



AVENANT 15

Avenant au CDC SESAM-Vitale,

EV96-Convention Pharmaciens 2017 - Honoraires de dispensation

Systeme de facturation SESAM-Vitale

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

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

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

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



AVENANT15

EV96-Convention Pharmaciens 2017 - Honoraires de dispensation

Référence du
document

Version du document **2.11**

Date **19/03/2018**

Référence **PDT-CDC-080**

Vue générale

Professionnels de Santé concernés **Pharmaciens**

Palier concerné **1.40 Addendum 7 juin
2017**

Compatibilités

Cahier des Charges SESAM-Vitale **7.33**

Package d'agrément **1.40.11**

TABLE DES MATIERES

1	Introduction	5
1.1	Contexte	5
1.2	Identification du socle fonctionnel de référence cible	6
1.3	Guide de lecture	6
2	EV96 : Convention Pharmaciens 2017 - Honoraires de dispensation.....	7
2.1	Présentation de la mesure	7
3	Impacts dans le CDC Editeurs.....	9
3.1	Synthèse des impacts	9
3.2	Détail des impacts : Documents CDC-Editeurs	11
3.2.1	<i>Impacts Corps du CDC</i>	11
3.2.2	<i>Impacts A1-A</i>	14
3.2.3	<i>Impacts A1-A0</i>	16
3.2.4	<i>Impacts A1-A2</i>	21
3.2.5	<i>Impacts Annexe 2</i>	22
3.2.6	<i>Impacts Annexe 2bis</i>	26

1 Introduction

1.1 Contexte

Ce document constitue un avenant aux documents suivants :

- Cahier des charges SESAM-Vitale 1.40.

Evolution

Cet avenant a pour objet de présenter les modifications du système de facturation SESAM-Vitale 1.40 pour la mise en œuvre de l'évolution :

EV96 : « Convention Pharmaciens 2017 : Honoraires de dispensation »

PS concernés

Cet avenant concerne les Professionnels de Santé suivants :

Pharmaciens

Analyse d'impact

L'analyse d'impact et les modifications du système de facturation SESAM-Vitale sont présentées sous forme de delta par rapport au palier fonctionnel suivant :

**1.40 – Addendum 7
Juin 2017**

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 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.

Codes couleur

Les codes couleur suivants sont utilisés dans cet avenant et également dans les documents du cahier des charges SESAM-Vitale 1.40 ou du Dispositif intégré afin de permettre la lecture par thèmes :

Texte surligné en jaune

Texte ajouté pour l'évolution du CDC SESAM Vitale ou Dispositif Intégré

Texte surligné en jaune foncé

Texte ajouté pour l'évolution du CDC SESAM Vitale ou Dispositif Intégré 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 ou du Dispositif intégré

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.

2 EV96 : Convention Pharmaciens 2017 - Honoraires de dispensation

2.1 Présentation de la mesure

Réglementation

Depuis le 1er janvier 2015 (avenant n° 5 à la convention nationale), les pharmaciens facturent à l'occasion de chaque délivrance, un honoraire au conditionnement et un honoraire pour ordonnance dite complexe, dès lors qu'ils exécutent une prescription comportant au moins 5 lignes de médicaments (CIP) différents remboursables, facturés à l'assurance maladie. Le financement de cette 1ère étape de la réforme a été assuré, à titre principal, par un transfert de marge de l'ordre de 50 % vers la convention, qui s'est traduit par une révision des tranches et seuils de la marge réglementée (arrêt du 04/08/1987).

L'avenant n° 11 à la convention nationale signé le 20 juillet 2017 s'inscrit dans la continuité de la réforme du mode de rémunération engagée concrètement en 2015. L'arrêté du 14/12/2017 porte l'approbation de l'avenant 11 publié au JO du 16/12/2017.

Cet avenant prévoit dans son article 4, la mise en place de trois nouveaux honoraires de dispensation en plus de ceux en vigueur depuis le 1er janvier 2015.

Mise en œuvre

Au 1er janvier 2019, la première étape de la réforme de l'honoraire, consistera à mettre en place les nouveaux honoraires suivants :

- Un honoraire de dispensation perçu pour l'exécution de toute ordonnance contenant au moins un médicament remboursable pour un montant de 0,51 € euros TTC
- Un honoraire de dispensation pour toute exécution d'ordonnance pour les personnes âgées de moins de 3 ans et de 70 ans et plus pour un montant de 0,51 euros TTC
- Un honoraire de dispensation particulière pour toute exécution d'ordonnance comportant un ou plusieurs médicaments dits spécifiques pour un montant de 2,04 euros TTC.

En 2020, la seconde étape de la réforme de l'honoraire consistera à revaloriser les honoraires suivants :

- Honoraire de dispensation pour ordonnance dite complexe pour un montant de 1,02 euros TTC
- Honoraire de dispensation pour toute exécution d'ordonnance pour les personnes âgées de moins de 3 ans et de 70 ans et plus pour un montant de 1,58 euros TTC
- Honoraire de dispensation particulière pour toute exécution d'ordonnance comportant un ou plusieurs médicaments dits spécifiques pour un montant de 3,57 euros TTC.

Impacts SESAM-Vitale

À compter du 1^{er} janvier 2019, les progiciels SESAM-Vitale devront pouvoir générer automatiquement ces trois nouveaux honoraires de dispensation et les inscrire sur le ticket Vitale.

Découpage en besoins

- **B1** : Création de nouveaux codes prestations de type Honoraires de dispensation
- **B2** : Génération automatique des nouveaux honoraires de dispensation
 - B2.1 Création automatique du code acte HDR
 - B2.2 Création automatique du code acte HDA
 - B2.3 Création automatique du code acte HDE
 - B2.4 Elaboration d'une prestation HDR, HDA ou HDE
 - B2.5 Tarification d'une prestation HDR, HDA ou HDE
 - B2.6 Ordonnancement des lignes d'honoraires
 - B2.7 Interdiction de saisir ou modifier une ligne d'acte HDR, HDA ou HDE
- **B3** : Restitution des honoraires de dispensation sur le Ticket Vitale
- **B4** : Mise à jour du prix unitaire de l'honoraire complexe

3 Impacts dans le CDC Editeurs

3.1 Synthèse des impacts



Les tableaux de synthèse ci-après reprennent les impacts détaillés pour chaque besoin au §2 ci-avant et les présentent pour chaque document du CDC, dans l'ordre du document.

Documents CDC	Partie impactée	Nature de l'impact	Besoin
Corps	3.2.4.5	Mise à jour du § Facturation des honoraires de dispensation	B1
	3.2.8.3	Préciser l'ordre d'affichage des nouveaux HD sur le ticket Vitale	B3
Annexe1-A	Schéma SR1	Ajout des règles R62, R63 et R64 au niveau de ce schéma	B2.1 B2.2 B2.3
Annexe 1-A0	§2.4.21.1	Ajouter les nouveaux honoraires de dispensation dans la règle d'enchaînement des groupes de prestations (groupes 161x)	B2.6
	§2.4.21.1.5	Préciser la règle de génération d'un honoraire pour médicament remboursable : renvoi vers R62	B2.1
	§2.4.21.1.5	Préciser la règle de génération d'un honoraire pour médicament lié à l'âge : renvoi vers R63	B2.2
	§2.4.21.1.5	Préciser la règle de génération d'un honoraire pour médicament spécifique : renvoi vers R64	B2.3
	§2.4.21.1.5	Préciser la règle d'ordonnancement des lignes d'honoraires	B2.6
	1610-2	Date d'exécution identique à la date de la facture	B2.4
	1610-3	Code lieu : identique à celui de la dernière prestation médicament saisie	B2.4
	1610-4	Code prestation : HDR et/ou HDA et/ou HDE (cf. R62, R63 et R64)	B2.4
	1610-5	Code complément de prestation : non renseigné	B2.4
	1610-6	Montant des honoraires = Base de remboursement pour une prestation automatiquement générée	B2.4
	1610-7	Code qualificatif de la dépense : Non renseigné hors cas particulier AME et SMG	B2.4
	1610-8	Coefficient = 1	B2.4
	1610-9	Quantité = 1	B2.4
	1610-10	Dénombrement = 1	B2.4
	1820-2	Pour les honoraires HDR HDE et HDA le justificatif d'exo peut prendre toutes les valeurs. Ajouter un cas particulier à ce niveau avec renvoi vers la T8	B2.4
	1850-2	Code renouvellement: non renseigné	B2.4
	1880-2	Identifiant du lieu d'exécution: non renseigné	B2.4
1890-2	libellé identifiant réseau soin: non renseigné	B2.4	
2030-2	Prévention commune AMO/AMC non renseigné	B2.4	

Annexe 1-A2	3710	Ajout de la formule à appliquer en cas de génération automatique des 3 nouveaux honoraires globaux	B2.5
Annexe 2	Tableaux de synthèse	Ajout des règles R62, R63 et R64 ouvertes aux spécialités 50 et 51	B2
	R60	Modification du libellé de la règle	B2
	R62	Nouvelle règle « Déterminer la nécessité d'une prestation d'honoraire pour médicament remboursable »	B2.1
	R63	Nouvelle règle « Déterminer la nécessité d'une prestation d'honoraire lié à l'âge »	B2.2
	R64	Nouvelle règle « Déterminer la nécessité d'une prestation d'honoraire pour médicament spécifique »	B2.3
	T8	Ajouter un cas particulier pour les honoraires globaux (hors honoraire complexe)	B2.5
Annexe 2bis	Table 1	Ajout des codes prestation HDR, HDA et HDE	B1
	Table 1	Modification du groupe fonctionnel détail des médicaments remboursables	B2.1
	Table 1.1	Ajout des codes prestation HDR, HDA et HDE + nouveau tarif HC au 01/01/2020	B1 B4
	Table 2	Ajout des codes prestation HDR, HDA et HDE	B1
	Table 3	Ajout des codes prestation HDR, HDA et HDE	B1
	Table 4	Ajout des codes prestation HDR, HDA et HDE	B1
	Table 7	Ajout des codes prestation HDR, HDA et HDE	B1
	Table 8.3	Modification de la règle	B1
	Table 63	Nouvelle table	B2.2

3.2 Détail des impacts : Documents CDC-Editeurs

3.2.1 Impacts Corps du CDC

.../...

B1

§3.2.4.5 Facturation des honoraires de dispensation

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

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

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

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

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

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

.../...

B3

§3.2.8.3 Inscription des références de la FSE sur les ordonnances papier

L'inscription des références (Ticket Vitale) sur les ordonnances papier est définie réglementairement (article R.161-45).

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

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

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

- Les données prévues dans le Code de la Santé Publique et le Code de la Sécurité Sociale.
- Pour le prescripteur :
 - l'identification du prescripteur réalisant les prestations et, s'il exerce en tant que salarié, l'identification de la structure,
 - la date de la prescription,
 - l'identification du bénéficiaire des soins : le nom, le prénom et le NIR,

- la condition d'exercice du prescripteur, à savoir : libéral, salarié ou bénévole,
- le cas échéant, le signalement d'une spécialité pharmaceutique en dehors des indications thérapeutiques ouvrant droit au remboursement ou à la prise en charge par l'Assurance Maladie,
- le cas échéant, la mention de la disposition législative en vertu de laquelle la participation financière de l'assuré est limitée ou supprimée.
- le cas échéant le contexte de parcours de soins dans lequel cette prescription a été établie (suite au décret des contrats responsables du 29 septembre 2005),
- le cas échéant, le rapport des soins prescrits avec les Soins Médicaux Gratuits (SMG) : mention « en rapport avec les soins médicaux gratuits». (l'ordonnance SMG devra permettre une identification claire et rapide du rapport des soins prescrits avec les SMG).

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

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

- A compter du 1er janvier 2015, selon le décret du 24 Décembre 2014, l'information comprendra également le montant des honoraires de dispensation i.e. honoraire par boîte de médicaments délivrée ainsi que, le cas échéant, d'autres catégories d'honoraires dont le tarif est fixé par la convention nationale prévue à l'article L.162-16-1 du code de la sécurité sociale.

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

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

- Médicaments et leurs honoraires de dispensation simples, puis s'il y a lieu :
 - L'honoraire de dispensation complexe
 - L'honoraire de dispensation pour médicament(s) remboursable(s)
 - L'honoraire de dispensation lié à l'âge
 - L'honoraire de dispensation pour médicament spécifique



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

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

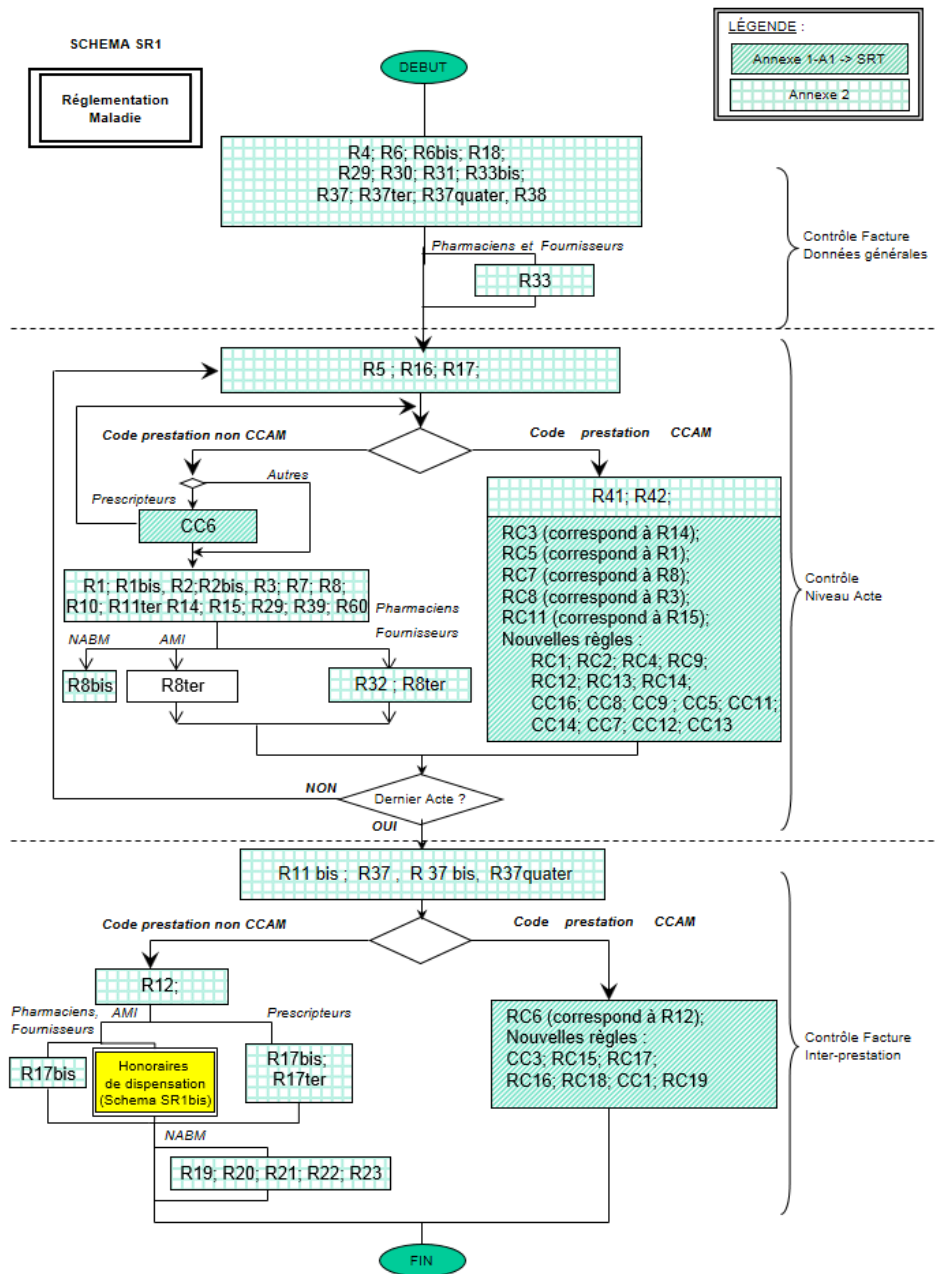
Les ordonnances ainsi que les informations du Ticket Vitale peuvent être télétransmises à l'AMO via le système SCOR.

3.2.2 Impacts A1-A

.../...

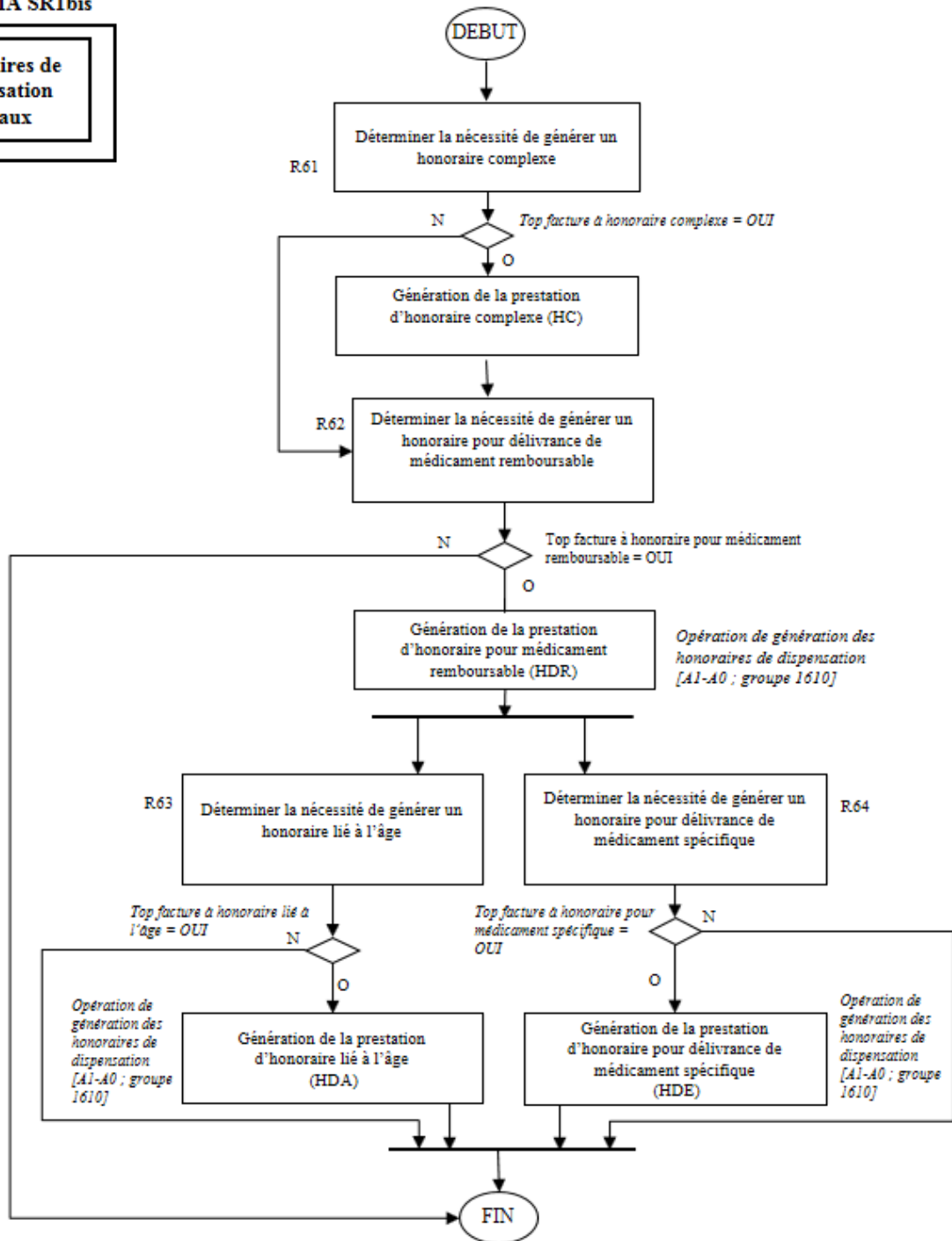
B2.1 B2.2 et B2.3

§2.3.2.3.2 Schéma SR1 : Règlementation Maladie



SCHEMA SR1bis

Honoraires de dispensation globaux



3.2.3 Impacts A1-A0

.../...

B2.6

§2.4.21.1 Règles de gestion des prestations

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

Prestations de biologie

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

Enchaînement des groupes 161x

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

Une prestation de type secondaire facturée dans un groupe 1610 doit être positionnée après d'éventuelles indemnités de déplacement (groupes 1620 et/ou 1630).

- Toute prestation d'honoraire simple doit succéder **immédiatement** le médicament à laquelle elle se rapporte (cf. § 2.4.21.1.5)

- ~~La prestation d'honoraire complexe~~ Les prestations d'honoraires globaux doivent apparaître en fin de facture après tous les médicaments et leurs honoraires simples (cf. § 2.4.21.1.5), dans l'ordre suivant :

l'honoraire complexe (HC)

l'honoraire de dispensation pour délivrance de médicaments remboursables (HDR)

l'honoraire de dispensation lié à l'âge (HDA)

l'honoraire de dispensation pour délivrance de médicaments spécifiques (HDE)

- Les prestations de suppléments SMG doivent apparaître en fin de facture (cf. A1-A3)
- La prestation de supplément APIAS doit apparaître en fin de facture (cf. A1-A3)

§2.4.21.1.5 Spécificités : Frais Pharmaceutiques

CF06.01 : Opération de génération des honoraires de dispensation

Principe

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

Par ailleurs, le système doit également générer :

- une prestation d'honoraire complexe (une seule par facture) en fonction de la présence dans la facture d'un nombre minimum de médicaments différents remboursables.

La règle de détermination de l'honoraire complexe est la règle R61 (cf. Annexe 2 ; cf. schémas SR1 et SR1bis).

- une prestation d'honoraire pour délivrance de médicament remboursable en fonction de la présence dans la facture d'au moins un médicament remboursable. La règle de détermination de cet honoraire est la règle R62 (cf. Annexe 2 ; cf. schémas SR1 et SR1bis).

- une prestation d'honoraire lié à l'âge en fonction de l'âge du bénéficiaire. La règle de détermination de cet honoraire est la règle R63 (cf. Annexe 2 ; cf. schémas SR1 et SR1bis).

- une prestation d'honoraire pour délivrance de médicament spécifique en fonction la présence dans la facture d'au moins un médicament spécifique. La règle de détermination de cet honoraire est la règle R64 (cf. Annexe 2 ; cf. schémas SR1 et SR1bis).

Positionnement dans la facture

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



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

La prestation d'honoraire complexe doit apparaître après tous les médicaments et leurs honoraires simples. Ensuite, doit apparaître l'honoraire pour médicament remboursable, puis s'il y a lieu l'honoraire lié à l'âge et enfin s'il y a lieu l'honoraire pour médicament spécifique.

Données d'une prestation d'honoraire générée

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

	Honoraire simple	Honoraires globaux complexe
1610-2 <i>Date d'exécution</i>	Date de la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte.	Date de la facture
1610-3 <i>Lieu d'exécution</i>	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 <i>Code prestation</i>	cf. R60	HC (cf. R61) HDR (cf. R62) HDA (cf. R63) HDE (cf. R64)
1610-5 <i>Code complément prestation</i>	Non renseigné.	Idem honoraire simple
1610-6 <i>Montant des honoraires</i>	Base de remboursement de l'honoraire	Base de remboursement de l'honoraire global complexe
1610-7 <i>Qualificatif de la dépense</i>	Identique à celui de la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte	Non renseigné Hors cas particuliers AME et SMG
1610-8 <i>Coefficient</i>	Toujours à 1	Idem honoraire simple
1610-9 <i>Quantité</i>	Egale au nb de boites de médicament utilisées pour la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte (1740-5 du médicament associé)	Egale à 1
1610-10 <i>Dénombrement</i>	Toujours à 1	Idem honoraire simple
1610-11 <i>Prix unitaire</i>	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)

§2.4.23 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 de l'honoraire de dispensation « global » -hors HC

Le code justification d'exonération dépend des codes justification d'exonération des médicaments exonérés de la facture Cf. Annexe 2 règle T8.



Cas particulier de l'honoraire de dispensation complexe

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

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



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

Familles concernées

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

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

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

3.2.4 Impacts A1-A2

.../...

B2.5

§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 particuliers 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%.

Pour une prestation d'honoraire global (hors honoraire complexe), s'il existe dans la facture au moins un code prestation de groupe fonctionnel détail « ouvrant à HD » dont la part AMC est différente de 0 alors la formule à appliquer est : 052 « 100% TM » sans paramètre, sinon la part AMC est égale à 0.



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

3.2.5 Impacts Annexe 2

.../...

B2

Tableaux de synthèse

		.../...	R60	R61	R62	R63	R64
01	Médecine générale	.../...					
.J.	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
50	Pharmacien	.../...	X	X	X	X	X
51	Pharmacien Mutualiste	.../...	X	X	X	X	X
.J.	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

.../...

B2

R60 – Déterminer l'honoraire de dispensation **simple** à générer

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet, pour toute prestation saisie par le PS, de déterminer la nécessité d'ajouter une prestation automatique et la valeur de son code prestation.</p> <p>La nécessité de cette création dépend des données de la prestation saisie par le PS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ son code de la prestation ○ son qualificatif de la dépense ○ la présence d'un code affiné* ○ son type de conditionnement pour une prestation de type « médicament » 	<p>Prestation saisie par le PS</p> <p>Code prestation : (1610) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Qualificatif de la dépense : (1610) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Type de conditionnement : : <i>lu en base médicament</i></p> <p>Groupe Prestation détaillée code CIP : 1640 <i>Données saisies par le PS</i></p> <p>Prestation à générer :</p> <p>Code prestation : <i>Donnée résultat</i></p>	Table 60 Base médicament		<p>Cette règle concerne dans un premier temps les prestations de nomenclature « Frais PH » et a pour objet la génération automatique par le LPS des prestations de type honoraires de dispensation</p> <p>* Seuls les médicaments ayant un code CIP permettent de générer un honoraire de dispensation</p> <p>Remarque : La prestation générée par le LPS ne doit pas être modifiée par le PS.</p>

.../...

B2.1

R62 : Déterminer la nécessité de générer un honoraire pour médicament remboursable

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
« Cette règle a pour objet de déterminer si la facture doit contenir une prestation d'honoraire pour médicament remboursable (HDR). Cette prestation devra être générée automatiquement par le LPS. La prestation d'honoraire pour médicament remboursable est déclenchée lorsque, est présente dans la facture, au moins une prestation médicament remboursable, i.e. une prestation de groupe fonctionnel général « Médicament » et de groupe fonctionnel détail « ouvrant à HD », et présentant un code affiné (groupe 1740 associé au 1610).	Groupe Prestation détaillée code CIP : 1740-Données saisies par le PS Code prestation : (1610) : Saisie par le PS Données Résultat : « top honoraire pour médicament remboursable »	Table 1	Avenant n° 11 à la convention nationale signé le 20 juillet 2017	

.../...

B2.2

R63 : Déterminer la nécessité de générer un honoraire lié à l'âge

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de déterminer si la facture doit contenir une prestation d'honoraire lié à l'âge (HDA). Cette prestation devra être générée automatiquement par le LPS.</p> <p>La présence dans la facture d'une prestation d'honoraire lié à l'âge dépend à la fois :</p> <ul style="list-style-type: none"> du type des prestations saisies par le PS : la facture doit contenir au moins un médicament remboursable, (cette condition est vérifiée par la règle R62 précédente) et de l'âge du bénéficiaire : il est calculé à la date de référence AMO, il doit être inclus dans l'une des tranches d'âge spécifiées en table 63. 	top honoraire pour médicament remboursable Date de référence AMO Age du bénéficiaire Données Résultat : « top honoraire pour médicament lié à l'âge »	Table 63	Avenant n° 11 à la convention nationale signé le 20 juillet 2017	

.../...

B2.3

R64 : Déterminer la nécessité de générer un honoraire pour médicament spécifique

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
Cette règle a pour objet de déterminer si la facture doit contenir une prestation d'honoraire pour médicament spécifique (HDE). Cette prestation devra être générée automatiquement par le LPS.	top honoraire pour médicament remboursable Données Résultat : « top honoraire pour	Base médicament nationale	Avenant n° 11 à la convention nationale signé le 20 juillet 2017	

<p>La présence dans la facture d'une prestation d'honoraire pour médicament spécifique dépend à la fois :</p> <ul style="list-style-type: none"> • du type des prestations saisies par le PS : la facture doit contenir au moins un médicament remboursable, (cette condition est vérifiée par la règle R62 précédente), • du type des médicaments : la facture doit contenir au moins un médicament spécifique. Cette caractéristique est identifiée dans la base nationale médicaments 	médicament spécifique »			
--	-------------------------	--	--	--

.../...

B2.4

T8 - Détermination du taux de remboursement à prendre en compte

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Le taux à prendre en compte est le taux le plus favorable entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le taux de remboursement lié à l'individu • le taux de remboursement lié à la prestation exonérante • le taux de remboursement liés aux soins particuliers exonérés • le taux de base <p>Le code justificatif d'exonération à retenir sera celui correspondant au taux retenu.</p> <p>Cas particulier 1 : exonération des honoraires globaux (sauf honoraire complexe)</p> <p>S'il existe dans la facture un ou plusieurs médicaments de groupe fonctionnel détail « ouvrant à HD » exonérés (taux de remboursement = 100% et code justif d'exo différent de 0), alors il y a lieu d'exonérer les honoraires globaux également (taux = 100%).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la facture comporte des médicaments de groupe fonctionnel détail « ouvrant à HD » avec un seul et même justif d'exo, le code justificatif d'exo de l'HD (HDA, HDE, HDR) est le même que le code justif d'exo présent dans la facture. • En cas de facturation de plusieurs médicaments de groupe fonctionnel 	<p>Code Prestation (1610) : Saisie par le PS.</p> <p>Taux lié à l'individu : Donnée intermédiaire issue des règles T2 ou T2 bis ou T2 ter ou T2quater ou T2 quinte</p> <p>Taux lié à la prestation exonérante : Donnée intermédiaire issue de la règle T4</p> <p>Taux lié aux soins particuliers exonérés : Donnée intermédiaire issue de la règle T5 et T6</p> <p>Taux lié à la nature d'assurance : Donnée intermédiaire issue de la règle T3</p> <p>Taux de base : Donnée intermédiaire issue de la règle T7</p> <p>Code justificatif d'exonération lié à la prestation : Donnée intermédiaire issue de la règle, T7</p> <p>Taux applicable à la prestation (1610) à l'indemnité forfaitaire (1620) à l'indemnité kilométrique (1630)</p> <p>Code de justification d'exonération du ticket modérateur : (1820)</p>			

<p>détail « ouvrant à HD » pour lesquels des codes justificatifs différents ont été positionnés, le code justificatif à renseigner sur le HD (HDA, HDE, HDR) doit correspondre à un des codes justificatifs déjà présent dans la facture.</p> <p>Cas particulier 2 : PH1 et honoraires globaux (sauf honoraire complexe).</p> <p>Si dans la facture, tous les médicaments de groupe fonctionnel détail « ouvrant à HD » sont des PH1 avec code justificatif d'exo = 0, alors le taux de remboursement des honoraires globaux est de 100% avec un code justificatif d'exo = 0.</p>				
--	--	--	--	--

3.2.6 Impacts Annexe 2bis

.../...

B1 et B2.1

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		
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
HC	Honoraire dispensation Complexe		Secondaire	Frais PH	Honoraire	Complexe Global	Non	LPS
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
HDA	Honoraire de dispensation lié à l'âge de l'assuré		Secondaire	Frais PH	Honoraire	Global	Non	LPS
HDE	Honoraire de dispensation pour délivrance de médicament spécifique		Secondaire	Frais PH	Honoraire	Global	Non	LPS
HDR	Honoraire de dispensation pour délivrance de médicament remboursable		Secondaire	Frais PH	Honoraire	Global	Non	LPS
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
MHU	Médicament homéopathique unitaire		Support	Frais PH	Médicament	Se ouvrant à HD	Oui*	PS
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
PH1	Pharmacie		Support	Frais PH	Médicament	Se ouvrant à HD	Oui	PS
PH2	Pharmacie vignette orange		Support	Frais PH	Médicament	Se ouvrant à HD	Oui	PS
PH4	Pharmacie vignette bleue		Support	Frais PH	Médicament	Se ouvrant à HD	Oui	PS
PH7	Pharmacie vignette blanche		Support	Frais PH	Médicament	Se ouvrant à HD	Oui	PS
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

.../...

B1 et B4

Table 1.1 Table des tarifs réglementaires des honoraires de dispensation générés

Code prestation	Date d'effet	Tarifs réglementaires en €					
		Code caisse de rattachement du PS					
		971 Guadeloupe	972 Martinique	973 Guyane	974 Réunion	976 Mayotte	Autres Métropole
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
HC	01/01/15	0,51	0,51	0,51	0,51	0,51	0,51
	01/01/20	1,02	1,02	1,02	1,02	1,02	1,02
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
HD7	01/01/15	1,08	1,08	1,10	1,04	1,12	0,82
	01/01/16	1,35	1,35	1,37	1,29	1,39	1,02
HDA	01/01/19	0,67	0,67	0,68	0,64	0,69	0,51
	01/01/20	2,09	2,09	2,12	2,00	2,15	1,58
HDE	01/01/19	2,70	2,70	2,73	2,58	2,77	2,04
	01/01/20	4,72	4,72	4,78	4,51	4,86	3,57
HDR	01/01/19	0,67	0,67	0,68	0,64	0,69	0,51
HG1	01/01/15	2,92	2,92	2,96	2,79	3,01	2,21
	01/01/16	3,65	3,65	3,70	3,49	3,75	2,76
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

.../...

B1

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

	.../...	50	51	.../...
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
HD7	.../...	HD7	HD7	.../...
HDA	.../...	HDA	HDA	.../...
HDE	.../...	HDE	HDE	.../...
HDR	.../...	HDR	HDR	.../...
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

.../...

B1

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

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
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
HDA	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
HDE	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
HDR	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

.../...

B1

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

Code prestation	Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance				Nécessité d'une prescription	Nécessité d'un coefficient (*)	Valeurs minimales et maximales du coefficient	Compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement	Compatibilité de l'acte avec un complément (*)			T.R théorique (***)	T.R. théorique CRPCEN	Date d'effet des taux (****)
	Maladie	Maternité	Accident du Travail	Soins Médicaux Gratuits					Férié	Nuit	Urgence			
.../...	/.	/.	/.	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	/.	/.	/.	.../...	.../...	.../...
HDA	O	O	O	O	N	N		N	N	N	N	70	85	01/01/2019
HDE	O	O	O	O	N	N		N	N	N	N	70	85	01/01/2019
HDR	O	O	O	O	N	N		N	N	N	N	70	85	01/01/2019
.../...	/.	/.	/.	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	/.	/.	/.	.../...	.../...	.../...

.../...

B1


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

Code prestation	Gratuit	Déplacement non prescrit	Dépassement exigence	Entente directe	Non Remboursable	Dépassement Autorisé	CUMUL Dépassement Autorisé + Entente Directe	Prise en charge SMG
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
HDA	0	0	0	0	1	0	0	1
HDE	0	0	0	0	1	0	0	1
HDR	0	0	0	0	1	0	0	1
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

.../...

B1

Table 8 Table des taux de remboursement des pharmaciens

Valeur du code ALD (1 ^{er} caractère du code couverture)	REGLE A APPLIQUER QUELLE QUE SOIT LA VALEUR DU CODE SITUATION
1, 2, 3	<p>Poser la question :</p> <p>« Les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »</p> <p>Si la réponse est OUI : le taux à appliquer est de 100%, le code justification d'exonération est « soins conformes au protocole ALD ».</p> <p>Sinon, se reporter au tableau des codes situation ci-dessous</p> <p>Cas particulier : Pour une prestation de type honoraire, le LPS ne pose pas la question au PS :</p> <ul style="list-style-type: none"> pour une prestation de type honoraire simple, le LPS considère la même réponse que celle donnée par le PS pour la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte, pour une prestation de type honoraire global complexe, le LPS considère que la réponse est NON. <p> A noter que pour les HDE, HDA, HDR, cette réponse à NON n'empêche pas une exonération sous justificatif d'exonération 4 (cf. T8)</p>

.../...

B2.2

Table 63 Table des conditions donnant droit à un honoraire de dispensation lié à l'âge

Condition	Limite d'âge	Unité
Inférieur	3	ans
Supérieur ou égal	70	ans