



Avenant au Cahier des charges SESAM-Vitale

EV41 - Honoraires de Dispensation

Systeme de facturation 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 doit être soumise au **consentement du G.I.E. SESAM-Vitale**, quel que soit le média utilisé, y compris électronique. Il en est de même pour sa traduction, sa transformation ou son adaptation, quel que soit le procédé utilisé.

Tout manquement à ces obligations constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle

EV41 - Honoraires de Dispensation

Référence du document

Version du document **1.31**

Date **30/04/15**

Référence **PDT-CDC-064**

Vue générale

Cahier des Charges SESAM-Vitale concerné **1.40 Addendum 6 avec erratum**

Professionnels de Santé concernés **Pharmaciens**

Evolutions apportées par cette nouvelle version du système

EV41 : Honoraires de Dispensation

Légende

Texte surligné en jaune

Texte ajouté pour l'évolution

Texte surligné en gris

Texte ajouté pour la partie corrective

Texte barré bleu suivant la couleur

Texte supprimé du CDC SESAM Vitale

Compatibilité avec les FSV

Package d'agrément

Package d'exploitation

•

○

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION.....	6
1.1	CONTEXTE.....	6
1.2	IDENTIFICATION DU SOCLE FONCTIONNEL DE REFERENCE CIBLE	6
1.3	GUIDE DE LECTURE.....	7
2	EV41 : HONORAIRES DE DISPENSATION	9
2.1	PRESENTATION DE LA MESURE	9
2.2	SYNTHESE DES IMPACTS	12
2.2.1	Liste des documents du CDC SESAM-Vitale impactés.....	12
2.2.2	Synthèse des impacts dans les documents du CDC SESAM-Vitale.....	12
2.3	DETAIL DES IMPACTS PAR DOCUMENT	17
2.3.1	Impacts Corps du CDC.....	17
2.3.2	Impacts Annexe 1-A : « Flux Aller de FSE/DRE émis par le Professionnel de Santé »	21
2.3.3	Impacts Annexe 1-A0 : « Zone d'échange facture »	25
2.3.4	Impacts Annexe 1-A2 : « Phase Part Complémentaire ».....	36
2.3.5	Impacts Annexe 1-A3 : « Finalisation d'une facture SMG – Phase Part Obligatoire ».....	37
2.3.6	Impacts Annexe 2 : « Réglementation - Tarification »	43

1 Introduction

1.1 Contexte

Ce document constitue un avenant au cahier des charges SESAM-Vitale 1.40.

Evolution

Cet avenant a pour objet de présenter les modifications au Cahier des charges SESAM-Vitale 1.40 pour la mise en œuvre de l'évolution :

EV41 : « Honoraires de Dispensation »,

PS concernés

La mesure EV41 : « honoraires de dispensation » concerne les Professionnels de Santé suivants :

PHARMACIEN

CDC concernés

Les modifications du Cahier des Charges SESAM-Vitale sont réalisées sur la base de la version :

1.40 – Addendum 6 avec erratum

1.2 Identification du socle fonctionnel de référence cible

Consigne d'implémentation

La version du socle fonctionnel de référence n'est pas modifiée par cet avenant.

Les éditeurs implémentent dans le champ 'sujet' du message SMTP transmis à l'organisme d'assurance maladie, la référence « SV140600 » (ou « DR140600 ») fournie par les API SSV en sortie de la fonction « Formater_Lot » dans le champ 7 du groupe 13 pour un fichier de FSE et dans le champ 7 du groupe 93 pour un fichier de DRE.

1.3 Guide de lecture

Indications dans la marge

-  Les éléments importants et les remarques sont indiqués par une main dans la marge.
-  Les questions importantes sont indiquées par un point d'interrogation dans la marge.

Codes couleur

Les codes couleur suivants sont utilisés dans cet addendum n°6 et également dans les documents du cahier des charges SESAM-Vitale 1.40 afin de permettre la lecture par thèmes :

Texte surligné en jaune	Texte ajouté pour l'évolution du CDC SESAM Vitale
Texte surligné en jaune foncé	Texte ajouté pour l'évolution du CDC SESAM Vitale par rapport à la précédente version de ce document
Texte surligné en gris	Texte ajouté par rapport à la précédente version de ce document
Texte barré suivant la couleur	Texte supprimé du CDC SESAM Vitale

Le titre du paragraphe est surligné en couleur dès lors que le paragraphe est modifié.

Pour des besoins de commodités de lecture, lorsque le texte du paragraphe est entièrement nouveau, le texte n'est pas surligné en jaune, seuls les titres de paragraphes sont surlignés en jaune.

Légende des tableaux

Nom des documents

Les tableaux des impacts sur les documents du CDC SESAM-Vitale, contiennent dans la 1^{ère} colonne l'abréviation du nom du document du cahier des charges SESAM-Vitale.

<i>Abréviation</i>	<i>Nom du document du CDC SESAM-Vitale</i>
<i>Corps</i>	Corps du cahier des charges
<i>AI-A</i>	Annexe A1-A : Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale – Flux allers de FSE/DRE émis par le Professionnel de Santé
<i>AI-A0</i>	Annexe A1-A0 : Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale – Zone d'échange de la facture
<i>AI-A1</i>	Annexe A1-A1 : Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale – Phase part obligatoire

<i>Abréviation</i>	<i>Nom du document du CDC SESAM-Vitale</i>
A1-A2	Annexe A1-A2 : Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale – Phase part complémentaire
A1-A3	Annexe A1-A3 : Finalisation d'une facture SMG - Phase Part Obligatoire
A1-B	Annexe A1-B : Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale – Principes de Traitement des retours et Gestion des ARL
A1-C	Annexe A1-C : Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale – Fonctions d'administration
A1-D	Annexe A1-D : Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale – Récapitulatif
A1bis	Annexe A1bis : Utilisation d'un Terminal Lecteur Applicatif
A2	Annexe A2 : Réglementation et Tarification de l'Assurance Maladie Obligatoire
A3	Annexe A3 : Format d'échange des référentiels des conventions
A4	Annexe A4 : Télécommunications (sur Réseau IP) et Chiffrement de transport des messages SMTP
A5	Annexe A5 : Transmission des flux SESAM-vitale via les Organismes Concentrateurs Techniques (Annexe informative)
A6	Annexe A6 : Liste d'opposition Incrémentale
A7	Annexe A7 : Architecture et Sécurité
DICO	Dictionnaire des données

Qualification de l'impact

La dernière colonne « Q » indique la qualification de l'impact :

Q	Qualification de l'impact
M	Modification du paragraphe (ajout ou modification de texte)
N	Nouveau paragraphe
S	Suppression du paragraphe
D	Re-numérotation des paragraphes

2 EV41 : Honoraires de Dispensation

2.1 Présentation de la mesure

Réglementation

L'article 26 à la Convention Nationale des Pharmaciens parue au JO le 06/05/2012 prévoit de payer aux pharmaciens un honoraire de dispensation par conditionnement remboursable et prescrit (facturable à l'AMO).

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

L'avenant n°5 à la Convention Nationale Pharmaceutique paru le 21/05/2014 introduit les modalités de mise en œuvre des honoraires de dispensation. La date d'application est le 01/01/2015.

Pré-requis

Les pré-requis pour la mise en place de l'honoraire sont :

- La dématérialisation de la vignette : Cette réforme prévoit l'utilisation par les pharmaciens, à compter du 1^{er} juillet 2014, des données issues de la nouvelle base de médicaments du CEPS. Les LPS devront pour cela intégrer cette base de données, soit directement dans les logiciels, soit via une base éditeur intégrant les données de la base CEPS.
- Le Ticket Vitale – FI 267 : Normalise l'impression de données de facturation et garantit aux assurés sociaux une bonne information sur le coût des produits de santé qui leurs sont délivrés.

Champ d'application

Cette nouvelle rémunération concerne les médicaments allopathiques et homéopathiques. En revanche la LPP n'est pas concernée (conformément au 1^{er} alinéa de l'article 26 de la convention).

L'honoraire ne sera versé que pour les délivrances de **médicaments remboursables prescrits** et identifiés par un code CIP.

Les pharmacies d'officines conventionnées (code spécialité 50) et qui ne sont pas en interdiction d'exercer sont concernées par la mesure.

Les pharmacies mutualistes (code spécialité 51) pourront également facturer des honoraires de dispensation.

**Convention
Pharmacien**

Les honoraires de dispensation, tels que définis à la présente convention, sont facturés par le pharmacien à l'occasion de l'exécution d'une prescription de médicaments inscrits sur la liste des spécialités remboursables mentionné à l'article L.162-17 du code de la sécurité sociale et facturés aux caisses dans le respect des textes en vigueur.

La facturation des honoraires par le pharmacien intervient selon les mêmes modalités que les médicaments dispensés à cette occasion, dans les conditions des articles 36.1, 36.2, 37 et 38. Dans ce cadre, un code acte spécifique est attribué à chaque honoraire mis en place.

Précision

Par acte remboursable il faut comprendre ici potentiellement remboursable par l'assurance maladie i.e. « acte inscrit dans la base médicament ».

En conséquence tout médicament identifié dans la base médicament (par un code CIP et dans la facture par un code prestation PH1, PH2, PH4, PH7 ou MHU) donne droit à honoraire quelque soit son contexte de facturation, i.e. même s'il est facturé avec un qualificatif de la dépense à N.

Principes**Honoraires
simples**

Le pharmacien est rémunéré pour chaque boîte de médicament remboursable délivrée.

Pour cela, dans la facture, une ligne d'acte d'honoraire simple est à adjoindre à chaque prestation de médicament délivré.

Seuls les médicaments remboursables ayant un code CIP permettent de facturer un honoraire de dispensation simple.

L'honoraire est différent en fonction du type de conditionnement (grand conditionnement ou non). Cette information est connue dans la base médicament.

Le montant de la prestation d'honoraire simple dépend du nombre de boîtes de médicament délivré, ou utilisées dans le cas du déconditionnement.

**Honoraire
complexe**

Un honoraire de dispensation complexe est dû aux pharmaciens dès lors que les factures comportent au moins cinq médicaments différents prescrits et facturés à l'assurance maladie.

Ce nombre minimum de 5 médicaments donnant droit à l'honoraire de dispensation complexe pourra être amené à évoluer dans le temps.

**Nouveaux
codes acte**

L'évolution de la rémunération des pharmaciens entraîne la création des codes actes suivants :

30/04/15

G.I.E. SESAM-VITALE

10 / 66

**Honoraires
simples**

- 4 codes actes pour le paiement de l'honoraire de dispensation sur la délivrance de **conditionnement normal** aux différents taux de remboursement en vigueur :
 - **HD1** pour PH1 avec un taux à 100%
 - **HD2** pour PH2 avec un taux à 15%
 - **HD4** pour PH4 ou MHU avec un taux à 30%
 - **HD7** pour PH7 avec un taux à 65%
- 4 codes actes pour le paiement de l'honoraire de dispensation sur la délivrance de **grand conditionnement** aux différents taux de remboursement en vigueur.
 - **HG1** pour PH1 avec un taux à 100%
 - **HG2** pour PH2 avec un taux à 15%
 - **HG4** pour PH4 ou MHU avec un taux à 30%
 - **HG7** pour PH7 avec un taux à 65%

**Honoraire
complexe**

- Un code acte pour le paiement de l'honoraire de dispensation complexe :
 - **HC : Honoraire dispensation Complexe**

Mise en œuvre**Principe**

Pas de saisie des prestations d'honoraire par le Professionnel de Santé : le progiciel doit les générer automatiquement dans la facture à partir des médicaments renseignés par le Professionnel de Santé.

Le Professionnel de Santé ne peut pas modifier ces prestations d'honoraires dans la facture.

2.2 Synthèse des impacts

2.2.1 Liste des documents du CDC SESAM-Vitale impactés

Corps Corps du cahier des charges

A1-A Annexe A1-A : Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale – Flux allers de FSE/DRE émis par le Professionnel de Santé

A1-A0 Annexe A1-A0 : Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale – Zone d'échange de la facture

A1-A2 Annexe A1-A2 : Phase Part Complémentaire

A1-A3 Annexe A1-A3 : Finalisation d'une facture SMG - Phase Part Obligatoire

A2 Annexe A2 : Réglementation et Tarification de l'Assurance Maladie Obligatoire

2.2.2 Synthèse des impacts dans les documents du CDC SESAM-Vitale

Documents CDC	§	Partie impactée	Nature de l'impact	Q
Corps	2	2.3.1	Ajout de la mesure « honoraires de dispensation » à la liste des apports de la version 1.40	M
	3	3.2.4.5	Nouveau § « Facturation des honoraires de dispensation »	N
		3.2.4.6 à 3.2.4.13	Re-numérotation de ces paragraphes	D
	4	4.2.1.6	Nouveau sous § « Honoraires de dispensation »	N
	6	Glossaire	Ajout du terme Générer utilisé dans les SFG correspond à « création automatique par le système de facturation ».	N
Annexe I-A	2.3.2.3.1	Schéma SR1	Ajout de la règle R60 au niveau de ce schéma	M
			Ajout de la règle R61 au niveau de ce schéma	M
	2.3.2.4	Schéma SB1ter	Ajout de la règle S3 + B13 au niveau de ce schéma	M
	3.3.1.1	Forçage des éléments de tarification hors CCAM	Forçage des données de la facture pour une prestation hors CCAM : préciser qu'une prestation de type honoraire ne peut subir de forçage : aucune information de la prestation ne doit être modifiable (forçable) par le PS	M
			Forçage de la table 1 : rappeler que pour toute prestation de la table 1, la donnée « origine prestation » n'est pas une donnée forçable.	M
			Préciser qu'une prestation de type honoraire n'étant pas concernée par le forçage, l'indicateur de forçage AMO est nécessairement non renseigné	M

	3.3.1.3	Forçage du montant remboursable par l'AMO	Forçage du montant remboursable par l'AMO : préciser que ce forçage n'est pas valable pour les prestations de type honoraire	M
<i>Annexe I-A0</i>	2.4.21.1	161x	Rappeler que l'enchaînement des prestations (groupes 161x) doit respecter les contraintes d'ordonnancement du CDC : Honoraire simple immédiatement après le médicament auquel il se rapporte Honoraire complexe après tous les médicaments et leurs honoraires simples Suppléments SMG en fin de facture	M
	2.4.21.1.5	Spécificités : Frais pharmaceutique	Ajout de la contrainte de l'unicité de chaque médicament dans la facture	M
	2.4.21.1.5	Spécificités : Frais pharmaceutique / Honoraires de dispensation	Préciser la règle de génération automatique d'un honoraire simple (renvoi à R60) et ses contraintes d'ordonnancement dans la facture (insertion après la prestation médicament l'ayant déclenchée)	N
			Préciser la règle de génération d'un honoraire complexe : renvoi vers R61	N
			Positionnement de l'honoraire complexe après tous les médicaments et leurs honoraires simples	N
			1610-2 : Date d'exécution : <ul style="list-style-type: none"> identique à la date de la prestation médicament associée pour un honoraire simple identique à la date de la facture pour un honoraire complexe 	N
			1610-3 : Code lieu : identique à celui de la dernière prestation médicament saisie <ul style="list-style-type: none"> identique à celui de la prestation médicament associée pour un honoraire simple identique à celui de la dernière prestation saisie par le PS pour un honoraire complexe 	N
			1610-4 : Code prestation : <ul style="list-style-type: none"> cf. R60 pour un honoraire simple cf. R61 pour un honoraire complexe 	N
1610-5 : Code complément de prestation : non renseigné pour une prestation d'honoraire			N	
1610-6 : Montant des honoraires = Base de remboursement pour une prestation automatiquement généré	N			

		1610-7 : Code qualificatif de la dépense : <ul style="list-style-type: none"> identique à celui de la prestation médicament associée pour un honoraire simple Non renseigné pour un honoraire complexe 	N
		1610-8 : Précision sur le coefficient (donnée 1610-8) : toujours à 1 pour un honoraire de dispensation	N
		1610-9 : Précision sur la quantité : <ul style="list-style-type: none"> pour un honoraire de dispensation simple : la quantité est égale au nb de boîtes de médicament utilisées, à savoir donnée 1740-5 du médicament associé. pour un honoraire de dispensation complexe : la quantité est égale à 1 	N
		1610-10 Dénombrement = 1 pour un honoraire de dispensation	N
		1610-11 : Prix unitaire : cf. S3	N
		Ajout d'une précision générale lors de la génération d'une prestation d'honoraire par le LPS : pour une prestation automatiquement générée, aucune donnée ne doit être modifiable par le PS	N
2.4.21.1.10	Spécificités Prestations générées par le système de facturation	Groupe 1610 : code prestation (1610-4) : préciser que le code prestation si saisi par le PS doit correspondre : <ul style="list-style-type: none"> soit à un code prestation présent en table 1 de l'annexe 2 et de code origine « PS » soit à un code prestation non présent en table 1 de l'annexe 2 (cas de forçage) mais qu'en aucun cas le PS ne peut saisir un code prestation présent en table 1 de l'annexe2 et de code origine « LPS »	N
2.4.21.1.11 (anc. 2.4.21.1.10)	1610	Renvoi vers le § 2.4.21.1.5 pour les spécificités des honoraires de dispensation	D
2.4.23	1820-2	Code justificatif d'exonération d'une prestation d'honoraire: doit être identique à celui de la prestation médicament associée pour un honoraire simple, ou nécessairement égal à une valeur déduite par le progiciel pour un honoraire complexe	M
2.4.26	1850-2	Code renouvellement: non renseigné pour une prestation de type honoraire	M
2.4.29	1880-2	Identifiant du lieu d'exécution: non renseigné pour une prestation de type honoraire	M
2.4.30	1890-2	libellé identifiant réseau soin: non renseigné pour une prestation de type honoraire	M
2.4.35	2030-2	Prévention commune AMO/AMC non renseigné pour une prestation de type honoraire	M

Annexe1-A2	5.2	3710	Ajout d'un cas particulier pour les honoraires de dispensation	M	
Annexe1-A3	2.2	RG_CF405	Modification de la règle pour prise en compte des honoraires de dispensation dans le total de la facture	M	
	2.3.2.1	VF05.02.01	modification du schéma VF05.02.01 et de l'opération pour appel de la nouvelle règle RG_IP392 de détermination de l'origine de la prestation → appel direct de l'opération IP02.07.02	M	
		Données d'entrée de VF06	Ajouter la donnée « Origine de la prestation » EF_IP05_06	M	
		Schéma VF06	Modification du schéma	M	
	RG_VF409	Modification de la règle pour défalquer uniquement sur les prestations saisies par le PS et ajout d'un cas particulier pour prestations de type LPS: le montant des honoraires calculés par le LPS est égal à la BR	M N		
Annexe 2	1	Présentation générale	Mise à jour de la note de bas de page listant les tables dont les données sont non forçables par le PS.	M	
		Tableaux de synthèse	Ajout de la règle R60 ouverte aux spécialités 50 et 51	M	
			Ajout de la règle R61 ouverte aux spécialités 50 et 51	M	
			Ajout de la règle S3 ouverte aux spécialités 50 et 51.	M	
		Partie Réglementation	R60	Nouvelle règle « Déterminer la prestation LPS à ajouter automatiquement »	N
			R61	Nouvelle règle « Déterminer la nécessité de générer un honoraire complexe »	N
		Partie Tarification	Règle B13	Modification du titre de cette règle	M
			Règle S1	Modification du titre de cette règle	M
			Règle S3	Ajout d'une règle pour déterminer le PU d'un honoraire (simple ou complexe) : utilisation du tarif réglementaire en table 1.1 Précision dans cette règle que le LPS doit interdire au PS de modifier le PU renseigné par le LPS à partir de la Table 1.1 (cf. Besoin B6.1) et renvoi vers la règle générale de génération d'une prestation LPS dans l'A1-A0	N
		Tables	Table 1	Ajout des codes prestation HDi, HGi et HC	M
			Table 1	Ajout d'une colonne « Origine Prestation » : permet d'indiquer pour toute prestation si elle est saisie par le PS ou automatiquement générée par le LPS	M
			Table 1.1	Ajout d'une nouvelle table contenant les tarifs obligatoire à appliquer pour les honoraires simples (et complexes) Cette table inclus également les tarifs DOM	N
				Utilisation de cette nouvelle table pour les tarifs obligatoires à appliquer pour les honoraires complexes	M

Table 2	Ajout des codes prestation HDi, HGj et HC	M
Table 3	Ajout des codes prestation HDi, HGj et HC	M
Table 4	Ajout des codes prestation HDi, HGj et HC	M
Table 7	Ajout des codes prestation HDi, HGj et HC	M
Table 8.3	<p>La question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD » n'est pas posée au PS pour une prestation automatiquement générée.</p> <p>Pour une prestation de type honoraire simple, le LPS considère la même réponse que celle donnée par le PS pour la prestation médicament associée</p> <p>Pour une prestation de type honoraire complexe, le LPS considère que la prestation n'est pas en rapport avec le protocole ALD.</p>	M
	Ajout des codes prestation HDi, HGj et HC	M
Table 12	Ajout des codes prestation HDi, HGj et HC	M
Table 21.x	Ajout des codes prestation HDi, HGj et HC	M
Table 50.x	Ajout des codes prestation HDi, HGj et HC	M
Table 60	Nouvelle table : « Table des codes prestation à ajouter automatiquement à une prestation saisie par le PS »	N
Table 61	Paramétrage du seuil : nb de prestation déclenchant l'Honoraire complexe	N

2.3 Détail des impacts par document

2.3.1 Impacts Corps du CDC

.../...

§2.3.1 Les apports fonctionnels

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

- les flux de Demandes de Remboursement Electronique (DRE) à destination des AMC avec l'introduction du concept d'opérateur de règlement AMC et l'extension de l'identification de l'adhérent AMC,
- .../...
- la gestion des Soins Médicaux Gratuits (SMG),
- la gestion des honoraires de dispensation pour les pharmaciens.

.../...

.../...

§3.2.4.4 Format des codes CIP

Les médicaments sont identifiés :

- soit sous un code CIP 13 caractères
- soit sous un code CIP 7 caractères.

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

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

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

§3.2.4.5 Facturation des honoraires de dispensation

L'article 26 à la Convention Nationale des Pharmaciens parue au JO le 06/05/2012 prévoit de payer aux pharmaciens un honoraire de dispensation par conditionnement remboursable et prescrit (facturable à l'AMO).

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

§3.2.4.56 Facturation des médicaments déconditionnés

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

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

§3.2.4.67 Soins ou traitements susceptibles d'un usage détourné

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

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

§3.2.4.78 Origine de la prescription

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

§3.2.4.89 Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)

.../...

§3.2.4.9 10 Prévention commune AMO/AMC

.../...

§3.2.4.10 11 Cohabitation des actes sur une même facture

.../...

§3.2.4.11 12 Actes en série

.../...

§3.2.4.12 13 Soins Médicaux Gratuits

.../...

.../...

§4.2.1.6 Acquisition des informations relatives à la prestation

Le progiciel du Professionnel de Santé permet la saisie et l'acquisition des informations relatives aux prestations effectuées, au type de facturation applicable, etc.

Pour chaque prestation, le progiciel du Professionnel de Santé doit permettre systématiquement au Professionnel de Santé d'indiquer si les soins sont liés à un accident de droit commun et ne doit pas remplir préalablement la zone prévue à cet effet (cf. annexe 1-A1).

Le progiciel du Professionnel de Santé applique les contrôles sur les actes relevant de la NGAP, de la CCAM ainsi que d'autres liés à l'application de la réglementation AMO (NABM). Ces contrôles ont pour but d'assurer la validité des informations créées sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé. Ils portent sur les aspects réglementaires, la cohérence et les valeurs des données.

- Actes non CCAM

En premier lieu, pour toute lettre clé saisie par un Professionnel de Santé de la famille prescripteur, il convient d'appliquer systématiquement le contrôle de validité des lettres clé obligatoirement automatisé par le service SRT et spécifié dans l'annexe 1-A (cf. schéma SR1, règle CC6).

Les spécifications des contrôles réglementaires de l'AMO sont décrites dans l'annexe 2 du Cahier des Charges SESAM-Vitale.

- Actes CCAM

Les spécifications des règles CCAM sont décrites dans l'annexe 1-A1. Le progiciel s'appuie obligatoirement sur l'utilisation des services SRT telle que spécifiée dans l'annexe 1-A1.

Dans une même facture peuvent être présents à la fois des prestations non CCAM et des prestations CCAM.

Origine de la prescription pour les exécutants

.../...

Origine de la prescription pour la délivrance d'optique

.../...

Prévention commune AMO/AMC

.../...

Identification du prescripteur

.../...

Codage des médicaments

Pour les médicaments bénéficiant d'une double identification : CIP7 et CIP13, le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de sélectionner le code CIP à transmettre dans les factures, soit le CIP7, soit le CIP13.

Cette sélection doit se présenter sous la forme d'un paramétrage du logiciel.

Indicateur du médicament délivré

Cette information n'est pas transmise dans un premier temps.

Il est recommandé au progiciel de permettre au Professionnel de Santé, à son choix, de transmettre ou pas cette information.

La transmission de la donnée « Indicateur du médicament délivré » est un choix du Professionnel de Santé conditionné par la valeur d'un paramètre du progiciel.

Honoraires de dispensation

Les prestations d'honoraire de dispensation ne sont pas saisies par le Professionnel de Santé : le progiciel doit les générer automatiquement dans la facture à partir des médicaments remboursables renseignés par le Professionnel de Santé

.../...

§6**Glossaire**

.../...

.../...

Généraliste

Professionnel de Santé Médecin (famille Prescripteur) rattaché à l'une des spécialités suivantes : 01, 22, 23

Générer

Le terme « Générer » correspond à une création automatique par le système de facturation.

Gestion Unique

Les organismes gérant à la fois les parts obligatoire et complémentaire pour un assuré sont appelés dans ce document *organismes en mode de gestion unique (GU)*.

.../...

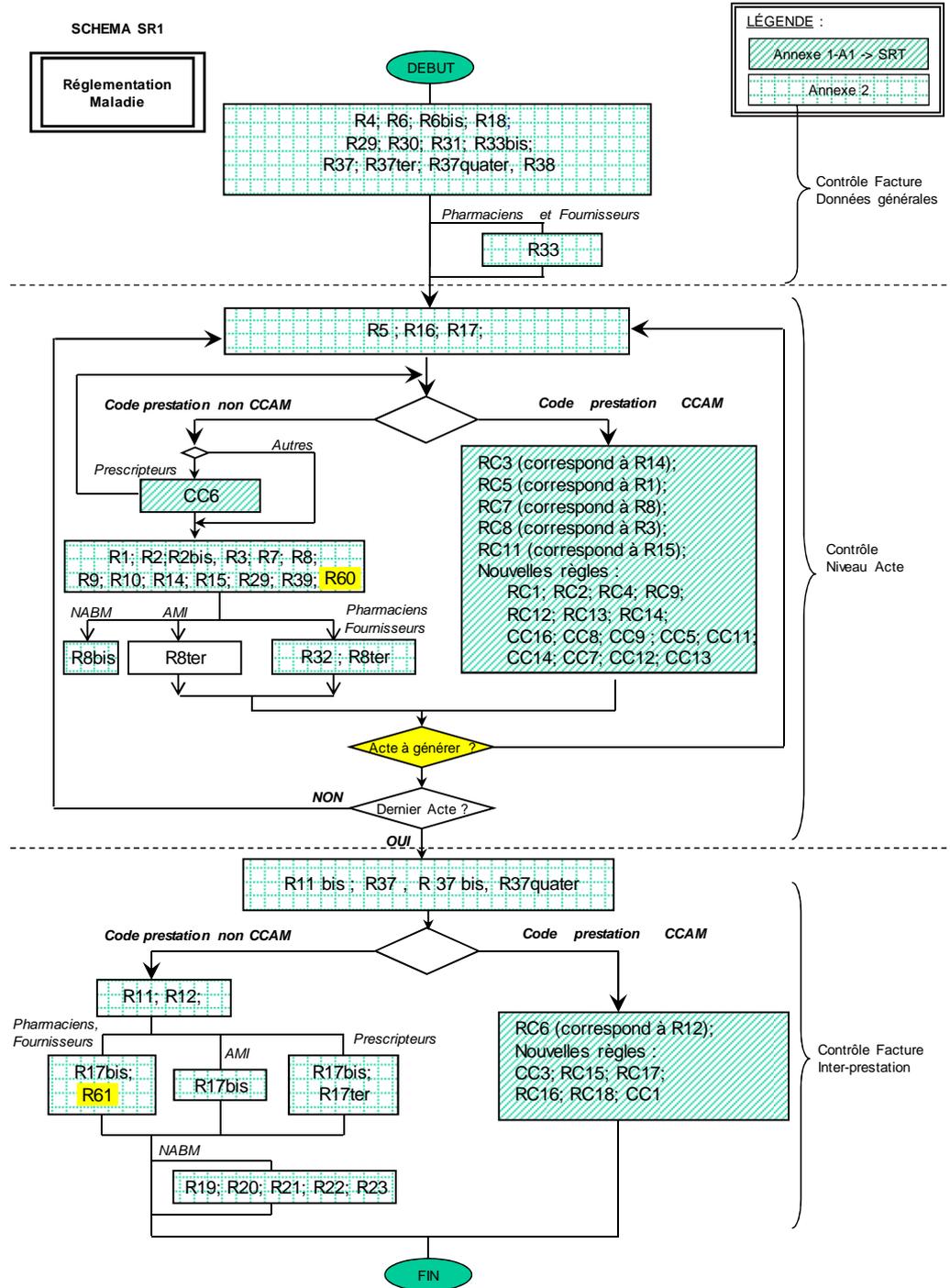
.../...

.../...

2.3.2 Impacts Annexe 1-A : « Flux Aller de FSE/DRE émis par le Professionnel de Santé »

.../...

§2.3.2.3.2 Schéma SR1 : Réglementation Maladie

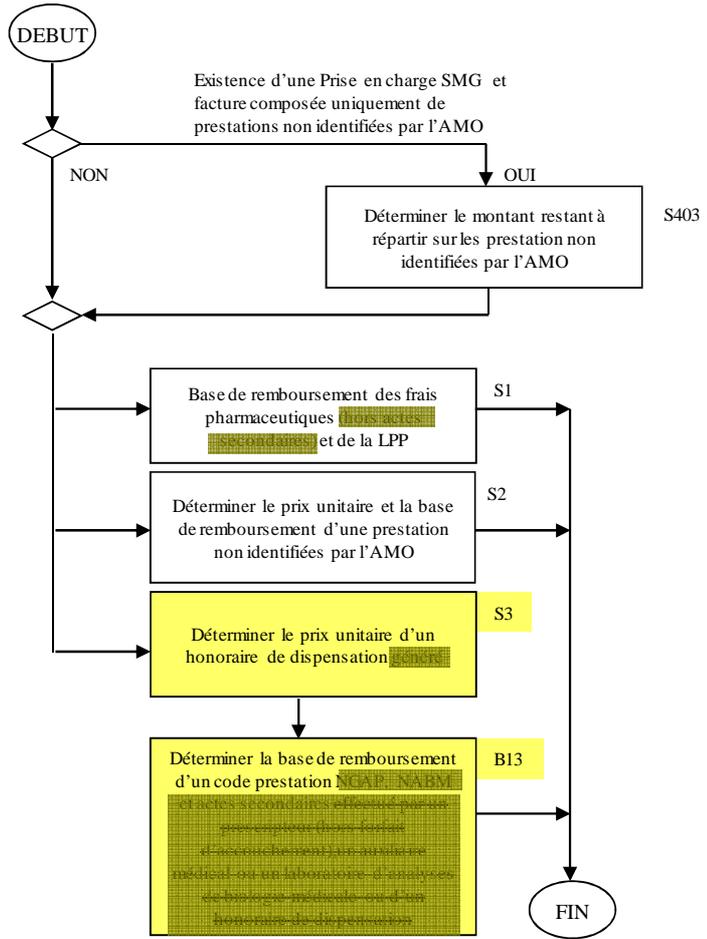
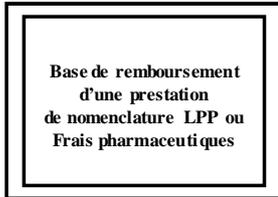


.../...

§2.3.2.4 Schémas SB : Base de Remboursement

.../...

SCHEMA SB1ter



.../...

§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 (cf. Annexe 2 – Table 1 - Groupe fonctionnel général), 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 la qualité du bénéficiaire	table 3	C
• la compatibilité de l'acte avec l'âge du bénéficiaire	table 3	C
• 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

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 n'étant pas concernée par le forçage, l'indicateur de forçage AMO est nécessairement **non renseigné**.

.../...

§3.3.1.3**Forçage du montant remboursable par l'AMO**

Pour chaque **acte prestation** de la facture, **hors prestations de type honoraire**, le Professionnel de Santé 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 ».

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.

.../...

2.3.3 Impacts Annexe 1-A0 : « Zone d'échange facture »

.../...

§2.4.21.1 Gestion des prestations

Les informations télétransmises reflètent exactement la facturation des actes retracée sur le support papier. Il est donc nécessaire de créer autant de groupes 1610 que d'actes répertoriés sur la feuille de soins.

Prestations des biologie

Néanmoins, dans le cadre de la mise en œuvre de la codification affinée des actes de biologie (i.e. de type de nomenclature NABM et de top codage affiné = oui, cf. Annexe2-Table1), l'ensemble des actes exécutés à la même date pour une même prescription (ayant même taux de remboursement) est regroupé dans un groupe 1610 unique. La valeur du coefficient est alors égale à la somme des coefficients représentatifs des codes affinés.

Enchaînement des groupes 161x

L'enchaînement des prestations (groupes 161x) doit respecter les contraintes d'ordonnancement du présent CDC, à savoir :

- Toute prestation d'honoraire simple doit succéder **immédiatement** le médicament à laquelle elle se rapporte (cf. § 2.4.21.1.5)
- La prestation d'honoraire complexe doit apparaître après tous les médicaments et leurs honoraires simples (cf. § 2.4.21.1.5)
- Les prestations de suppléments SMG doivent apparaître en fin de facture (cf. A1-A3)

Tiers payant en mode dégradé

En mode de sécurisation dégradé, lorsque le Professionnel de Santé ne dispose pas des informations lui permettant de déterminer le taux de remboursement, la procédure de tiers payant ne peut être appliquée pour la part obligatoire comme pour la part complémentaire.

.../...

§2.4.21.1.5 Spécificités : Frais pharmaceutique**Codage de la Pharmacie**

Une prestation concernant la famille pharmaciens (groupe 1610) ne peut inclure à la fois des codes médicaments (groupes 1740 et 1741) et des codes LPP (1730).

Pour les médicaments

On établit un groupe 1610 *Prestation* par code prestation de groupe fonctionnel « Médicament » (cf. Annexe2-Table1).

Pour les prestations admettant le codage (top codage affiné = oui, cf. Annexe2-Table1), ce groupe 1610 est suivi d'un groupe 1740 « *Prestation détaillée code CIP* », lui-même éventuellement suivi de 1 à 30 groupes 1741 « *Prestation détaillée lot d'un code CIP* » pour identifier les numéros de lot et de série des conditionnements de médicaments délivrés.

Le prix unitaire du groupe 1610 correspond au montant de la prestation, à savoir :

- le prix unitaire de la boîte de médicament délivré multiplié par le nombre de boîtes délivrées (multiplication du champ 1740-4 par le champ 1740-5)
- ou bien, en cas de déconditionnement, le prix de l'unité multiplié par le nombre d'unités délivrées. (multiplication du champ 1740-10 multiplié par le champ 1740-9)

La valeur du dénombrement du groupe 1610 demeure 1.

Honoraires de dispensation générés**Principe**

Pour chaque médicament remboursable identifié par un code CIP, le système de facturation doit générer une prestation d'honoraire de dispensation simple : pour toute prestation saisie par le PS, le système de facturation utilise la règle R60 (cf. Annexe 2) pour déterminer s'il y a lieu de générer une prestation d'honoraire simple associée. (cf. schéma SR1)

Par ailleurs, le système doit également générer une prestation d'honoraire complexe (une seule par facture) en fonction de la présence dans la facture d'un nombre minimum de médicaments différents remboursables.

La règle de détermination de l'honoraire complexe est la règle R61 (cf. Annexe 2 ; cf. schéma SR1).

**Positionnement
dans la facture**

Toute prestation d'honoraire simple générée par le LPS doit **immédiatement** succéder la prestation à laquelle elle se rapporte.



Dans le cas où la prestation de médicament ayant déclenché l'honoraire simple est déjà suivie d'un acte secondaire saisi par le Professionnel de Santé (exemple : UPH ou MPI), la prestation d'honoraire doit être insérée avant la prestation **acte** secondaire saisi par le PS.

La prestation d'honoraire complexe doit apparaître après tous les médicaments et leurs honoraires simples.

**Données d'une
prestation
d'honoraire
générée**

Le système de facturation établit un groupe 1610 Prestation pour toute prestation d'honoraire de dispensation simple ou complexe, comme spécifié ci-après :

	Honoraire simple	Honoraire complexe
1610-2 Date d'exécution	Date de la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte.	Date de la facture
1610-3 Lieu d'exécution	Identique à celui de la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte.	Identique à celui de la dernière prestation saisie par le PS.
1610-4 Code prestation	cf. R60	cf. R61
1610-5 Code complément prestation	Non renseigné.	Idem honoraire simple
1610-6 Montant des honoraires	Base de remboursement de l'honoraire	Base de remboursement de l'honoraire complexe Idem honoraire simple
1610-7 Qualificatif de la dépense	Identique à celui de la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte	Non renseigné
1610-8 Coefficient	Toujours à 1	Idem honoraire simple
1610-9 Quantité	Egale au nb de boîtes de médicament utilisées pour la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte (1740-5 du médicament associé)	Egale à 1
1610-10 Dénombrement	Toujours à 1	Idem honoraire simple

1610-11
Prix unitaire

cf. S3

Idem honoraire simple



La prestation d'honoraire est générée par le système de facturation : aucune donnée de cette prestation (groupes 1610, 18xx, 20xx) ne doit être modifiable par le Professionnel de Santé (cf. A1-A §3.1)

.../...

§2.4.21.1.10**Spécificités Code prestation saisi par le Professionnel de Santé**

Le code prestation saisi par le Professionnel de Santé doit correspondre :

- soit à un code prestation présent en table 1 de l'annexe 2 et de code origine « PS » (~~EF_IP05_06= « PS »~~)
- soit à un code prestation non présent en table 1 de l'annexe 2 (cas de forçage – cf. A1-A §3.1)

Il ne doit en aucun cas correspondre à un code prestation présent en table 1 de l'annexe 2 et de code origine « LPS ».

.../...

§2.4.21.1.10 2.4.21.1.11**1610 Groupe Prestation**

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

1. Prescripteurs
2. Auxiliaires-médicaux
3. Pharmaciens
4. Laboratoires d'analyse de biologie médicale
5. Fournisseurs

1610	Groupe Prestation
1. N° de la prestation	N° ordre de la prestation (dans la facture)
2. Date d'exécution	<ul style="list-style-type: none"> • Date d'exécution de la prestation • Honoraires de dispensation générés : voir spécificités §2.4.21.1.5
3. Lieu d'exécution	<ul style="list-style-type: none"> • valeur 0 pour « lieu d'exercice du PS » • valeur 1 pour « domicile du patient » • Honoraires de dispensation générés : voir spécificités §2.4.21.1.5

4. Code prestation	<ul style="list-style-type: none"> • Hors CCAM : <ul style="list-style-type: none"> ○ Code prestation connu par l'Assurance Maladie (cf. Annexe 2 : table 1) hors indemnités de déplacement (groupe fonctionnel de niveau général « Indemnité de déplacement ») ○ Code prestation saisi par le PS : voir spécificités §2.4.21.1.10 ○ Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5 • CCAM : code regroupement (cf. règle CC7)
5. Code complément prestation	<ul style="list-style-type: none"> • NGAP ou NABM : <ul style="list-style-type: none"> ○ valeur N pour « nuit » ○ valeur F pour « dimanche ou jour férié » ○ valeur U pour « urgence » Attention, particularité pour le codage de la biologie pour les valeurs 'N' et 'F'. • CCAM : champ non renseigné • Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5
6. Montant des honoraires	<ul style="list-style-type: none"> • Hors Nature d'assurance SMG : indiquer le montant PS des honoraires (montant total facturé à l'assuré pour la prestation (dépassement compris) et renseigné par le Professionnel de Santé) (en cents) • Nature d'assurance SMG : indiquer le montant des honoraires calculé (cf. A1-A3). • Honoraires de dispensation : voir spécificités §2.4.21.1.5 <p>Dans tous les cas, indiquer le montant des honoraires calculé (cf. A1-A3 : opération VF06).</p> <p>Rappel de l'opération VF06 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour une prestation saisie par le PS, ce montant correspond : <ul style="list-style-type: none"> ○ Hors Nature d'assurance SMG et AT : au indiquer le montant PS des honoraires (montant total facturé à l'assuré pour la prestation (dépassement compris) et renseigné par le Professionnel de Santé) (en cents) ○ Nature d'assurance SMG ou AT : au indiquer le montant des honoraires calculé (cf. A1-A3). • Pour les prestations générées par le LPS, pour toutes les natures d'assurance, le montant des honoraires correspond à la base de remboursement (1610-12) (cf. RG_VF409)

7. Qualificatif de la dépense	<ul style="list-style-type: none"> • Valeurs : <ul style="list-style-type: none"> ○ valeur D pour « entente directe » ○ valeur E pour « exigence particulière » ○ valeur F pour « déplacement non prescrit » ○ valeur G pour « acte gratuit » ○ valeur N pour « acte non remboursable » ○ valeur A pour « dépassement autorisé » ○ valeur M pour « dépassement maîtrisé » ○ valeur B pour « dépassement autorisé et entente directe » ○ valeur C pour « dépassement maîtrisé et exigence particulière » ○ valeur L pour « prestation soumise à un accord de prise en charge SMG » • Spécificités <ul style="list-style-type: none"> ○ Voir spécificités : qualificatif de la dépense § 2.4.21.1.8 ○ Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5
8. Coefficient	<ul style="list-style-type: none"> • Coefficient en centièmes. Voir annexe 2. • Attention, particularité pour le codage de la biologie • Valeur 1 pour une prestation CCAM • Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5
9. Quantité	<ul style="list-style-type: none"> • Voir spécificités radiologie ou regroupement de séances • Valeur 1 pour une prestation CCAM • Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5
10. Dénombrement	<ul style="list-style-type: none"> • Voir spécificités radiologie • Voir codage de la biologie et d'anatomo-cyto-pathologie • Voir codage de la pharmacie pour les médicaments et pour les dispositifs médicaux (DM) de la LPP. • Auxiliaires-Médicaux : voir « Plusieurs séances facturées sur la même feuille de soins avec actes multiples ou indemnités » • Valeur 1 pour une prestation CCAM • Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5
11. Prix unitaire	<ul style="list-style-type: none"> • Indiquer le montant, en centimes d'Euros, de la prestation • CCAM : voir règle BC1 • Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5
12. Base de remboursement	<ul style="list-style-type: none"> • CCAM : voir annexe 1 – A1 règle BC99 • Autres : voir annexe 2
13. Taux applicable à la prestation	<ul style="list-style-type: none"> • Voir annexe 2 - règle T13 ou règle TC9 si TC9 est appliquée • Le taux est renseigné de façon standard indépendamment de la situation du parcours de soins
14. Montant remboursable par l'AMO	<ul style="list-style-type: none"> • Voir annexe 2
15. Montant théorique remboursable de la part complémentaire	<ul style="list-style-type: none"> • Cf. Phase Complémentaire – Annexe 1-A2 • En cas de nature d'assurance SMG, ce montant est non renseigné

16. Montant MTM restant à charge de l'assuré

- Montant renseigné hors parcours de soins. cf. Annexe 2 règle P1bis

.../...

2.4.23 1820 Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Exonération T.M.

Règles

Ce groupe permet de gérer les justificatifs d'exonération (ou code justification d'exonération) appliqués à chaque prestation.

Ce groupe est obligatoire lorsque la nature d'assurance est Maladie (groupe 1511).

A l'inverse si les natures d'assurance maternité (groupe 1512) et accident du travail (groupe 1513) sont présentes, le groupe 1820 est interdit.

Enfin, si le groupe 1514 est présent, ce groupe est facultatif.

Ce groupe est rattaché à tout type de prestation (groupe 16xx).



Cas particulier d'un déplacement

Dans le cas d'un déplacement, le code justification d'exonération est nécessairement identique à celui de l'acte support (groupe 1610 précédent).



Cas particulier d'un honoraire de dispensation simple

Dans le cas d'un honoraire de dispensation simple, le code justification d'exonération est nécessairement identique à celui de la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte (groupe 1610 précédent).

Pour rappel, un honoraire de dispensation simple est généré par le système de facturation.



Cas particulier d'un honoraire de dispensation complexe

Dans le cas d'un honoraire de dispensation complexe, le code justification d'exonération n'est pas saisi par le PS, il est nécessairement égal à une valeur déduite par le progiciel.

Pour rappel, un honoraire de dispensation complexe est généré par le système de facturation.

Détermination du taux d'exonération : cf. Annexe 2 – Chapitre Taux de Remboursement.

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- | |
|-------------------------|
| 1. Prescripteurs |
| 2. Auxiliaires-médicaux |
| 3. Pharmaciens |

4. Laboratoires d'analyse de biologie médicale

5. Fournisseurs

1820	Groupe Complément de prestation Exonération du Ticket Modérateur	
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle s'applique le code justification d'exonération du ticket modérateur	
2. Code justification d'exonération du ticket modérateur	<p>Saisi par le Professionnel de Santé au niveau prestation ou au niveau facture :</p> <ul style="list-style-type: none"> • valeur 3 pour « Soins particuliers exonérés (traitement de la stérilité, soins aux prématurés, actes exonérants, soins en établissement des nourrissons dans les 30 premiers jours de vie, test de dépistage du virus HIV) » • valeur 4 pour « Soins conformes au protocole ALD » • valeur 6 pour « Exonération régimes spéciaux (Service médical SNCF, Régime des Mines) » • valeur 7 pour « Soins dispensés en risque maladie et exonérés dans le cadre d'un dispositif de prévention¹(*) » <hr/> <p>Déduit par le progiciel du Professionnel de Santé en fonction du code couverture / libellé² du bénéficiaire (voir annexe 2) lue sur la carte Vitale ou saisi par le Professionnel de Santé dans le cas d'une facture sans carte Vitale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • valeur 0 pour « pas d'exonération » • valeur 5 pour « Assuré ou bénéficiaire exonéré » • valeur 6 pour « Exonération régimes spéciaux (Régime des Mines uniquement) » • valeur 9 pour « FSV ». <hr/> <p>Renseigné par le progiciel du Professionnel de Santé en fonction des retours des services SRT C-ExoActe (règle TC2-3) et C-ExoFacture (règle TC5) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • valeur C pour « Soins exonérés en codage CCAM du fait de la nature de l'acte, ou du dépassement du seuil. » <hr/> <p>Déduit par le progiciel du Professionnel de Santé pour un honoraire de dispensation généré:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pour un honoraire de dispensation simple : toutes valeurs présentées ci-dessus, hors valeur « C » • pour un honoraire de dispensation complexe : <ul style="list-style-type: none"> ○ valeur 0 pour « pas d'exonération » ○ valeur 5 pour « Assuré ou bénéficiaire exonéré » 	

¹ (*) Uniquement dans le cadre de campagnes de prévention- ou certaines prestations CCAM. Dans ce dernier cas le code justificatif d'exonération est renseigné par le progiciel du PS en fonction des retours du service C-ExoPrevention (règle TC1).

² Lorsque l'on est en présence d'un mode de sécurisation sans Vitale.

- o valeur 6 pour « Exonération régimes spéciaux (Régime des Mines uniquement) »
- o valeur 9 pour « FSV ».

.../...

2.4.26 1850 Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Renouvellement

Règles

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- | |
|------------------------------------------------|
| 1. Pharmaciens |
| 2. Laboratoires d'analyse de biologie médicale |

Ce groupe est facultatif.



Cas particulier d'une délivrance exceptionnelle

L'article L5125-23-1 autorise les pharmaciens à renouveler la délivrance de médicaments aux patients dont les traitements chroniques risquent d'être interrompus, faute d'avoir obtenu de leur médecin une nouvelle prescription.

Le décret N° 2008-108 du 5 février 20081 fixe les conditions d'application de cette mesure. L'arrêté du 5 février 20081 détermine les catégories de médicaments exclues du dispositif.

Dans ce contexte de délivrance exceptionnelle, le champ renouvellement doit être valorisé à « 99 ».



Cas particulier d'un honoraire de dispensation généré.

Dans le cas d'une prestation de type honoraire (cf. table 1 de l'annexe 2), ce groupe n'est pas renseigné

1850	Groupe Complément de prestation Renouvellement	
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le renouvellement.	
2. Renouvellement	Indiquer le N° ordre de renouvellement.	

.../...

2.4.29 1880 Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Lieu d'exercice

Règles

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

30/04/15	G.I.E. SESAM-VITALE	33 / 66
----------	---------------------	---------

- | |
|------------------------------------------------|
| 1. Prescripteurs |
| 2. Auxiliaires-médicaux |
| 3. Laboratoires d'analyse de biologie médicale |

Ce groupe est facultatif.



Cas particulier d'un honoraire de dispensation généré

Dans le cas d'une prestation de type honoraire (cf. table 1 de l'annexe 2), ce groupe n'est pas renseigné

1880	Groupe Complément de prestation Lieu d'exercice	
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le lieu d'exercice.	
2. Lieu d'exercice	Permet de renseigner le lieu dans lequel l'acte a été effectué, dès lors que ce lieu est identifié avec un n° FINESS (structure de soins, maison de retraite,...). Obligatoire pour les prescripteurs et Auxiliaires Médicaux dès lors que les actes ne sont pas effectués au cabinet.	

.../...

2.4.30 1890 Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Réseau ou filière de soins

Règles

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- | |
|------------------------------------------------|
| 1. Prescripteurs |
| 2. Auxiliaires-médicaux |
| 3. Pharmaciens |
| 4. Laboratoires d'analyse de biologie médicale |
| 5. Fournisseurs |

Ce groupe est facultatif.



Cas particulier d'un honoraire de dispensation généré

Dans le cas d'une prestation de type honoraire (cf. table 1 de l'annexe 2), ce groupe n'est pas renseigné

1890	Groupe Complément de prestation Réseau ou filière de soins
-------------	-------------------------------------------------------------------

30/04/15	G.I.E. SESAM-VITALE	34 / 66
----------	---------------------	---------

1890	Groupe Complément de prestation Réseau ou filière de soins	
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache l'identification du réseau ou de la filière de soins	
2. Identifiant réseau ou filière de soins	Permet de renseigner la relation d'appartenance du bénéficiaire à une filière ou un réseau dans lequel l'acte a été effectué.	

.../...

2.4.35 2030 Groupe Prévention commune AMO/AMC

Règles

Ce groupe est renseigné dans le cas de prestations réalisées dans le cadre de prévention au sens de la Réforme d'Assurance Maladie (loi du 13 août 2004).

Elle n'est pas liée au risque prévention géré par les organismes AMO.



Cas particulier d'un honoraire de dispensation généré

Dans le cas d'une prestation de type honoraire (cf. table 1 de l'annexe 2), ce groupe n'est pas renseigné

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

1. Prescripteurs
2. Auxiliaires-médicaux
3. Pharmaciens
4. Laboratoires d'analyse de biologie médicale
5. Fournisseurs

2030	Groupe Prévention AMO/AMC	
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattachent les informations de prévention	
2. Top prévention commune AMO/AMC	Saisi par le Professionnel de Santé. Renseigné pour les actes concernés par la prévention commune AMO/AMC.	
3. Qualifiant du dispositif de prévention	Saisi par le Professionnel de Santé	

.../...

2.3.4 Impacts Annexe 1-A2 : « Phase Part Complémentaire »

.../...

§5.2 3710 Groupe FORMULE AMC APPLIQUEE AU NIVEAU ACTE

Règles

Ce groupe indique la formule et les paramètres appliqués pour un acte.

En entrée de l'interface

Indique la formule que le Professionnel de Santé veut utiliser pour le calcul de la part complémentaire de la ligne acte.



Cas particulier des Honoraires de Dispensation générés

Pour une prestation d'honoraire de dispensation simple, le progiciel utilise la même formule que celle appliquée pour l'acte support.



Pour la prestation d'honoraire complexe, la part AMC est toujours nulle, le taux de prise en charge étant de 100%.



Cas particulier de la CMU-C

.../...

.../...

2.3.5 Impacts Annexe 1-A3 : « Finalisation d'une facture SMG – Phase Part Obligatoire »

§2.2 CF99 : Déterminer le caractère remboursable AMO des prestations saisies par le Professionnel de Santé

.../...

[RG_CF405] Déterminer le montant total effectif pris en charge au titre des SMG

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La prise en charge de la facture au titre des SMG peut être inférieure au montant mentionné sur l'accord de prise en charge. En effet, cette prise en charge effective doit être limitée à la dépense réelle, i.e. le total du montant des honoraires perçus par le Professionnel de Santé :

Le Montant total effectif pris en charge au titre des SMG est égal au **MINIMUM** entre le Montant total pris en Charge au titre des SMG et le Montant total de la facture **(1910-1)** i.e. la somme des montants PS des honoraires de chaque prestation saisies par le Professionnel de Santé **et des bases de remboursement des prestations d'honoraire de dispensation générées par le système.**



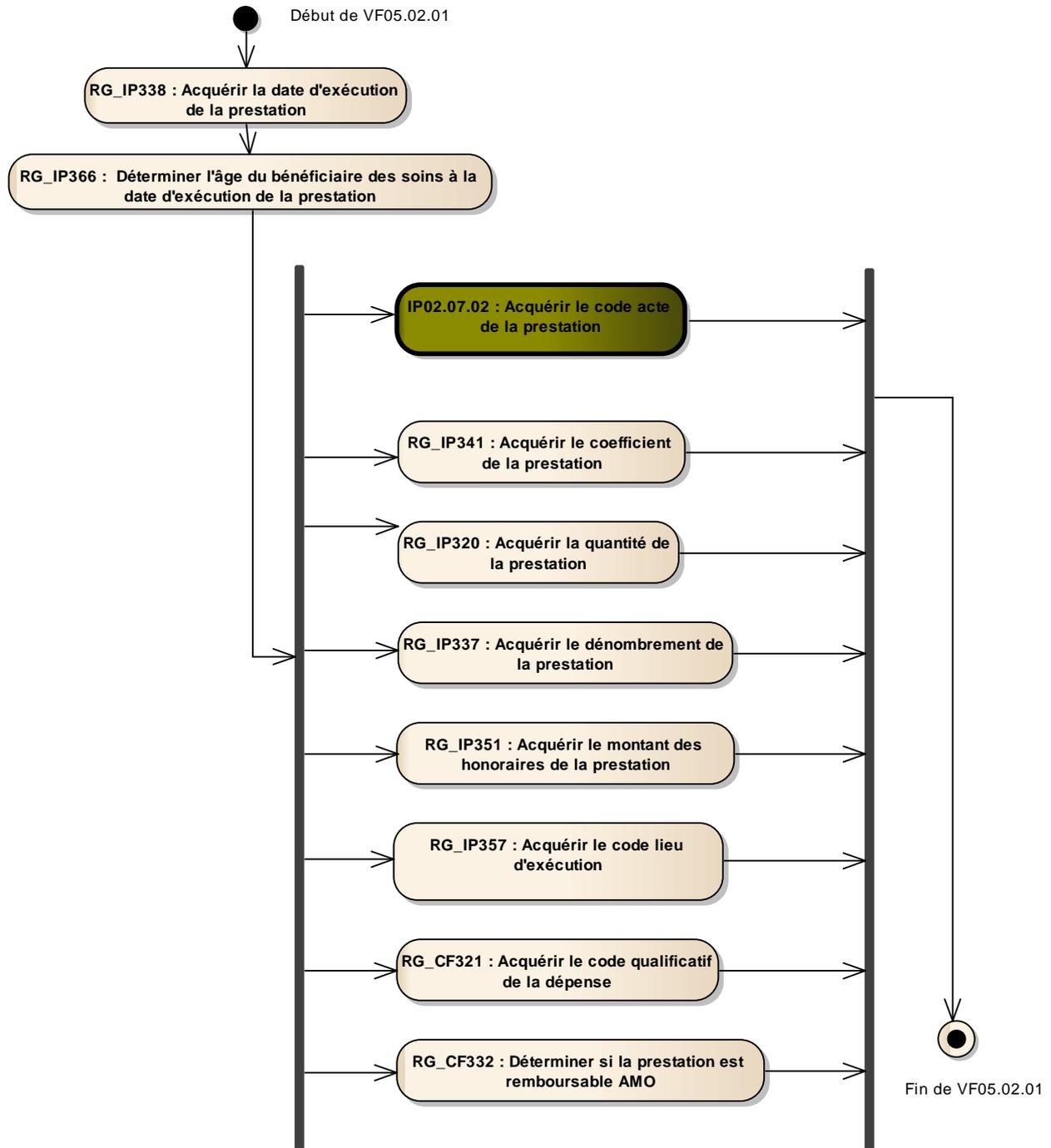
En l'absence de prise en charge SMG ce montant total effectif pris en charge au titre des SMG est non renseigné

.../...

§2.3.2.1

VF05.02.01 : Acquérir les données d'une prestation de type SD_SMG

.../...



Règles de gestion

RG_IP338	.../...	.../...
RG_IP366	.../...	.../...

IP02.07.02

RG_IP339	.../...	.../...
RG_IP353	Type de la prestation	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
RG_IP354	Type de nomenclature	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
RG_IP355	Groupe fonctionnel	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
RG_IP356	Top nécessité de codage affiné	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
RG_IP392	Origine de la prestation	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)

Autres

.../...	.../...	.../...
---------	---------	---------

.../...

§2.4 VF06 : Recalculer le montant des honoraires de chaque prestation**Vue générale****Nom** VF06 : Recalculer le montant des honoraires de chaque prestation**Description** L'objet de cette opération est de déterminer pour chaque prestation de la facture le montant des honoraires à transmettre dans le flux.

Le montant des honoraires saisi par le Professionnel de Santé pour chaque ligne de prestation est distingué du montant des honoraires transmis au final dans la facture et dénommé montant calculé des honoraires de la prestation.

Dans le cas d'une facture contenant des suppléments dérogatoires SMG, le montant du supplément SMG est porté par le montant des honoraires du premier supplément dérogatoire SMG et doit donc être soustrait du montant des honoraires des prestations saisie par le Professionnel de Santé afin de conserver un montant total de la facture exact.

Entrées Montant saisi par le PS des honoraires de la prestation

Groupe fonctionnel de la prestation

Origine de la prestation

Montant total pris en charge au titre des SMG

Montant remboursable AMO

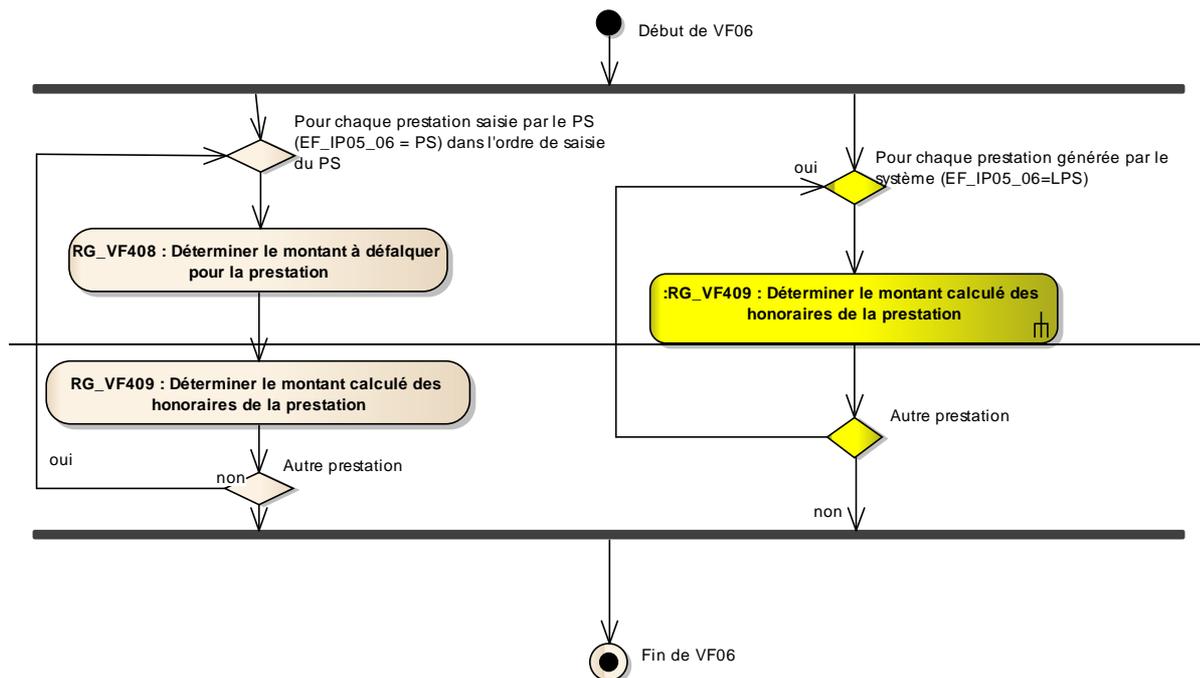
Montant à défalquer en SMG

Sorties Montant calculé des honoraires de la prestation

Montant à défalquer en SMG

Situations Aucune
spécifiques

Schéma



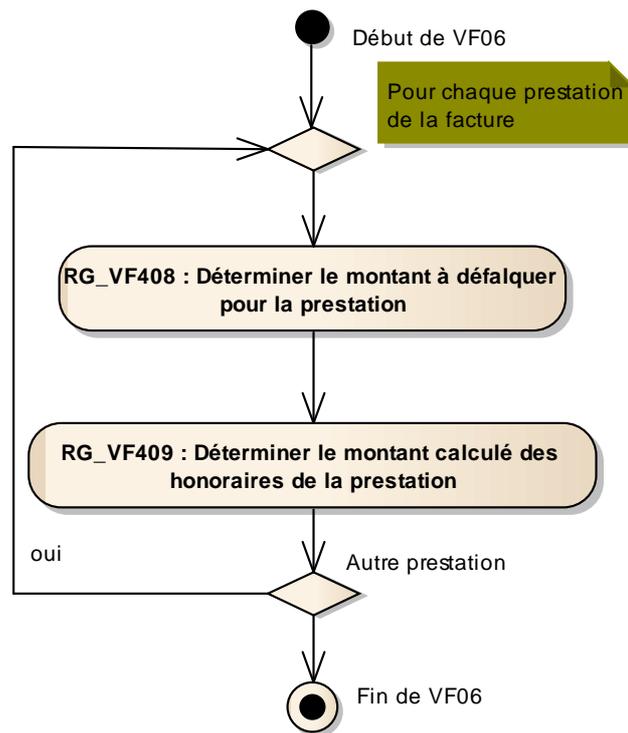


Figure 24 : Enchaînement des opérations de VF06 « Recalculer le montant des honoraires de chaque prestation »

**Règles de
gestion****[RG_VF409] Déterminer le montant calculé des honoraires de la prestation**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Par défaut, le montant calculé des honoraires de la prestation est égal au montant des honoraires saisi par le Professionnel de Santé

Dans le cas d'un accord de prise en charge SMG et s'il a été généré des prestations SD_SMG, il est calculé par le système de facturation comme suit :

- pour les prestations de groupe fonctionnel SD_SMG, le montant calculé des honoraires est égal au montant remboursable AMO,
- pour les prestations générées par le système de facturation, le montant calculé des honoraires de la prestation est égal au montant de la base de remboursement.

Ce cas particulier concerne les prestations :

- suppléments dérogatoires SMG
- honoraires de dispensation
- pour les autres prestations (i.e., prestations saisies par le Professionnel de Santé), le montant calculé des honoraires est calculé à partir du montant des honoraires saisi par le Professionnel de Santé duquel est déduit tout ou partie du montant à défalquer en SMG, tout en s'assurant que ce montant calculé des honoraires reste supérieur au montant remboursable AMO de la prestation (en effet, le montant calculé des honoraires ne peut être inférieur au montant de la part AMO de la prestation).

Montant calculé des honoraires = MAX (Montant saisi par le PS des honoraires – Montant à défalquer en SMG, Montant remboursable AMO)

**Cas particuliers****[CP1] Prestation générée par le LPS**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation générée par le LPS (origine de la prestation « LPS ») le montant calculé des honoraires de la prestation est égal à la base de remboursement. (cf. A1-A0 § 2.4.21.1.5)

.../...

2.3.6 Impacts Annexe 2 : « Réglementation - Tarification »

.../...

§1 Présentation générale

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

.../...

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'introduire dans la Feuille de Soins Electronique (par forçage) des données conformes à la nomenclature³ 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.

.../...

Tableaux de synthèse

		.../...	R40	R60	R61	T1	.../...	S3	.../...
01	Médecine générale	.../...	X			X	.../...		.../...
/.	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
50	Pharmacien	.../...	X	X	X		.../...	X	.../...
51	Pharmacien Mutualiste	.../...	X	X	X		.../...	X	.../...
/.	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

.../...

R60 : Déterminer le code prestation automatique l'honoraire de dispensation à générer

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet, pour toute prestation saisie par le PS, de déterminer la nécessité d'ajouter une prestation automatique et la valeur de son code prestation.</p> <p>La nécessité de cette création dépend des données de la prestation saisie par le PS :</p>	<p>Prestation saisie par le PS</p> <p>Code prestation : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Qualificatif de la dépense : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Type de</p>	<p>Table 60</p> <p>Base médicament</p>	A compléter	<p>Cette règle concerne dans un premier temps les prestations de nomenclature « Frais PH » et a pour objet la génération automatique par le LPS des prestations de type honoraires de</p>

³ 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 1.1, 8.x, 11.1 et 50.x, 60, 61.1 et 61.2, et la colonne « Origine prestation » de la table 1

<ul style="list-style-type: none"> • d'une part <ul style="list-style-type: none"> ○ son code de la prestation ○ son qualificatif de la dépense ○ la présence d'un code affiné* • et d'autre part : <ul style="list-style-type: none"> ○ son type de conditionnement pour une prestation de type « médicament » 	conditionnement : : lu en base médicament Groupe Prestation détaillée code CIP : 1640 Données saisies par le PS Prestation à générer : Code prestation : Donnée résultat			dispensation * Seuls les médicaments ayant un code CIP permettent de générer un honoraire de dispensation Remarque : La prestation générée par le LPS ne doit pas être modifiée par le PS.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

R61 : Déterminer la nécessité de générer un honoraire complexe

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de déterminer si la facture doit contenir une prestation d'honoraire complexe. Cette prestation devra être générée automatiquement par le LPS.</p> <p>Une prestation d'honoraire complexe est déclenchée lorsque, dans la facture, le nombre de codes CIP différents et ayant donné lieu à honoraire simple est supérieur ou égal au nombre minimum de codification CIP différentes permettant de facturer un Honoraire Complexe.</p>	Pour toute prestation saisie par le PS : Groupe Prestation détaillée code CIP : 1740-Données saisies par le PS Code prestation : (1610) : Saisie par le PS	Table 60 Table 61 Base médicament		Remarque : La prestation générée par le LPS ne doit pas être modifiée par le PS.

.../...

B13 : Déterminer la base de remboursement d'un code prestation NGAP, NABM et actes secondaires effectué par un prescripteur (hors forfait d'accouchement), un auxiliaire médical ou un laboratoire d'analyses de biologie médicale ou d'un honoraire de dispensation

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle concerne les prestations correspondant à l'une des nomenclatures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • NGAP • NABM <p>ainsi que les prestations d'honoraire de dispensation.</p> <p>La base de remboursement est issue du calcul suivant :</p> <p>(Quantité x coefficient x prix unitaire)</p> <p>.../...</p>	.../... Type de nomenclature : Lu en table 1 Groupe fonctionnel général : Lu en table 1	.../...	.../...	.../...

.../...

S1 : Base de remboursement des frais pharmaceutiques (hors actes secondaires) et de la LPP

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Pour les frais pharmaceutiques hors actes secondaires :</p> <p>Le montant de la base de remboursement des frais pharmaceutiques correspond au prix unitaire du groupe 1610 à savoir :</p> <p>.../...</p>	.../...	.../...	.../...	.../...

.../...

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

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Le prix unitaire d'une prestation d'honoraire de dispensation est égal au tarif réglementaire en vigueur à la date d'exécution de la prestation et en fonction de la caisse de rattachement du PS.</p> <p>Les tarifs réglementaires font l'objet de la table 1.1.</p>	<p>Code prestation : (1610) : Généré par le LPS</p> <p>Groupe fonctionnel de la prestation : (1610) : Table 1</p> <p>Date d'exécution : (1610) : Généré par le LPS</p> <p>Caisse de rattachement du PS : paramétrée sur le poste (cf. A1-A)</p> <p>Prix unitaire : (1610) : Donnée résultat</p>	<p>Table 1</p> <p>Table 1.1</p>	Convention Nationale des Pharmaciens	Remarque : Le prix unitaire déterminé ne doit pas être modifié par le PS.

.../...

Table 1 : Table des codes prestations

Code prestation	Libellé du code prestation	Date de fin de validité	Type de prestation	Type de nomenclature	Groupe fonctionnel		Top Codage affiné	Origine prestation
					général	détail		
AAD	Autres accessoires traitement à domicile (Titre I Chapitre 1 de la LPP)		Support	LPP	so	so	Oui	PS
...	...	...	...	...	...	...	...	PS
DAP	supplément Dérogatoire SMG sur Actes Professionnels remboursables		Secondaire	NGAP	SD_SMG	Pour prest. R	Non	LPS
...	...	...	...	...	...	...	...	PS
DPS	supplément Dérogatoire SMG sur Prestations Sanitaires remboursables		Secondaire	NGAP	SD_SMG	Pour prest. R	Non	LPS
...	...	...	...	...	...	...	...	PS
GLU	Nutriment pour intolérant au gluten		Support	LPP			Oui	PS
HC	Honoraire dispensation Complexe		Secondaire	Frais PH	Honoraire	complexe	Non	LPS
HD1	Honoraire de Dispensation niveau 1		Secondaire	Frais PH	Honoraire	simple	Non	LPS
HD2	Honoraire de Dispensation niveau 2		Secondaire	Frais PH	Honoraire	simple	Non	LPS
HD4	Honoraire de Dispensation niveau 4		Secondaire	Frais PH	Honoraire	simple	Non	LPS
HD7	Honoraire de Dispensation niveau 7		Secondaire	Frais PH	Honoraire	simple	Non	LPS
HG1	Honoraire de Dispensation Grand conditionnement niveau 1		Secondaire	Frais PH	Honoraire	simple	Non	LPS
HG2	Honoraire de Dispensation Grand conditionnement niveau 2		Secondaire	Frais PH	Honoraire	simple	Non	LPS
HG4	Honoraire de Dispensation Grand conditionnement niveau 4		Secondaire	Frais PH	Honoraire	simple	Non	LPS
HG7	Honoraire de Dispensation Grand conditionnement niveau 7		Secondaire	Frais PH	Honoraire	simple	Non	LPS
HN	Hors Nomenclature		Support	NGAP			Non	PS
...	...	...	...	...	...	...	...	PS
SGA	Supplément dérogatoire SMG sur Actes professionnels non remboursables		Secondaire	NGAP	SD_SMG	Pour prest. NR	Non	LPS
SGN	Supplément dérogatoire SMG sur prestations Sanitaires Non remboursables		Secondaire	NGAP	SD_SMG	Pour prest. NR	Non	LPS
...	...	...	...	...	...	...	...	PS

...

**Table 1.1 : Table des tarifs réglementaires des honoraires de dispensation
généralisés**

Code prestation	Date d'effet	Tarifs réglementaires en €					
		Code caisse de rattachement du PS					
		971 Guadeloupe	972 Martinique	973 Guyane	974 Réunion	976 Mayotte	Autres Métropole
HC	01/01/15	0,51	0,51	0,51	0,51	0,51	0,51
HD1	01/01/15	1,08	1,08	1,10	1,04	1,12	0,82
	01/01/16	1,35	1,35	1,37	1,29	1,39	1,02
HD2	01/01/15	1,08	1,08	1,10	1,04	1,12	0,82
	01/01/16	1,35	1,35	1,37	1,29	1,39	1,02
HD4	01/01/15	1,08	1,08	1,10	1,04	1,12	0,82
	01/01/16	1,35	1,35	1,37	1,29	1,39	1,02
HD7	01/01/15	1,08	1,08	1,10	1,04	1,12	0,82
	01/01/16	1,35	1,35	1,37	1,29	1,39	1,02
HG1	01/01/15	2,92	2,92	2,96	2,79	3,01	2,21
	01/01/16	3,64	3,64	3,69	3,48	3,74	2,75
		3,65	3,65	3,70	3,49	3,75	2,76
HG2	01/01/15	2,92	2,92	2,96	2,79	3,01	2,21
	01/01/16	3,64	3,64	3,69	3,48	3,74	2,75
		3,65	3,65	3,70	3,49	3,75	2,76
HG4	01/01/15	2,92	2,92	2,96	2,79	3,01	2,21
	01/01/16	3,64	3,64	3,69	3,48	3,74	2,75
		3,65	3,65	3,70	3,49	3,75	2,76
HG7	01/01/15	2,92	2,92	2,96	2,79	3,01	2,21
	01/01/16	3,64	3,64	3,69	3,48	3,74	2,75
		3,65	3,65	3,70	3,49	3,75	2,76

.../...

Table 2 : Table des compatibilités entre les codes prestation et les spécialités de Professionnels de Santé

Remarque : Cette table ne contient pas les codes prestations CCAM

Spécialité du Professionnel de Santé	Codes prestations
.../...	.../...
50	AAD - AAR - ARO - ATL - B - COR - CPH - DPS - DVO - GLU - HC - HD1 - HD2 - HD4 - HD7 - HG1 - HG2 - HG4 - HG7 - KGP - LEN - LUN - MAC - MAD - MHU - MPI - OPT - ORP - PA - PAN - PAU - PDM - PEX - PG7 - PH1 - PH2 - PH4 - PH7 - PHA - PHN - PII - PM2 - PM4 - PMH - PMR - POC - PPI - PPP - SGN - SGS - SNG - TNS - UPH - VEH - VER
51	AAD - AAR - ARO - ATL - B - COR - CPH - DPS - DVO - GLU - HC - HD1 - HD2 - HD4 - HD7 - HG1 - HG2 - HG4 - HG7 - KGP - LEN - LUN - MAC - MAD - MHU - MPI - OPT - ORP - PA - PAN - PAU - PDM - PEX - PG7 - PH1 - PH2 - PH4 - PH7 - PHA - PHN - PII - PM2 - PM4 - PMH - PMR - POC - PPI - PPP - SGN - SGS - SNG - TNS - UPH - VEH - VER
.../...	.../...

.../...

Table 3 : Table des compatibilités entre les codes prestation et la qualité du bénéficiaire

0 = NON, 1 = OUI

Remarque : Cette table ne contient pas les codes prestations CCAM

Code prestation	Qualité du bénéficiaire												
	Assuré	Ascendant, descendant, collatéraux ascendants	Conjoint	Conjoint divorcé	Concubin	Conjoint séparé	Enfant	Conjoint veuf	Autre ayant-droit	Age min		Age max	
										mois	années	mois	années
AAD	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
.../...	/.	.../...	/.	.../...	/.	.../...	/.	.../...	.../...	/.	/.	/.	/.
HC	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
HD1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
HD2	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
HD4	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
HD7	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
HG1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
HG2	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
HG4	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
HG7	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
.../...	/.	.../...	/.	.../...	/.	.../...	/.	.../...	.../...	/.	/.	/.	/.

.../...

Table 4 : Table des compatibilités entre les codes prestation et plusieurs concepts (nature d'assurance, coefficient,...)

N = NON, O = OUI

(***) Si le coefficient n'est pas saisi par le Professionnel de Santé, il doit être renseigné à 1 par défaut.

(**) le contrôle de compatibilité est effectué avec l'acte support auquel la majoration ou le forfait est rattaché.

(*) T.R. Théorique à appliquer pour tous les régimes hormis : SNCF, CRPCEN

Remarque : Cette table ne contient pas les codes prestations CCAM

Code prestation	Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance				Nécessité d'une prescription	Nécessité d'un coefficient (***)	Valeurs minimales et maximales du coefficient	Compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement	Compatibilité de l'acte avec une majoration (**)			T.R théorique (*)	T.R. théorique CRPCEN
	Maladie	Maternité	Accident du Travail	Soins Médicaux Gratuits					Férié	Nuit	Urgence		
AAD	O	O	O	O	O	N		N	N	N	N	60	85
.../...	/.	/.	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	/.	/.	/.	.../...	.../...
HC	O	O	O	O	O	N		N ^(**)	N	N	N	100	100
HD1	O	O	O	O	O	N		N	N	N	N	100	100
HD2	O	O	O	O	O	N		N	N	N	N	15	15
HD4	O	O	O	O	O	N		N	N	N	N	30	45
HD7	O	O	O	O	O	N		N	N	N	N	65	85
HG1	O	O	O	O	O	N		N	N	N	N	100	100
HG2	O	O	O	O	O	N		N	N	N	N	15	15
HG4	O	O	O	O	O	N		N	N	N	N	30	45
HG7	O	O	O	O	O	N		N	N	N	N	65	85
.../...	/.	/.	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	/.	/.	/.	.../...	.../...

.../...

Table 7 : Table des compatibilités entre les codes prestations et le qualificatif de la dépense

0 = NON, 1 = OUI, SO = Sans Objet

Code prestation	Gratuit	Déplacement non prescrit	Dépassement exigence	Entente directe	Non Remboursable	Dépassement Autorisé	Dépassement Maîtrisé	CUMUL Dépassement Autorisé + Entente Directe	CUMUL Dépassement Maîtrisé + Dépassement exigence	Prise en charge SMG
AAD	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
HC	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1
HD1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1
HD2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1
HD4	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1
HD7	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1
HG1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1
HG2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1
HG4	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1
HG7	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

.../...

Table 8.3 Table des taux de remboursement des Pharmaciens

Valeur du code ALD (1 ^{er} caractère du code couverture)	REGLE A APPLIQUER QUELLE QUE SOIT LA VALEUR DU CODE SITUATION
1, 2, 3	<p>Poser la question :</p> <p>« Les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »</p> <p>Si la réponse est OUI : le taux à appliquer est de 100%, le code justification d'exonération est « soins conformes au protocole ALD ».</p> <p>Sinon, se reporter au tableau des codes situation ci-dessous</p> <p>Cas particulier : Pour une prestation de type honoraire, le LPS ne pose pas la question au PS :</p> <ul style="list-style-type: none"> pour une prestation de type honoraire simple, le LPS considère la même réponse que celle donnée par le PS pour la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte, pour une prestation de type honoraire complexe, le LPS considère que la réponse est NON.
30/04/15	G.I.E. SESAM-VITALE
	50 / 66

--	--

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
0100	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0101	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0102	Vignettes orange, PM2, HD2, HG2 : 15 % Vignettes bleues, PMH, PM4, HD4, HG4 : 30 % Autres = 100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0103	Vignettes orange, PM2, HD2, HG2 : 15 % Vignettes bleues, PMH, PM4, HD4, HG4 : 30 % Autres = 100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0104	Vignettes orange, PM2, HD2, HG2 : 15 % Vignettes bleues HD4, HG4 : 30 % Vignettes blanches, PPI, HD7, HG7 : 65 % autres = 80 %	FSV
0105	90 % sauf Vignettes orange, PM2, HD2, HG2 : 15 % vignettes bleues, PMH, PM4, HD4, HG4 : 80% PG7 : 100%	pas d'exonération
0106	Vignettes orange, PM2, HD2, HG2 : 15 % Vignettes bleues hors génériques, PMH, PM4, HD4, HG4 : 80 % autres = 100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0107	Vignettes orange, PM2, HD2, HG2 : 15 % Vignettes bleues hors génériques, PMH, PM4, HD4, HG4 : 80 % autres = 100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0108	90 % sauf vignettes orange, PM2, HD2, HG2 : 15 % vignettes bleues, PMH, PM4, HD4, HG4 : 80%, PG7 : 100%	pas d'exonération
0109	Vignettes orange, PM2, HD2, HG2 : 15 % Vignettes bleues hors génériques, PMH, PM4, HD4, HG4 : 80 %	assuré ou bénéficiaire
30/04/15	G.I.E. SESAM-VITALE	51 / 66

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »		Code Justificatif d'exonération
	autres = 100 %		exonéré
0110	Vignettes orange, PM2, HD2, HG2 : 15 % Vignettes bleues hors génériques, PMH, PM4, HD4, HG4 : 80 % autres = 100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0200	ni exonération, ni modulation		pas d'exonération
0201	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0202	Vignettes orange, PM2, HD2, HG2 : 15 % Vignettes bleues, PMH, PM4, HD4, HG4 : 30 % Autres = 100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0203	Vignettes orange, PM2, HD2, HG2 : 15 % Vignettes bleues, PMH, PM4, HD4, HG4 : 30 % Autres = 100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0204	Vignettes orange, HD2, HG2 : 15 % Vignettes bleues, HD4, HG4 : 30 % Vignettes blanches, PPI, HD7, HG7 : 65 % autres = 80 %		FSV
0205	90 %		pas d'exonération
0206	Vignettes orange, PM2, HD2, HG2 vignettes bleues, PMH, PM4, HD4, HG4 : 90 % Autres = 100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0207	Vignettes orange, PM2, HD2, HG2 vignettes bleues, PMH, PM4, HD4, HG4 : 90 % Autres = 100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0225	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	90 %	pas d'exonération
0226	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	Vignettes orange, PM2, HD2, HG2, vignettes bleues, PMH, PM4, HD4, HG4 : 90 %	assuré ou bénéficiaire exonéré

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »		Code Justificatif d'exonération
		autres=100 %	
0227	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	Vignettes orange, PM2, HD2, HG2, vignettes bleues, PMH, PM4, HD4, HG4 : 90 % autres=100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0300	ni exonération, ni modulation		pas d'exonération
0301	ni exonération, ni modulation		pas d'exonération
0302	Vignettes orange, PM2, HD2, HG2 : 15 % Vignettes bleues, PMH, PM4, HD4, HG4 : 35 % Autres = 100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0303	Vignettes orange, PM2, HD2, HG2 : 15 % Vignettes bleues, PMH, PM4, HD4, HG4 : 30 % autres=100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0304	Vignettes orange, HD2, HG2 : 15 % Vignettes bleues, HD4, HG4 : 30 % Vignettes blanches, PPI, HD7, HG7 : 65 % autres = 80%		FSV
0400	<ul style="list-style-type: none"> Prestations de la table T21.11 : 100% Autres : 75% 		pas d'exonération
0401	Poser la question : "PRESCRIPTION ETABLIE PAR MEDECIN SNCF (sur imprimé 1032 ou avec mention de Médecin SNCF)?" SI LA REPOSE EST OUI : le taux est de 100 %		Service médical SNCF
	SI LA REPOSE EST NON : <ul style="list-style-type: none"> Si la spécialité du prescripteur est présente en table T20.1 : 100% 		

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
	<ul style="list-style-type: none"> sinon: cf. code situation 0100 	pas d'exonération
0402	<ul style="list-style-type: none"> Prestations de la table T21.12 : 100% Autres : 75% 	pas d'exonération
0403	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00100 du Régime Général par application des taux de base figurant dans la table 4).	pas d'exonération
0404	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0405	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0406	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00102 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.3).	identique à celui précisé dans la table 8.3
0407	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00106 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.3).	identique à celui précisé dans la table 8.3
0408	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00105 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.3).	identique à celui précisé dans la table 8.3
0409	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.3).	identique à celui précisé dans la table 8.3
0410	<ul style="list-style-type: none"> Prestations de la table T21.13 : 75% Prestations de la table T21.14 100% Autres : 80% 	FSV
0411	<ul style="list-style-type: none"> Prestations de la table T21.15 100% Prestations de la table T21.17 15% Vignettes bleues, PMH, PM4, HD4, HG4 80% Autres : 90% 	pas d'exonération
0412	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00103 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.3).	identique à celui précisé dans la table 8.3
0413	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code	identique à celui
30/04/15	G.I.E. SESAM-VITALE	54 / 66

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
	couverture 00107 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.3).	précisé dans la table 8.3
0414	100 %	pas d'exonération
0415	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0500	gestion identique au code couverture 00100 du Régime Général par application des taux de base du Régime Général figurant en table 4 ni exonération, ni modulation (cf. table 4 colonne Régime Général)	pas d'exonération
0501	gestion identique au code couverture 00101 du Régime Général (100 %)	assuré ou bénéficiaire exonéré
0502	gestion identique au code couverture 00102 du Régime Général	assuré ou bénéficiaire exonéré
0503	gestion identique au code couverture 00103 du Régime Général	assuré ou bénéficiaire exonéré
0504	gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général	FSV
0700	Soins non conformes au protocole ALD : 100%	exonération régimes spéciaux
1000	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
1001	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1002	Vignettes orange, PM2, HD2, HG2 : 15 % Vignettes bleues, PMH, PM4, HD4, HG4 : 45 % autres = 100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1003	Vignettes orange, PM2, HD2, HG2 : 15 % Vignettes bleues, PMH, PM4, HD4, HG4 : 45 % autres = 100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1004	Vignettes orange, HD2, HG2 : 15 % Vignettes bleues, HD4, HG4 : 45 % autres = 85 %	FSV
30/04/15	G.I.E. SESAM-VITALE	55 / 66

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
1600	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
1601	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1602	Vignettes orange, PM2, HD2, HG2 : 15 % Vignettes bleues, PMH, PM4, HD4, HG4 : 30 % autres = 100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1603	Vignettes orange, PM2, HD2, HG2 : 15 % Vignettes bleues, PMH, PM4, HD4, HG4 : 30 % autres = 100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9000	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
9001	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9002	Vignettes orange, PM2, HD2, HG2 : 15 % Vignettes bleues, PMH, PM4, HD4, HG4 : 30 % autres = 100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9003	Vignettes orange, PM2, HD2, HG2 : 15 % Vignettes bleues, PMH, PM4, HD4, HG4 : 30 % autres = 100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9004	Vignettes orange HD2, HG2 : 15 % Vignettes bleues, HD4, HG4 : 30 % Vignettes blanches, PPI, HD7, HG7 : 65 % Autres : 80 %	FSV
9020	non remboursé (cf R18)	pas d'exonération
9021	non remboursé (cf R18)	pas d'exonération
9022	non remboursé (cf R18)	pas d'exonération
9023	non remboursé (cf R18)	pas d'exonération
9024	non remboursé (cf R18)	pas d'exonération

.../...

Table 12 : Tables des Codes Prestation obligatoirement associés

Code prestation de type secondaire (Acte ne pouvant être facturé seul)	Code prestation associé (de type « support »)	Type de nomenclature associé
.../...	.../...	.../...
HC	PH1 – PH2 – PH4 – PH7 - MHU	
HD1	PH1	
HD2	PH2	
HD4	PH4 - MHU	
HD7	PH7	
HG1	PH1	
HG2	PH2	
HG4	PH4 - MHU	
HG7	PH7	
.../...	.../...	.../...

.../...

Table 21.x Tables des codes prestation utilisées dans les tables 8.x

Table	21.11	code situation	0400	table	8.3 8.5
		Code prestation	Hors CCAM		CCAM
		.../...	.../...		.../...
		HC	0		
		HD1	0		
		HG1	0		
		.../...	.../...		.../...
Table	21.12	code situation	0402	table	8.3 8.5
		Code prestation	Hors CCAM		CCAM
		.../...	.../...		.../...
		HC	0		
		HD1	0		
		HG1	0		
		.../...	.../...		.../...
Table	21.13	code situation	0410	table	8.3
		Code prestation	Hors CCAM		CCAM
		.../...	.../...		.../...

		HD2	0	
		HG2	0	
		HD4	0	
		HG4	0	
		HD7	0	
		HG7	0	
		.../...	.../...	.../...
Table	21.14	code situation	0410	table 8.3 8.5
		Code prestation	Hors CCAM	CCAM
		.../...	.../...	.../...
		HC	0	
		HD1	0	
		HG1	0	
		.../...	.../...	.../...
Table	21.15	code situation	0411	table 8.3 8.5
		Code prestation	Hors CCAM	CCAM
		.../...	.../...	.../...
		HC	0	
		HD1	0	
		HG1	0	
		.../...	.../...	.../...
Table	21.17	code situation	0411	table 8.3
		Code prestation	Hors CCAM	CCAM
		.../...	.../...	.../...
		HD2	0	
		HG2	0	
		.../...	.../...	.../...

.../...

Table 50.1 Table des taux de remboursement en mode sécurisé SESAM sans Vitale et dégradé pour tous les professionnels de santé et pour le régime général, l'AMPI, la CCAS RATP, la CPR SNCF, l'ENIM, la CNMSS, la CAVIMAC, la CCIP, le Port Autonome de Bordeaux, les Caisses autonomes de Sécurité Sociale du Sénat, les Fonds de sécurité sociale de l'Assemblée Nationale, les sections locales mutualistes et en partie pour le régime agricole.

Libellé	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	.../...
100 % toutes prestations		100 %	.../...
100 % liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	.../...
<i>Sinon</i>	NON	100 % sauf	.../...
100 % sauf vignettes orange, bleues et produits pharmaceutiques assimilés		PH2 / PM2, HD2, HG2 = 15 % PH4, HD4, HG4,, PG4, PMH, PM4, MHU, = 30%-	
100 % sauf vignettes orange, bleues et produits pharmaceutiques assimilés		100 % sauf PH2 / PM2, HD2, HG2 = 15 % PH4, HD4, HG4, PG4, PMH, PM4, MHU = 30%-	.../...
100 % liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	.../...
<i>sinon</i>	NON	100 % sauf	.../...
100 % sauf vignettes orange, bleues hors génériques et produits pharmaceutiques assimilés taux rég. local frontalier		PH2 / PM2, HD2, HG2 = 15 % PH4, HD4, HG4, PMH, PM4, MHU = 80 %	
100 % sauf vignettes orange, bleues hors génériques et produits pharmaceutiques assimilés taux rég. local frontalier		100 % sauf PH2 / PM2, HD2, HG2 = 15 % PH4, HD4, HG4 PMH, PM4, MHU = 80%	.../...
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	.../...
<i>sinon</i>	NON	90% sauf PH2, PM2, HD2, HG2 = 15% PH4, HD4, HG4, PMH, PM4, MHU = 80% PG4, PG7 = 100%	.../...
taux rég. local frontalier		90% sauf PH2, PM2, HD2, HG2 = 15% PH4, HD4, HG4, PMH, PM4, MHU = 80% PG4, PG7 = 100%	.../...
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	.../...
<i>sinon</i>	NON	PH2, HD2, HG2 = 15% PH4, HD4, HG4, PG4, MHU = 30%	.../...
Taux FSV			

Libellé	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	.../...
		PH7, HD7, HG7, PPI, PG7 = 65% autres = 80 %	
Taux FSV		PH2, HD2, HG2 = 15% PH4, HD4, HG4, PG4, MHU = 30% PH7, HD7, HG7, PPI, PG7 = 65% autres = 80 %	.../...
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	.../...
<i>sinon</i> 100 % sauf vignettes orange, bleues hors génériques et produits pharmaceutiques assimilés Taux Alsace-Moselle	NO	100 % sauf PH2 / PM2, HD2, HG2 = 15 % PH4, HD4, HG4, PMH, PM4, MHU = 80 %	.../...
100 % sauf vignettes orange, bleues hors génériques et produits pharmaceutiques assimilés Taux Alsace-Moselle		100 % sauf PH2 / PM2, HD2, HG2 = 15 % PH4, HD4, HG4, PMH, PM4, MHU = 80%	.../...
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	.../...
<i>Sinon</i> Taux Alsace-Moselle	NON	90 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2 = 15% PH4, HD4, HG4, PMH, PM4, MHU = 80% PG4, PG7 = 100%	.../...
Taux Alsace-Moselle		90 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2 = 15% PH4, HD4, HG4, PMH, PM4, MHU = 80% PG4, PG7 = 100%	.../...
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	.../...
<i>Sinon</i> Autres cas non exonérés	NON	ni exonération - ni modulation	.../...
Non exonéré		ni exonération - ni modulation	.../...
100 % maternité	NON	100 %	.../...
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	.../...
100 % si service médical SNCF ou si gynécologie K, KC, KCC, KE, Z, ZN, ADA, ADC, ADE, ADI, ATM dentaire, hospitalisation transport		100 %	.../...
Autres cas taux régime général		ni exonération - ni modulation	.../...

Libellé	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	.../...
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	.../...
<i>sinon</i>	NON	100 % ou 75 %	.../...
100 % transport hospitalisation Appareillage Autres cas 75 %			
75 % toute prestation sauf 100 % transport hospitalisation Appareillage		100 % ou 75 %	.../...
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	.../...
<i>sinon</i>	NON	100 % ou 75 %	.../...
100% toutes prestations sauf 75 % pharmacie et prothèse dentaire			
100 % toute prestation sauf 75 % pharmacie et prothèse dentaire		100 % ou 75 %	.../...
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	.../...
<i>sinon</i>	NON		.../...
90 % toute prestation sauf 100 % transport hospitalisation Appareillage Génériques 15% vignettes orange et produits pharmaceutiques assimilés 80 % vignettes bleues hors génériques et produits pharmaceutiques assimilés		100 % ou 90 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2 =15% PH4, HD4, HG4 , PMH, PM4, MHU = 80%	
90 % toute prestation sauf 100 % transport hospitalisation Appareillage Générique 15% vignettes orange et produits pharmaceutiques assimilés 80 % vignettes bleues hors génériques et produits pharmaceutiques assimilés		100 % ou 90 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2 =15% PH4, HD4, HG4 , PMH, PM4, MHU = 80%	.../...
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	.../...
<i>sinon</i>	NON	100 % ou 80% ou 75 %	.../...
80 % toute prestation sauf 100 % transport hospitalisation appareillage 75 % médicament			

Libellé	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	.../...
80 % toute prestation sauf 100 % transport hospitalisation appareillage 75 % médicament		100 % ou 80% ou 75 %	.../...
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	.../...
<i>sinon</i>		100 % maternité	.../...
100 % MATERNITE			
<i>sinon</i>	NON	sinon 90 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2 =15%	.../...
taux régime Alsace Moselle		PH4, HD4, HG4, PMH, PM4, MHU = 80%	
		PG4, PG7 = 100%	
100 % toute prestation sauf vignettes orange et produits pharmaceutiques assimilés 15 %, bleues 80 %		100 % sauf PH2 / PM2, HD2, HG2 = 15 % PH4, HD4, HG4, PG4, PMH, PM4, MHU = 80%	.../...
100 % maternité		100 %	.../...
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	.../...
<i>sinon</i>	NON	100 % sauf	.../...
100 % toutes prestations sauf vignettes orange et produits pharmaceutiques assimilés 15 %, bleues et produits pharmaceutiques assimilés 80 %		PH2 / PM2, HD2, HG2 = 15 % PH4, HD4, HG4, PG4, PMH, PM4, MHU = 80%	
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	.../...
<i>sinon</i>	NON	ni exonération - ni modulation	.../...
Autres cas taux régime général			
Régime réduit soins non couverts		Non remboursé (Cf. R18)	.../...
Pas d'exo taux régime général		ni exonération - ni modulation	.../...

Table 50.2 Table des taux de remboursement en mode sécurisé SESAM sans Vitale et dégradé pour tous les professionnels de santé et pour le régime agricole

Libellé correspondant aux combinaisons d'écrans	Soins en rapport avec un accident OUI / NON(1)	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	.../...
-------------------------------------------------	---------------------------------------------------	-------------------------------------------------	-----------------------	---------

Libellé correspondant aux combinaisons d'écrans	Soins en rapport avec un accident OUI / NON(1)	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	.../...
100 % si liés ALD XXXXXX sinon	OUI		Non remboursé	.../...
100 %	NON	OUI	100 %	.../...
sauf vignettes orange, bleues et produits pharmaceutiques assimilés Taux Alsace Moselle (accidents non couverts) (1)		NON	100 % sauf PH2 / PM2, HD2, HG2 / PH4, HD4, HG4 , PG4, MHU, PMH, PM4 = 90 %	.../...
100 % sauf vignettes orange, bleues et produits pharmaceutiques assimilés Taux Alsace Moselle	Sans objet		100 % sauf PH2 / PM2, / HD2, HG2 PH4, , HD4, HG4 PG4, MHU, PMH, PM4 = 90 %	.../...
100 % liés ALD XXXXXX	Sans objet	OUI	100 %	.../...
sinon		NON	90 %	.../...
Taux Alsace Moselle				.../...
Taux Alsace Moselle	Sans objet		90 %	.../...
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI		Non remboursé	.../...
sinon	NON	OUI	100 %	.../...
Autres cas non exonérés (accidents non couverts) (1)		NON	ni exonération - ni modulation	.../...
Non exonéré	OUI		Non remboursé	.../...
(accidents non couverts) (1)	NON		ni exonération - ni modulation	.../...

(1) Cf. règle R18 (il ne doit pas y avoir élaboration de Feuille de Soins Electronique sécurisée SESAM Vitale exclusivement lorsque le libellé " accidents non couverts " est mentionné.

Lorsque le libellé " accidents non couverts " n'est pas mentionné et que les soins sont en rapport avec un accident, il doit y avoir élaboration d'une FSE avec valorisation des données du groupe 1511.

Table 50.4 Table des taux de remboursement en mode sécurisé SESAM sans Vitale et dégradé pour tous les professionnels de santé et pour la CRPCEN

Libellé	Spécialité du PS	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	.../...
100 % toutes prestations	Toutes	Néant	100 %	.../...

30/04/15

G.I.E. SESAM-VITALE

63 / 66

Libellé	Spécialité du PS	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	
			sauf ADP, PFM, PFE, PDA, TOR = 100%+70%	
100 % liés ALD XXXXXX	Toutes	OUI	100 % sauf ADP, PFM, PFE, PDA, TOR = 100%+70%	.../...
sinon	Prescripteurs	NON	85 % sauf ADP, PFM, PFE, PDA, TOR = 85%+70%	.../...
	Aux. Med. et prélèvement de biologie médicale	NON	80 %	.../...
	Labo. de Biologie med.	NON	75 %	.../...
	Pharmaciens	NON	PH2, PM2, HD2, HG2 =15% PH4, HD4, HG4 PG4, MHU, PMH, PM4 = 45 % autres = 85 %	.../...
100 % liés ALD XXXXXX	Toutes	OUI	100 % sauf ADP, PFM, PFE, PDA, TOR = 100%+70%	.../...
sinon	Prescripteurs	NON	85 % sauf ADP, PFM, PFE, PDA, TOR = 85%+70%	.../...
Taux FSV	Aux. Med. et labo de Biologie med.	NON	80 %	.../...
	Pharmaciens	NON	PH2, HD2, HG2 =15% PH4, HD4, HG4 , PG4, MHU = 45 % autres = 85 %	.../...
FSV	Prescripteurs	Néant	85 % sauf ADP, PFM, PFE, PDA, TOR = 85%+70%	.../...
	Aux. Med. et labo de Biologie med.	Néant	80 %	.../...
	Pharmaciens	Néant	PH2, HD2, HG2 = 15 % PH4, HD4, HG4 , PG4, MHU = 45 % autres = 85 %	.../...

Libellé	Spécialité du PS	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	
100 % lié ALD XXXXXX	Toutes	OUI	100 % sauf ADP, PFM, PFE, PDA, TOR = 100%+70%	.../...
sinon 100 % sauf vignettes orange, bleues et produits pharmaceutiques assimilés	Toutes	NON	100 % sauf PH2 / PM2, HD2, HG2 = 15 % PH4, HD4, HG4, PG4, MHU, PMH, PM4 = 45%	.../...
100 % sauf vignettes orange, bleues et produits pharmaceutiques assimilés	Toutes	Néant	100 % sauf PH2 / PM2, HD2, HG2 = 15 % PH4, HD4, HG4, PG4, MHU, PMH, PM4 = 45 %	.../...
Non exonéré	Prescripteurs	Néant	85 % sauf ADP, PFM, PFE, PDA, TOR = 85%+70%	.../...
	Aux. Med. et prélèvement de biologie médicale	Néant	80 %	.../...
	Labo. de Biologie med.	Néant	75 %	.../...
	Pharmaciens	Néant	PH2 / PM2, HD2, HG2 = 15 % PH4, HD4, HG4, PG4, MHU, PMH, PM4 = 45 % autres = 85 %	.../...

.../...

Table 60 : table des codes prestation à générer en fonction d'une prestation en cours

Prestation saisie par le PS					Code de la prestation à générer
Code prestation	Type de nomenclature	Présence Code affiné	Type de conditionnement	Qualificatif de la dépense	
PH1	cf. table 1	OUI*	Petit	toute valeur	HD1
PH1	cf. table 1	OUI*	Grand	toute valeur	HG1
PH2	cf. table 1	OUI*	Petit	toute valeur	HD2
PH2	cf. table 1	OUI*	Grand	toute valeur	HG2
PH4	cf. table 1	OUI*	Petit	toute valeur	HD4
PH4	cf. table 1	OUI*	Grand	toute valeur	HG4
PH7	cf. table 1	OUI*	Petit	toute valeur	HD7
PH7	cf. table 1	OUI*	Grand	toute valeur	HG7
MHU	cf. table 1	OUI	Petit	toute valeur	HD4
MHU	cf. table 1	OUI	Grand	toute valeur	HG4

* = toute valeur

* = le code prestation concerné est nécessairement suivi d'un code affiné (cf. table 1)

Table 61 : Nombre minimum de médicaments remboursables différents donnant droit à l'Honoraire Complexe

Nombre minimum de médicaments remboursables différents donnant droit à l'Honoraire Complexe
5

.../...