatibilité Agrément Radio	BC99	Calcul BR
		RC13	Compatibilité Age du bénéficiaire	TC5	Exonération Facture
		RC14	N° de dents		
		CC5	Renseignement des n° de dents		
		CC7	Code regroupement		
		TC2;TC3, TC4; T5, T6	Exonération Acte CCAM		
Phase	RC2	RC13	Compatibilité Age du bénéficiaire	BC1	Calcul PU
		RC14	N° de dents	BC99	Calcul BR
		CC5	Renseignement des n° de dents	TC5	Exonération Facture
		TC2;TC3, TC4; T5, T6	Exonération Acte CCAM		
Modificateur tarifant (existence)	CC9	RC12	Compatibilité modificateurs entre eux	BC99	Calcul BR
		RC18	Modificateur multiple	TC5	Exonération Facture
		RC3	Code modificateur		
		RC4	Compatibilité modificateur/âge du bénéficiaire		
		CC13	Modificateurs AMC		
		TC2;TC3, TC4; T5, T6	Exonération Acte CCAM		

Donnée forcée	Règle outrepassée déclenchante	Règles non vérifiables en conséquence			
		Règles de niveau acte		Règles traitées pour l'ensemble de la facture	
Modificateur non tarifiant (existence)	CC9B	RC12	Compatibilité modificateurs entre eux		
		RC18	Modificateur multiple		
		RC3	Code modificateur		
		RC4	Compatibilité modificateur/âge du bénéficiaire		
		CC13	Modificateurs AMC		
Code association	CC1	TC2; TC3, TC4; T5, T6	Exonération Acte CCAM	BC99	Calcul BR
				RC15- RC17	Compatibilité entre actes CCAM
				TC5	Exonération Facture
BR	BC99	TC2; TC3, TC4; T5, T6	Exonération Acte CCAM	TC5	Exonération Facture

Pour les règles de niveau acte, le progiciel n'est pas tenu de contrôler les règles rendues non vérifiables par un forçage.

Les règles traitées pour l'ensemble de la facture sont, quant à elles, automatisées par un service du module SRT (cf. dernière colonne du tableau ci-dessus). Le progiciel est tenu d'appeler le service SRT avec en entrée l'ensemble des prestations CCAM de la facture, en précisant, s'il y a lieu, pour chaque prestation la référence de la ou des règles outrepassées.

La liste des services en question est précisée dans le tableau ci après :

Service SRT	Règle	Description
C-Comptabilité	RC15 et RC17	Compatibilité entre actes CCAM
C-Association	CC1	Association d'actes
C-PU	BC1	Calcul Prix Unitaire
C-BR	BC99	Calcul Base de Remboursement
C-ExoFacture	TC5	Exonération Facture

3.3.1.2.5 Valorisation de l'indicateur de forçage AMO pour une prestation CCAM

Dans le cas de forçage d'une prestation CCAM, directement dans la facture ou au niveau du référentiel électronique CCAM, le groupe 2000 contenant l'indicateur de forçage AMO est renseigné par le service de "Contrôle Complet CCAM" du module SRT.

Forçages des données du référentiel électronique

Les forçages au niveau du référentiel électronique CCAM sont détectés automatiquement par le "Contrôle Complet CCAM" dès qu'il est amené à utiliser une valeur du référentiel modifiée par le Professionnel de Santé.

Forçage des données de la facture

Le Professionnel de Santé signifie une première fois au cours de la constitution de la facture sa volonté de forcer une donnée lorsqu'il décide de modifier le résultat d'une règle CCAM. La règle en question est considérée outrepassée.

Afin de ne pas demander confirmation du forçage en question au Professionnel de Santé, le service de "Contrôle Complet CCAM" ne génère pas de diagnostic dans ce cas-là. Pour cela, il est nécessaire que SRT sache a priori qu'il y a intention de forçage.

Le progiciel doit donc transmettre, parmi les données d'entrée du service "Contrôle Complet CCAM" (à savoir les groupes de la facture), la référence de chaque règle outrepassée pour chaque prestation CCAM. Ainsi, pour toute erreur détectée, le service "Contrôle Complet CCAM" détermine s'il s'agit d'une erreur ou d'un forçage, et ne remonte pas de diagnostic d'erreur dans les cas de forçage.

En plus des diagnostics relatifs aux erreurs détectées, le "Contrôle Complet CCAM" retourne, une liste d'indicateurs de forçage AMO valorisés (groupes 2000) correspondant soit aux forçages déclarés, soit aux erreurs détectées sur des règles outre passables.

Chaque diagnostic correspond à une erreur dont la correction doit être demandée au Professionnel de Santé. S'il s'agit d'une règle outre passable, le Professionnel de Santé peut décider de ne pas corriger l'erreur. S'il s'agit d'une règle non outre passable, le Professionnel de Santé est obligé d'effectuer la correction.

Si le Professionnel de Santé effectue des corrections suite aux diagnostics qui lui sont présentés, il est recommandé au progiciel de reprendre le processus de constitution de la facture depuis le début, afin de vérifier toutes les règles de contrôle et recalculer les éléments de tarification. Le progiciel a obligation de repasser le "Contrôle Complet CCAM".

Dans le cas contraire, (le Professionnel de Santé n'effectue aucune correction) cela revient à confirmer les forçages. Le Progiciel doit ajouter à la zone d'échange facture fournie en entrée de la fonction SSV « Formater Factures », les groupes 2000 restitués par le « Contrôle Complet CCAM », afin que les indicateurs de forçage soient transmis dans le flux. Le flux peut alors être mis en forme et transmis.

Exceptions : pour une ligne d'acte donnée, en cas de forçage cumulé qui comporte le forçage du « montant remboursable par l'AMO » et/ou le forçage du « plafond des honoraires », le progiciel doit modifier la valeur de l'indicateur de forçage fournie par le Contrôle Complet CCAM comme précisé au § ci-après « Cumul de plusieurs forçages de niveau acte ».

En tout état de cause, il est indispensable d'effectuer toutes les corrections nécessaires portant sur les règles non outre passables.

3.3.1.3 Forçage du montant remboursable par l'AMO

Pour chaque prestation de la facture saisie par le Professionnel de Santé, celui-ci a la possibilité de modifier le « **montant remboursable par l'AMO** », calculé par le progiciel.

⇒ L'indicateur de forçage ③ sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « 5 ».

En cas de forçage du « **montant remboursable par l'AMO** » d'une ou plusieurs lignes d'acte de la facture, le progiciel est tenu de :

- garantir l'exactitude du montant « total remboursable par l'AMO » (champ 1910-3),
- vérifier, pour chaque ligne d'acte, le respect du principe de « non-enrichissement sans cause » à savoir que la somme du « **montant remboursable par l'AMO** » (champ 1610-14) et du « montant théorique remboursable par l'AMC » (champ 1610-15) est nécessairement inférieur ou égal au « montant des honoraires » (champ 1610-6).

Dés lors que le « **montant remboursable par l'AMO** » est forcé, il convient de recalculer le « montant théorique remboursable par l'AMC ».



Cas particulier

En cas de délivrance d'un médicament princeps non soumis à TFR et pour lequel il existe un tarif ajusté en base médicaments et :

- Ayant fait l'objet d'un refus de substitution par l'assuré

Le Professionnel de Santé n'a pas la possibilité de modifier le montant remboursable par l'assurance maladie obligatoire déterminé par le système de facturation.

Mise en œuvre

Il est recommandé au progiciel d'offrir au Professionnel de Santé la possibilité de forcer le « **montant remboursable par l'AMO** » après le calcul par le progiciel lui-même de cette part AMO. Ainsi ce forçage consistera pour le Professionnel de Santé en une correction du calcul du progiciel, sur la base de consignes transmises par l'Assurance Maladie

3.3.1.4 Forçage du plafond des honoraires

Si le professionnel de santé outrepassé une des règles de contrôle P5, P6 ou P7 (i.e. dépassement du montant du plafond dentaire, du tarif opposable ou du prix limite de vente), alors l'indicateur de forçage ③ est valorisé par le progiciel avec la valeur « 6 ».

3.3.1.5 Cumul de plusieurs forçage de niveau acte

En cas de forçage multiple pour une même ligne d'acte, l'indication du forçage du « **montant remboursable par l'AMO** » et/ou du « plafond des honoraires » sont nécessairement **prioritaires**.

Ainsi les cas de cumuls possibles et le renseignement de l'indicateur de forçage ③ sont présentés dans le tableau ci-après :

		Montant remboursable par l'AMO	Plafond des honoraires	Éléments de tarification hors CCAM NGAP ou table des plafonds dentaires	Éléments liés aux codes regroupements CCAM	Éléments de tarification CCAM
		5	6	A ou C	N	Ω(*)
Montant remboursable par l'AMO	5	5	7	5	5	5
Plafond des honoraires	6	7	6	6	6	6
Éléments de tarification hors CCAM NGAP ou table des plafonds dentaires	A ou C	5	6	A ou C	N	Ω
Éléments liés aux codes regroupements CCAM	N	5	6	N	N	Ω
Éléments de tarification CCAM	Ω(*)	5	6	Ω	Ω	Ω

(*)Ω représente la valeur retournée par le Contrôle Complet CCAM.

Ainsi :

- en cas de forçage du « **montant remboursable par l'AMO** » d'une ligne d'acte CCAM, la valeur 5 de l'indicateur de forçage vient remplacer la valeur retournée par le service Contrôle Complet CCAM dans le groupe 2000.
- en cas de forçage du « **plafond des honoraires** » d'une ligne d'acte CCAM, la valeur 6 de l'indicateur de forçage vient remplacer la valeur retournée par le service Contrôle Complet CCAM dans le groupe 2000.
- en cas de forçage cumulé du « **montant remboursable par l'AMO** » et du « **plafond des honoraires** » d'une ligne d'acte CCAM, la valeur 7 de l'indicateur de forçage vient remplacer la valeur retournée par le service Contrôle Complet CCAM dans le groupe 2000.

3.3.2 Forçage des informations relatives au domaine de la part complémentaire

Le Professionnel de Santé peut renseigner le montant AMC d'un acte avant déclenchement des STS ou modifier les montants restitués par les STS (selon le Top modification).

Dans ce cas, le progiciel valorise un indicateur de niveau acte.



Cas particulier

En cas de délivrance d'un médicament princeps non soumis à TFR et pour lequel il existe un tarif ajusté en base médicaments et :

- Ayant fait l'objet d'un refus de substitution par l'assuré

Le Professionnel de Santé n'a pas la possibilité de modifier le montant remboursable par l'assurance maladie complémentaire déterminé par le système de facturation.

Dès lors que le Professionnel de Santé modifie le montant AMC au niveau facture, le progiciel renseigne l'indicateur de forçage pour toutes les lignes d'acte.

⇒ L'indicateur de forçage ④ sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « 1 ».

Si le montant AMC est calculé par le logiciel métier sans utilisation des STS, le progiciel valorise l'indicateur de forçage ④ avec la valeur « 1 ».



Cas particulier de la « réponse de prise en charge »

Lors de la valorisation des montants de la part complémentaire dans la facture, que ce soit en mode 1(acquisition ligne à ligne) ou mode 2 (ventilation du montant global).

⇒ L'indicateur de forçage ④ sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « 1 ».

4 Préparation du fichier à transmettre

4.1 La fonction « Mise en forme et sécurisation Lot » Les fonctions de mise en forme et de sécurisation des lots

La fonction Les fonctions de Mise en forme et de sécurisation Lot a-ont pour objet de restituer au progiciel du Professionnel de Santé un lot sécurisé de FSE ou de DRE en présence de la carte du Professionnel de Santé

Hors Remplacement

Dans le cas d'une utilisation hors remplacement, les champs « N° identification de Professionnel de Santé titulaire », « Clé du numéro d'identification du Professionnel de Santé titulaire » et « N° logique de la situation de facturation du Professionnel de Santé titulaire » dans le groupe de données 8 « caractéristiques de mise en lot de FSE » (ou 88 « caractéristiques de mise en lot de DRE ») ainsi que les champs « identification du Professionnel de Santé signataire du lot » et « clé identification du Professionnel de Santé signataire du lot » du groupe de données 7 ou 87 sont à renseigner avec les informations du Professionnel de Santé titulaire.

Remplacement

Dans le cas d'un remplacement :

Les champs du groupe de données 8 « caractéristiques de mise en lot de FSE » (ou 88 « caractéristiques de mise en lot de DRE »)

- « N° identification de Professionnel de Santé titulaire »,
- « Clé du numéro d'identification du Professionnel de Santé titulaire »

sont à renseigner avec les informations du Professionnel de Santé titulaire (remplacé).

Le champ du groupe de données 8 (ou 88)

- « N° logique de la situation de facturation du Professionnel de Santé »

est à renseigner avec les informations du Professionnel de Santé du signataire du lot.

Les champs du groupe de données 7 ou 87 :

- « identification du Professionnel de Santé signataire du lot »
- et « clé identification du Professionnel de Santé signataire du lot »

sont à renseigner avec les informations du Professionnel de Santé remplaçant.

Les champs « type émetteur fichier » et « n° émetteur fichier » sont renseignés avec les informations du Professionnel de Santé remplacé.

Fonction à utiliser

SSV_FormaterLot

4.1.1 Mise en forme des lots

4.1.1.1 Si constitution d'un lot de FSE

Les paramètres en entrée

Code porteur

Cette information peut être fournie par le progiciel du Professionnel de Santé.

7 **Groupe PS signataire du lot** (PS titulaire hors période de remplacement, PS remplaçant pendant la période de remplacement)

N° d'identification du PS signataire du lot

Clé du N° d'identification du PS signataire du lot

8 **Groupe Caractéristiques mise en lot de FSE**

N° d'agrément du Progiciel de Santé

N° agrément du progiciel du Professionnel de Santé attribué par l'Assurance Maladie.

N° d'identification de facturation du PS titulaire

N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé titulaire (il s'agit du N° du PS titulaire en période de remplacement)

Clé du n° d'identification de facturation du PS titulaire

Nom ou raison sociale du PS titulaire

N° logique de la situation de facturation du PS signataire du lot

N° logique de situation dans laquelle le Professionnel de Santé signe le lot.

Type émetteur fichier

TP : Professionnel de Santé autre qu'établissement

TE : Etablissement ou soins

SI : Autres émetteurs (sociétés civiles professionnelles, sociétés civiles de moyens).

N° émetteur fichier

si type émetteur est TP ou TE, le N° émetteur est le N° Identification facturation PS et clé

si type émetteur est SI, le N° émetteur est attribué par l'organisme d'assurance maladie (de préférence N° SIRET).

Date du lot

Date et heure d'élaboration du lot (est supérieure ou égale à la date de toutes les FSE contenues dans le lot).

Rang du lot

Indique le rang du lot dans une série à sécuriser (premier, courant, dernier, lot unique) ainsi que le type de réseau utilisé (transfert de fichier ou RSS)

N° du Lot

Attribué par le progiciel (évoluant de 001 à 999 pour le Professionnel de Santé considéré). Cette règle pourrait évoluer dans le cas d'un changement de norme d'échange.

Nombre de FSE

~~Type d'identification structure~~

~~N° d'identification structure~~

~~Clé du n° d'identification structure~~

6 **Groupe** *Caractéristiques lot de FSE*

CRL de FSE

Critère de regroupement en lots restitué par la fonction « *Formater Factures* »

9 **Groupe** *Lot de FSE*

FSE formatées mises bout à bout

~~Ensemble des zones d'échanges FSE (restituée par la fonction Formater Factures)~~ Ensemble de FSE formatées et sécurisées ayant même critère de regroupement en lots et triées par ordre croissant des numéros de FSE

15 **Groupe** *Caractéristiques Centre de Santé*

Catégorie

Code catégorie attribué par la DDASS ou la DRASS pour les centres de santé.

Statut juridique

Code statut juridique attribué par la DDASS ou la DRASS pour les centres de santé, à renseigner lorsque celui-ci a connaissance de ce numéro.

Mode de fixation des tarifs

Code mode de fixation des tarifs attribué par la DDASS ou la DRASS pour les centres de santé, à renseigner lorsque celui-ci a connaissance de ce numéro.

Les paramètres en sortie

10 **Groupe** *Caractéristiques fichier de FSE*

CRF de FSE

Critère de regroupement en fichier Information utilisée pour la fonction « *Mise en forme en-tête et fin de fichier* »

13 **Groupe** *Identification lot de FSE*

Syntaxe utilisée

Indique la norme d'échange du lot (et des FSE).

Type émetteur lot

Identifie le type du numéro émetteur.

Emetteur du lot

N° émetteur du lot

Destinataire lot

- N° destinataire du lot
Composé de :
1. six zéros
 2. le code régime
 3. le code organisme destinataire
 4. trois zéros

Référence lot

Cette référence est celle restituée dans l'ARL pour permettre au progiciel d'effectuer le rapprochement de ce dernier avec le lot concerné (cf. annexe1-B)

Type de flux

Permet de déterminer la valeur du champ « content-description » de l'entête SMTP du message contenant ce lot (cf. Annexe 4).

Entête champ sujet message FSE

Destiné à renseigner le début du champ « subject » de l'entête SMTP du message contenant ce lot (cf. Annexe 4).

11 Groupe Lot de FSE

Lot de FSE formaté et sécurisé AMO

Lot complété et sécurisé en fonction de la norme AMO

Code d'authentification du lot

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité du lot.

4.1.1.2 Si constitution d'un lot de DRE

Les paramètres en entrée

Code porteur

Cette information peut être fournie par le progiciel du Professionnel de Santé.

87 Groupe PS signataire du lot

N° d'identification du PS signataire du lot

Clé du N° d'identification du PS signataire du lot

88 Groupe Caractéristiques mise en lot de DRE

N° d'agrément du progiciel de santé

N° agrément du progiciel du Professionnel de Santé attribué par l'Assurance Maladie.

N° d'identification de facturation du PS titulaire

N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé titulaire (il s'agit du PS titulaire en période de remplacement)

Clé du n° d'identification de facturation du PS titulaire

Nom ou raison sociale du PS titulaire

N° logique de la situation de facturation du PS signataire du lot

N° logique de situation dans laquelle le Professionnel de Santé signe le lot.

Type émetteur fichier

TP : Professionnel de Santé autre qu'établissement

TE : Etablissement ou soins

SI : Autres émetteurs (sociétés civiles professionnelles, sociétés civiles de moyens).

N° émetteur fichier

si type émetteur est TP ou TE, le N° émetteur est le N° Identification facturation PS et clé

si type émetteur est SI, le N° émetteur est attribué par l'organisme d'assurance maladie (de préférence N° SIRET).

Date du lot

Date et heure d'élaboration du lot (est supérieure ou égale à la date de toutes les DRE contenues dans le lot).

Rang du lot

Indique le rang du lot dans une série à sécuriser (premier, courant, dernier, lot unique) ainsi que le type de réseau utilisé (transfert de fichier ou RSS)

N° du Lot

Attribué par le progiciel (évoluant de AAA à ZZZ pour le Professionnel de Santé considéré). Cette règle pourrait évoluer dans le cas d'un changement de norme d'échange.

Nombre de DRE

86 **Groupe** *Caractéristiques lot de DRE*

CRL de DRE

Critère de regroupement en lots restitué par la fonction « *Formater Factures* »

89 **Groupe** *Lot de DRE*

DRE formatées mises bout à bout

Ensemble des zones d'échanges DRE (restituée par la fonction *Formater Factures*) Ensemble de DRE formatées et sécurisées ayant même critère de regroupement en lots et triées par ordre croissant des numéros de DRE

15 **Groupe** *Caractéristiques Centre de Santé*

Catégorie

Code catégorie attribué par la DDASS ou la DRASS pour les centres de santé.

Statut juridique

Code statut juridique attribué par la DDASS ou la DRASS pour les centres de santé, à renseigner lorsque celui-ci a connaissance de ce numéro.

Mode de fixation des tarifs

Code mode de fixation des tarifs attribué par la DDASS ou la DRASS pour les centres de santé, à renseigner lorsque celui-ci a connaissance de ce numéro.

Les paramètres en sortie

90 Groupe Caractéristiques fichier de DRE

CRF de DRE

Critère de regroupement en fichier.
Information utilisée pour la fonction « Mise en forme en-tête et fin de fichier »

93 Groupe Identification lot de DRE

Emetteur du lot

N° organisme complémentaire

Référence lot

Première partie adresse

Cette donnée est utilisée pour constituer l'adresse de routage du message (partie gauche du « @ »).

Nom de domaine AMC

Cette donnée est utilisée pour constituer l'adresse de routage du message (partie droite du « @ »).

Type de flux

Permet de déterminer la valeur du champ « content-description » de l'entête SMTP du message contenant ce lot (cf. Annexe 4).

Entête champ sujet message DRE

Destiné à renseigner le début du champ « subject » de l'entête SMTP du message contenant ce lot (cf. Annexe 4).

91 Groupe Lot de DRE

Lot de DRE formaté

Lot complété et sécurisé en fonction de la norme AMC

Code d'authentification du lot

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité du lot.

4.1.2 Signature CPS des lots

Fonction à utiliser

SSV_SignerLotCPS

4.1.2.1 Si constitution d'un lot de FSE

Les paramètres en entrée

Code porteur

Cette information peut être fournie par le progiciel du Professionnel de Santé.

11 **Groupe** *Lot de FSE*

Lot de FSE formaté

Code d'authentification du lot

16 **Groupe** *Informations sécurisation lot*

Rang du lot

Indique le rang du lot dans une série à sécuriser (premier, courant, dernier, lot unique) ainsi que le type de réseau utilisé (transfert de fichier ou RSS)

Type d'identification structure

N° d'identification structure

Les paramètres
en sortie

11 **Groupe** *Lot de FSE*

Lot de FSE signé

4.1.2.2 **Si constitution d'un lot de DRE**

Les paramètres
en entrée

Code porteur

Cette information peut être fournie par le progiciel du Professionnel de Santé.

91 **Groupe** *Lot de DRE*

Lot de DRE formaté

Code d'authentification du lot

16 **Groupe** *Informations sécurisation lot*

Rang du lot

Indique le rang du lot dans une série à sécuriser (premier, courant, dernier, lot unique) ainsi que le type de réseau utilisé (transfert de fichier ou RSS)

Type d'identification structure

N° d'identification structure

Les paramètres
en sortie

91 **Groupe** *Lot de DRE*

Lot de DRE signé

4.1.3 Conditions d'utilisation

Un lot de factures ne peut comporter plus de 999 factures. Lorsque le nombre de factures ayant même critère de regroupement en lot dépasse 999, le progiciel du Poste de Travail du Professionnel de Santé doit créer autant de lots de 999 factures que nécessaire.

Lorsque que le progiciel du Professionnel de Santé détecte plusieurs lots à mettre en forme et à sécuriser, il peut enchaîner plusieurs appels ~~à la fonction~~ aux fonctions de mise en forme et de sécurisation (en modifiant le rang du lot) ce qui permet d'optimiser le travail du Professionnel de Santé ; celui-ci ne saisit son code porteur qu'une seule fois pour la sécurisation de l'ensemble des lots et non à chaque appel de la fonction de signature CPS.

La présence de la carte du Professionnel de Santé dans le lecteur est obligatoire.

Les progiciels destinés aux centres de santé doivent être en mesure de compléter le groupe de données 15, toutefois, le remplissage des champs « **Statut juridique** » et « **Mode de fixation des tarifs** » n'est pas obligatoire.

Traitement effectué par le progiciel du Professionnel de Santé avant appel ~~de la fonction~~ des fonctions

~~La fonction de Mise en forme et sécurisation lot restitue~~ Les fonctions de mise en forme et de sécurisation des factures restituent au progiciel du Poste de Travail du Professionnel de Santé une facture accompagnée du critère de regroupement en lot.

Pour constituer un lot de ~~facture~~ factures, le progiciel du Professionnel de Santé rassemble toutes les factures ayant des critères de regroupement en lot identiques, les trie par ordre croissant de numéro de factures pour les fournir en entrée de la fonction Mise en forme ~~et sécurisation~~ Lot.

Traitement effectué par le progiciel du Professionnel de Santé après appel ~~de la fonction~~ des fonctions

~~La fonction~~ Les fonctions de Mise en forme et de sécurisation LOT ~~restitue~~ restituent au progiciel du Professionnel de Santé le lot complété et sécurisé en fonction de la norme.

Le mode de sauvegarde du lot sécurisé est laissé à l'initiative des sociétés éditrices de progiciels.

4.2 La fonction « Mise en forme en-tête et fin de Fichier »

La fonction de **Mise en forme en-tête et fin de Fichier** a pour objet de restituer au progiciel du Professionnel de Santé des enregistrements d'en-tête et de fin de fichier destinés à encadrer les enregistrements des lots du fichier.

Dans le cas d'un remplacement, les champs le « type émetteur fichier » et « n° émetteur fichier » sont complétés avec le numéro de la structure émettrice.

Fonction à
utiliser

SSV_FormaterFichier

4.2.1 Fichier de FSE

Les paramètres
en entrée

10 **Groupe** *Caractéristiques fichier de FSE*

CRF de FSE

Critère de regroupement en fichier.

Information restituée par la fonction « *Mise en forme et sécurisation Lot* »

12 **Groupe** *Infos fichier de FSE*

Date du fichier

Date et heure d'élaboration du fichier

Nom du Fichier

Attribué par le progiciel du Professionnel de Santé (doit être différent d'un fichier à l'autre pour l'émetteur considéré)

Nombre total de lots dans le fichier

Longueur totale de l'ensemble des lots

Longueur exprimée en octets

Application

Cette zone peut être utilisée dans les échanges entre Professionnels de Santé et organisme concentrateur. La valeur de cette zone sera indiquée dans l'en-tête de fichier.

Type destinataire

CETELIC, MSA, Centre informatique régional, SNCF, Section des mutuelles nationales, etc.

Si le fichier concerne des lots de FSE du code régime 17 (Caisse des Français de l'Etranger), la donnée doit être valorisée à « FE ».

N° du destinataire

Composé de :

1. six zéros
2. le code régime
3. le code centre informatique
4. identification complémentaire renseignée avec l'organisme destinataire

(voir table des organismes destinataires disponibles sur le site Internet du GIE SESAM-Vitale (www.sesam-vitale.fr))

14 **Groupe** *Caractéristiques Emetteur de FSE*

Type émetteur fichier

TP : Professionnel de Santé autre qu'établissement,

TE : Etablissement ou Centre de soins

SI : Autres émetteurs (sociétés civiles professionnelles, sociétés civiles de moyens)

La valeur de ce champ doit être la même que celle renseignée dans le champ correspondant du groupe 8 lors de la mise en forme des lots correspondants.

N° émetteur fichier

si type émetteur est TP ou TE, le N° émetteur est le N° Identification facturation PS et clé

si type émetteur est SI, le N° émetteur est attribué par l'organisme d'assurance maladie (de préférence N° SIRET).

La valeur de ce champ doit être la même que celle renseignée dans le champ correspondant du groupe 8 lors de la mise en forme des lots correspondants.

Zone de message

Zone de communication qui permet à l'expéditeur d'envoyer un message

Les paramètres en sortie

20 **Groupe** *En-tête de fichier de FSE*

En-tête de Fichier

Enregistrement à placer en tête du fichier

21 **Groupe** *Fin de fichier de FSE*

Fin de Fichier

Enregistrement à placer en fin de fichier

Conditions d'utilisation

Un fichier de lots contient au minimum un lot de FSE.

4.2.2 **Fichier de DRE**

Les paramètres en entrée

90 **Groupe** *Caractéristiques fichier de DRE*

CRF de DRE

Critère de regroupement en fichier.

Information restituée par la fonction « *Mise en forme et sécurisation Lot* »

92 **Groupe Infos fichier de DRE**

Date du fichier

Date et heure d'élaboration du fichier

Nom du Fichier

Attribué par le progiciel du Professionnel de Santé (doit être différent d'un fichier à l'autre pour l'émetteur considéré)

Nombre total de lots dans le fichier

Longueur totale de l'ensemble des lots

Longueur exprimée en octets

94 **Groupe Caractéristiques Emetteur de DRE**

Type émetteur fichier

TP : Professionnel de Santé autre qu'établissement,

TE : Etablissement ou Centre de soins

SI : Autres émetteurs (sociétés civiles professionnelles, sociétés civiles de moyens)

La valeur de ce champ doit être la même que celle renseignée dans le champ correspondant du groupe 8 lors de la mise en forme des lots correspondants.

Numéro émetteur fichier

si type émetteur est TP ou TE, le N° émetteur est le N° Identification facturation PS et clé

si type émetteur est SI, le N° émetteur est attribué par l'organisme d'assurance maladie (de préférence N° SIRET).

La valeur de ce champ doit être la même que celle renseignée dans le champ correspondant du groupe 8 lors de la mise en forme des lots correspondants.

Zone de message

Zone de communication qui permet à l'expéditeur d'envoyer un message

**Les paramètres
en sortie**

25 **Groupe En-tête de fichier de DRE**

En-tête de Fichier

Enregistrement à placer en tête du fichier

26 **Groupe Fin de fichier de DRE**

Fin de Fichier

Enregistrement à placer en fin de fichier

**Conditions
d'utilisation**

Un fichier de lots contient au minimum un lot de DRE.