

Annexe 2

Réglementation - Tarification

Intégrant l'Addendum n°8



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

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

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

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

Sommaire

1	Présentation de l'annexe 2.....	5
1.1	Présentation générale	5
1.2	Présentation de la partie réglementation	6
1.3	Présentation de la partie calculs tarification	6
1.4	Présentation de la partie tables.....	6
2	Tableaux de synthèse : EF_A2_TS	7
3	1^{ère} partie : Réglementation	8
4	2^{ème} partie : Tarification	11
4.1	Chapitre 1 : Base de remboursement	11
4.1.1	Section 1 : Base de remboursement des codes prestations : Synthèse des règles B	11
4.1.2	Section 2 : Base de remboursement des frais de déplacement : Synthèse des règles F ...	11
4.1.3	Section 3 : Base de remboursement des frais pharmaceutiques : Synthèse des règles S .	12
4.2	Chapitre 2 : Taux de remboursement : Synthèse des règles T	13
4.3	Chapitre 3 : Calcul du montant remboursable par l'A.M.O. : Synthèse des règles P	15
5	Annexe : Tables.....	16

1 Présentation de l'annexe 2

1.1 Présentation générale

Objet du document

Le document présente en première partie des règles vérifiant la bonne application de la réglementation AMO et en deuxième partie des règles de calcul tarification permettant la détermination de la part remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Ces règles sont réparties principalement entre les fonctionnalités IP, CF et VF, et éventuellement MF de la partie SFG du présent CDC SESAM-VITALE.

Contenu du document

Le présent document expose uniquement pour chaque règle son titre et sa correspondance dans la partie SFG du CDC SESAM-VITALE.

Ce document est fourni à titre transitoire dans le cadre de la Modernisation du CDC SESAM-Vitale.

Il est amené à être supprimé dans la prochaine version du Package.

Tableau de synthèse

L'objet de ce tableau est de croiser la grille figurant au début du document croise les numéros des règles et les spécialités des Professionnels de Santé et permet de connaître ainsi la liste des règles applicables à une profession donnée.

Ce tableau est référencé EF_A2_TS.



§ 2 Tableau de synthèse : EF_A2_TS

Tables utilisées

Pour chaque table du domaine fonctionnel DF_A2 (tables de l'annexe 2bis), la ou les règles qui l'utilisent sont répertoriées dans l'Annexe 2bis, dans la partie « Règles-Tables ».

Les règles et tables mentionnées dans ce document pourront faire l'objet d'évolutions. Celles-ci seront répercutées dans le Cahier des Charges communiqué aux sociétés éditrices de progiciels par l'Assurance Maladie.

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'introduire dans la Feuille de Soins Electronique (par forçage) des données conformes à la nomenclature¹ en vigueur malgré les messages d'erreurs restitués par le progiciel.

Ce principe permet au Professionnel de Santé d'appliquer sans délai les évolutions réglementaires, en attente de la mise à jour du progiciel.

La mise en œuvre de ce principe se traduit par la possibilité pour le PS de modifier la valorisation des données figurant dans les tables de l'annexe 2bis (DF_A2), hormis les tables hormis les tables :

- 1.1, (EF_A2_T1.1)
- 8.x,
- 11.1, (EF_A2_T11.1)
- 50.x,

¹ La mise en œuvre de ce principe se traduit par la possibilité pour le PS de modifier la valorisation des données figurant dans les tables de cette annexe, hormis les tables hormis les tables 1.1, 8.x, 11.1, 50.x, 60, 61.1 et 61.2, et la colonne « Origine prestation » de la table 1.

- 60, (EF_A2_T60)
- 61, (EF_A2_T61)
- et la colonne « Origine prestation » de la table 1 (EF_A2_T1).

1.2 Présentation de la partie réglementation

Sans objet

1.3 Présentation de la partie calculs tarification

Sans objet

1.4 Présentation de la partie tables

Sans objet

2 Tableaux de synthèse : EF_A2_TS

Ce tableau fait l'objet du fichier « EF_A2_TS.csv » du package documentaire.

3 1^{ère} partie : Réglementation

R1	Compatibilité du code prestation, du code indemnité forfaitaire de déplacement ou du type d'indemnité kilométrique avec la spécialité du Professionnel de Santé	RG_IP_R1 / RG_IP340
R1bis	Compatibilité entre le code prestation et le contexte conventionnel du PS	RG_IP_R1bis
R2	Compatibilité entre le code prestation ou le code indemnité forfaitaire de déplacement ou le type d'indemnité kilométrique avec la qualité du bénéficiaire	RG_IP_R2
R2 bis	Compatibilité entre le code prestation ou le code indemnité forfaitaire de déplacement ou le type d'indemnité kilométrique avec l'âge du bénéficiaire	RG_IP_R2bis
R3	Compatibilité du code prestation, du code indemnité forfaitaire de déplacement ou du type d'indemnité kilométrique avec la nature d'assurance	RG_CF_R3
R4	Compatibilité entre la nature d'assurance et la qualité du bénéficiaire	RG_CF_R4
R5	Contrôle de la nécessité d'une prescription pour un code prestation	RG_IP_R5
R6	Contrôle de la clé du numéro de prescripteur	RG_IP_R6
R6 bis	Contrôle de la clé du numéro national d'immatriculation	RG_BS_R6bis
R7	Contrôle du coefficient des codes prestations effectués par un prescripteur, un auxiliaire médical ou un laboratoire d'analyses de biologie médicale	RG_IP_R7
R8	Nécessité d'une entente préalable pour un code prestation en fonction de la spécialité du Professionnel de Santé	RG_CF_R8
R8bis	Contrôle de la nécessité d'une entente préalable pour les actes de biologie	RG_CF_R8[CP1]
R8ter	Contrôle de la nécessité d'une entente préalable pour les produits de la LPP	RG_CF_R8[CP2]
R10	Vérification de la présence du numéro d'agrément de l'appareil pour les forfaits techniques	RG_IP_R10
R11bis	Compatibilité des Soins Dentaires Forfaits CMU-C avec l'acte support	RG_IP_R11bis[SP03]
R11ter	Incompatibilité du code prestation avec une situation	RG_IP_R11ter[SP18]
R12	Compatibilité du code prestation effectué avec une indemnité de déplacement	RG_IP_R12
R14	Compatibilité du code prestation avec le complément de « nuit » ou « dimanche ou jour férié », ou « urgence »	RG_IP_R14
R15	Contrôle de la validité d'une majoration de dimanche ou de jour férié	RG_IP_R15

R16	Compatibilité entre le montant des honoraires et le code qualificatif de la dépense	RG_CF_R16
R17	Compatibilité entre le code prestation et le code qualificatif de la dépense	RG_CF_R17
R17 bis	Association obligatoire de code prestation	RG_IP_R17bis
R17 ter	Contexte du parcours de soins pour des actes associés	RG_IP333[CP1]
R18	Condition d'élaboration d'une Feuille de Soins Electronique en fonction de la situation du bénéficiaire	RG_MF003[CP3]
R19	Contrôle de la présence d'actes incompatibles au regard des codes affinés de biologie	RG_IP_R19
R20	Contrôle du nombre maximum d'un même code affiné de biologie.	RG_IP_R20
R21	Contrôle du respect des règles spécifiques en matière de codes affinés de biologie	RG_IP_R21
R22	Contrôle entre le coefficient facturé et le cumul des coefficients associés à chaque code affiné de biologie	RG_IP_R22
R23	Contrôle de la justification du complément à la cotation minimale liée aux actes sanguins	RG_IP_R23
R24	Taux d'abattement des indemnités kilométriques	RG_IP_R24
R25.0	Acquisition de l'organisme gestionnaire pour un accident du travail	RG_CF_R25.0
R25.1	Contrôle de l'existence d'une couverture au risque AT	RG_CF_R25.1
R25.2	Contrôle de l'acceptation d'une Feuille de Soins Electronique Accident du Travail pour un régime	RG_CF_R25.2
R25.4	Contrôle de l'élaboration d'une FSE AT en l'absence d'organisme sur le support AT	RG_CF_R25.4
R25.6	Condition de sécurisation d'une FSE en fonction de l'organisme gestionnaire AT identifié	RG_MF003[CP7]
R26	Acquisition de la date d'accident du travail et du numéro d'« Accident du travail » pour la nature d'assurance AT	RG_CF_R26
R27	Contrôle de la clé du numéro accident du travail	RG_CF_R27
R28	Contrôle de la date d'accident du travail pour la nature d'assurance « Accident du travail »	RG_CF_R28
R29	Détermination du contexte tiers payant lié à des dispositions réglementaires spécifiques	RG_CF_R29
R30	Nécessité d'une date maternité pour la nature d'assurance « Maternité »	RG_CF_R30
R31	Contrôle de la date maternité pour la nature d'assurance « Maternité »	RG_CF_R31
R32	Contrôle de la date de fin pour la prestation détaillée LPP	RG_IP_R32
R33	Contrôle du mode de sécurisation SESAM sans Vitale	RG_MF003[CP1] / RG_MF003[CP2]

R33 bis	Utilisation des modes de sécurisation SESAM sans Vitale ou dégradé	RG_VF_T2quint / RG_MF003 [SP09]
R35	Condition d'élaboration d'une FSE relative à un accident de la vie privée pour le régime agricole	RG_CF_R35
R36	Contrôle de la date de l'accident	RG_CF_R36
R37	Détermination des cas d'exclusion du parcours de soins	RG_CF_R37 / RG_CF333 / RG_CF334
R37bis	Détermination du contexte d'Urgence en fonction de la prestation	RG_CF_R37bis
R37ter	Contextes particuliers au regard du parcours de soins	RG_CF_R37ter
R37quater	Détermination de la position de la facture au regard du parcours de soins	RG_CF315
R38	Compatibilité de la spécialité du Professionnel de Santé avec les situations de parcours de soins « Accès Direct Spécifique » et « Hors Accès Direct Spécifique »	RG_CF_R38
R39	Compatibilité des majorations de coordination dans le parcours coordonné de soins	RG_CF_R39
R40	Déterminer la nécessité de supplément(s) dérogatoire(s) SMG dans la facture	RG_VF_R40
R41	Déterminer le contexte tarifaire Professionnel de Santé (PS) de la prestation	RG_IP_R41
R42	Déterminer le contexte tarifaire bénéficiaire (BS) de la prestation	RG_IP_R42
R43	Contrôler le non panachage des paniers de soins dentaires sur une même dent	RG_IP_R43
R44	Contrôler le non panachage des paniers de soins optiques entre verres	RG_IP_R44
R51	Déterminer la nécessité d'un complément AT dentaire	RG_VF_R51
R55	Déterminer le code prestation du dépassement à générer	RG_VF_R55
R60	Déterminer l'honoraire de dispensation simple à générer	RG_CF_R60
R61	Déterminer la nécessité de générer un honoraire complexe	RG_CF_R61
R62	Déterminer la nécessité de générer un honoraire pour médicament remboursable	RG_CF_R62
R63	Déterminer la nécessité de générer un honoraire lié à l'âge	RG_CF_R63
R64	Déterminer la nécessité de générer un honoraire pour médicament spécifique	RG_CF_R64
R65	Contrôler la validité du mode de prescription à la date de prescription	RG_IP_R65
R66	Contrôler la compatibilité entre le mode de prescription et l'indicateur de substitution pour délivrance du princeps	RG_IP_R66
R70	Détermination du code prestation en cas de consultation obligatoire enfant	RG_IP339[CP16]

4 2^{ème} partie : Tarification

4.1 Chapitre 1 : Base de remboursement

4.1.1 Section 1 : Base de remboursement des codes prestations : Synthèse des règles B

B1	Déterminer la date à retenir pour la base de remboursement d'un code prestation effectué par un prescripteur (hors soins dentaires) ou un auxiliaire médical, ou un laboratoire d'analyses de biologie médicale	RG_VF_B1
B1 bis	Déterminer la date à retenir pour la base de remboursement des soins RG_VF_B1dentaires	RG_VF_B1[CP1]
B2	Déterminer le tarif de la lettre-clé à retenir pour le calcul de la base de remboursement	RG_VF_B2
B3	Montant de la majoration d'urgence	RG_VF_B3
B4	Déterminer la base de remboursement du forfait technique d'un acte de scanographie	RG_VF_B13[CP6]
B5	Déterminer la base de remboursement du forfait technique d'un acte d'I.R.M.	RG_VF_B13[CP7]
B6	Déterminer la nature du montant de la majoration pour les codes prestation effectués par des prescripteurs	RG_VF_B6
B6bis	Déterminer la nature du montant de la majoration pour les codes prestation effectués par un auxiliaire médical	RG_VF_B6bis
B7	Montant de la majoration de nuit au pourcentage	RG_VF_B7
B8	Montant de la majoration de nuit forfaitaire	RG_VF_B8
B9	Déterminer le montant de la majoration de nuit	RG_VF_B9
B10	Montant de la majoration en pourcentage de dimanche ou jour férié	RG_VF_B10
B11	Montant de la majoration de dimanche ou jour férié forfaitaire	RG_VF_B11
B12	Déterminer le montant de la majoration de dimanche ou jour férié	RG_VF_B12
B13	Déterminer la base de remboursement d'un code prestation NGAP, NABM et actes secondaires	RG_VF_B13 / RG_VF_B13[CP12]

4.1.2 Section 2 : Base de remboursement des frais de déplacement : Synthèse des règles F

F1	Base de remboursement pour des frais de déplacement de type ID	RG_VF_B13[CP1]
F2	Base de remboursement pour des frais de déplacement IF	RG_VF_B13[CP2]

**F3 Base de remboursement pour des frais de déplacement
lfx**

RG_VF_B13[CP3]

**F4 Base de remboursement des indemnités
kilométriques**

RG_VF_B13[CP4] / RG_VF_B2[CP10]

F5 Montant de l'indemnité kilométrique

RG_VF412

**4.1.3 Section 3 : Base de remboursement des frais pharmaceutiques :
Synthèse des règles S**

**S1 Prix unitaire et Base de remboursement des frais pharmaceutiques
(hors actes secondaires) et de la LPP**

RG_VF_B13[CP5]

**S2 Prix unitaire et Base de remboursement de prestations sanitaires non
identifiées par l'AMO**

RG_VF_B2[CP4] / RG_VF_B13[CP10]

S3 Prix unitaire d'une prestation d'honoraire de dispensation générée

RG_VF_B2[CP5]

**S403 Détermination du montant restant à ventiler sur une prestation non
identifiée par l'AMO**

RG_VF403

4.2 Chapitre 2 : Taux de remboursement : Synthèse des règles T

T1	Date de référence pour déterminer le taux de remboursement pour un code prestation effectué par un prescripteur (hors soins dentaires prothétiques et d'ODF) ou un auxiliaire médical	RG_CF301 / RG_VF_T1 / RG_VF_T1[CP1]
T3.1	Date à prendre en compte afin de déterminer le taux de remboursement pour un code prestation effectué par un prescripteur (hors soins dentaires prothétiques et d'ODF) ou un auxiliaire médical (RSI)	RG_CF301[CP1] / RG_VF_T1
T1 bis	Date de référence pour déterminer le taux de remboursement des soins dentaires prothétiques et d'ODF.	RG_CF301[CP2] / RG_VF_T1[CP3]
T1 ter	Date de référence pour déterminer le taux de remboursement des frais pharmaceutiques, de la LPP et d'analyse de biologie médicale	RG_CF302 / RG_CF302[CP2] / RG_VF_T1 / RG_VF_T1[CP1]
T3.1 ter	Date à prendre en compte pour déterminer le taux de remboursement des frais pharmaceutiques, de la LPP et d'analyses de biologie médicale (RSI)	RG_CF302[CP2] / RG_VF_T1
T2	Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour un code prestation effectué par un prescripteur	RG_VF_T2 / RG_CF305 / RG_CF305[CP1]
T2 bis	Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour un code prestation effectué par un auxiliaire médical	RG_VF_T2bis / RG_CF305 / RG_CF305[CP1]
T2 ter	Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour un code prestation exécuté par un pharmacien ou un fournisseur	RG_VF_T2ter / RG_CF305 / RG_CF305[CP1]
T2 quater	Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour un code prestation exécuté par un laboratoire d'analyses de biologie médicale	RG_VF_T2quater / RG_CF305 / RG_CF305[CP1]
T2-quint	Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour une FSE en l'absence de code couverture	RG_VF_T2quint
T3	Détermination du taux de remboursement lié à la nature d'assurance	RG_VF_T3
T4	Détermination du taux de remboursement des codes prestation à coefficient exonérant	RG_VF_T4
T5	Détermination du taux de remboursement des actes exonérés	RG_VF_T5
T6	Détermination du taux de remboursement lié aux soins exonérés pour les nouveau-nés	RG_VF_T6
T7	Détermination du taux de remboursement de base	RG_VF_T7 / RG_VF_T13[CP4]
T8	Détermination du taux de remboursement à prendre en compte	RG_V306 / RG_VF_T8

- | | | |
|------------|--|--|
| T12 | Détermination du taux de remboursement pour les actes de prévention | RG_VF_T12 |
| T13 | Détermination du taux de remboursement à prendre en compte pour chaque acte de la facture | RG_VF_T13 / RG_VF_T13[CP2) / CG_VF001 |
| Tc8 | Détermination du taux de remboursement à prendre en compte pour un acte CCAM | RG_VF_T8 |

4.3 Chapitre 3 : Calcul du montant remboursable par l'A.M.O. : Synthèse des règles P

P0	Détermination du contexte de calcul du montant remboursable par l'A.M.O.	RG_VF_P0
P0bis	Détermination de la diminution de taux à prendre en compte hors parcours de soins	RG_VF_P0bis
P1	Calcul du montant remboursable par l'A.M.O. pour les situations différentes de « hors parcours de soins »	RG_VF_P1
P1bis	Calcul du montant remboursable par l'A.M.O. hors parcours de soins	RG_VF_P1bis
P2	Calcul du dépassement	RG_VF_P2 / RG_VF_P2[SP03.1]
P3	Contrôle du respect des tarifs opposables pour des prestations support	RG_VF_P3 / RG_VF_P3[CP1]
P4	Contrôle du respect des tarifs opposables pour des prestations secondaires	RG_VF_P4 / RG_VF_P4[CP1]
P5	Contrôle du respect des plafonds des actes prothétiques	RG_VF_P5[SP03.1]
P6	Contrôle du respect des tarifs opposables des soins dentaires (hors prothèses)	RG_VF_P6
P7	Contrôle du respect des prix limite de vente des produits de la LPP	RG_VF_P7 / RG_VF_P7[SP03] / RG_VF_P7[SP04] / RG_VF_P7[CP1]

5 Annexe : Tables

Cf. Document Annexe 2bis