Facturation SESAM-Vitale

Ordonnance du 24/04/1996

1.40 - Addendum 8

Maj 2024

GD - Guide de Lecture et Définitions

Version	8.50
Date	05/01/2024
Référence	FACT-SFG-009
Information	RESTREINTE
Etat	PROVISOIRE

GIE SESAM-Vitale
5, boulevard Marie et Alexandre Oyon – 72 019 LE MANS Cedex 2
www.sesam-vitale.fr

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.

TABLE DES MATIERES

1 INTRODUCTION....4
1.1 OBJET DU DOCUMENT....4
1.2 STATUT DU DOCUMENT....4
1.3 POSITIONNEMENT DU DOCUMENT....4
1.4 CONTENU DU DOCUMENT....4
1.5 DOCUMENTS DE REFERENCE....5
1.6 DOMAINES EXTERNES....6
1.7 ABREVIATIONS....6
1.8 DEFINITIONS....6
1.9 CONTENU DU CAHIER DES CHARGES ÉDITEURS....6
1.9.1 Cartographie des documents du corpus cahier des charges éditeurs....6
1.9.2 Point d'entrée et document transverse du cahier des charges éditeurs....7
1.9.3 Spécifications fonctionnelles générales facturation (SFG-CDC)....7
1.9.4 Annexes technico-fonctionnelles au cahier des charges éditeurs....8
1.9.5 Guides d'intégration du cahier des charges éditeurs....9
1.10 VERSION DU DOSSIER....10
1.11 GUIDE DE LECTURE DES SFG....11
1.11.1 Organisationnel d'une fonctionnalité....11
1.11.2 Codes de référencement dans le dossier SFG-Facturation....14
1.11.3 Principes de rédaction....19
1.11.4 Codes de rédaction....21
2 DEFINITIONS ET ABREVIATIONS....22
3 REFERENCES....37
3.1 ORDONNANCES, LOIS, DECRETS, CODES....37
3.2 CONVENTIONS....38
3.3 CONTEXTE REGLEMENTAIRE POUR LES OCT....39
3.4 NORMES ET STANDARDS....41

TABLE DES ILLUSTRATIONS

FIGURE 1 : DESCRIPTION D'UN DOCUMENT PRESENTANT UNE FONCTIONNALITE....11

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

1 Introduction

1.1 Objet du document

Ce document a pour objet de présenter les différentes références nécessaires à la lecture du dossier SFG-Facturation, que ce soit en termes de référence réglementaire, de références internes au dossier (conventions de rédaction…), ou en termes de vocabulaire (définitions et abréviations).

1.2 Statut du document

EN COURS

1.3 Positionnement du document

Ce document a vocation d'être un document transverse, présentant les documents du corpus documentaire et regroupant les principales clés de compréhension.

1.4 Contenu du document

Ce document contient :

- la présentation des différents référencements utilisés dans l'ensemble du dossier SFG-Facturation,
- la présentation des différents symboles et conventions de rédaction,
- la liste des documents constituant le dossier SFG-Facturation,
- une liste de définitions et abréviations classées par ordre alphabétique,
- une synthèse des références réglementaires utilisées dans le cadre des SFG-Facturation (ordonnances, loi, décrets, conventions…)

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

1.5 Documents de référence

Le présent corpus documentaire s'appuie sur les documents suivants :

Thème	DOCUMENT	
	Titre	Référence
ApCV	Demander l'authentification et gérer le contexte ApCV	ApCV-SFG-004
	Demander l'authentification et gérer le contexte ApCV	ApCV-MP-001
	Demander la signature Vitale de la facture ApCV	ApCV-MP-002
ADRi	Ouverture de la facturation à ADR	FACT-SFG-038
	Guide d'intégration WS_ADR	SEL-MP-021
Référentiel PS	Guide d'intégration et d'utilisation du référentiel PS (diffusé avec l'avenant 11 au cahier des charges)	FACT-GU-001

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

1.6 Domaines Externes

Référence DF	Libellé DF	Utilisation	Cf.
DF_A2	Tables de l'Annexe 2bis	IP ; CF ; VF	
DF_ADR	Données service ADRi *Ce domaine est décrit de façon détaillée dans la documentation spécifique ADRi (au § « Données en sortie du service » du Guide d'intégration du service ADRi :SEL-MP-021).*	BS	
DF_ApCVsi01	Contexte ApCV *Ce domaine est décrit de façon détaillée dans la documentation spécifique ApCV (ApCV-SFG-004).*	BS	
DF_dLOI_EXT	Incréments de la Liste d'Opposition Incrémentale	AP	DF_AP07
DF_PFD	Table des plafonds dentaires	IP VF	RG_IP_R43 RG_VF_P5
DF_REF_PS	Référentiel PS	IP AP	IP01 AP16.01
DF_SAMC01	Domaine(s) AMC / Spécialité PS	CF	
DF_STS	Tables STS	AP	DF_AP06
DF_TOD_EXT	Table des organismes destinataires externe (diffusée par le GIE)	AP	DF_AP05

1.7 Abréviations

Cf. chapitre 2 du présent document

1.8 Définitions

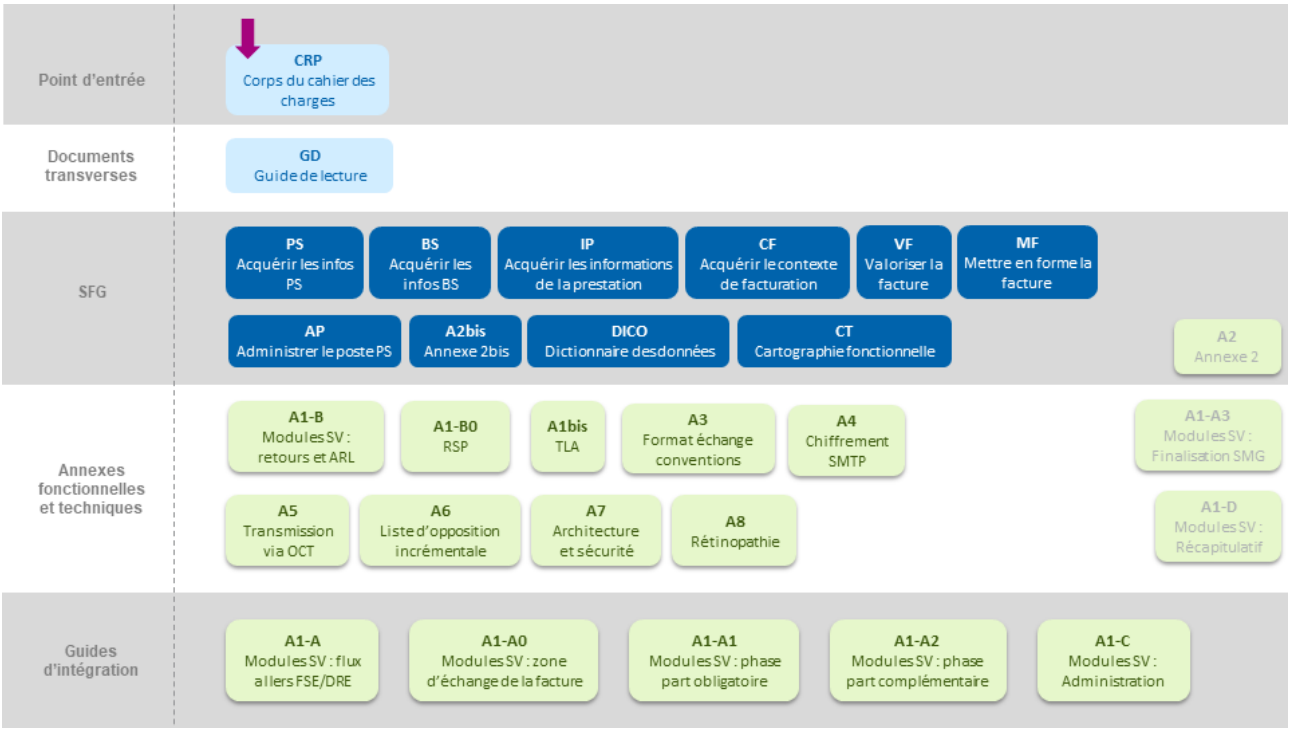
Cf. chapitre 2 du présent document.

1.9 Contenu du cahier des charges Éditeurs

Le cahier des charges éditeurs est constitué d'un point d'entrée, de documents transverses, de spécifications fonctionnelles générales, d'annexes technico-fonctionnelles et de guides d'intégrations.

1.9.1 Cartographie des documents du corpus cahier des charges éditeurs

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale



Les annexes A1-A3, A1-D et A2 sont des documents vidés de leur contenu ayant vocation à disparaître mais maintenus dans un soucis d'accompagnement à la prise en main du corpus modernisé.

1.9.2 Point d'entrée et document transverse du cahier des charges éditeurs

Le point d'entrée du cahier des charges éditeurs est constitué par le document du corps du cahier des charges (CRP). Le guide de lecture (GD) est un document transverse.

Fonctionnalité	DOCUMENT Titre	Référence
CRP	**Corps du cahier des charges (CDC 1.40)**	PDT-CDC-001
GD	**G**uide de lecture et **D**éfinitions	FACT-SFG-009

1.9.3 Spécifications fonctionnelles générales facturation (SFG-CDC)

Les SFG sont constituées par l'ensemble des documents présentés dans le tableau ci-après :

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Fonctionnalité	DOCUMENT Titre	DOCUMENT Référence	Sous Processus	Processus
CT	**C**ar**T**ographie fonctionnelle	FACT-SFG-077	Élaborer une facture	**FACTURER**
PS	Acquérir les informations du **P**rofessionnel de **S**anté	FACT-SFG-011		
BS	Acquérir les informations du **B**énéficiaire de **S**oins	FACT-SFG-012		
IP	Acquérir les **I**nformations **P**restations	FACT-SFG-013		
CF	Acquérir le **C**ontexte de **F**acturation	FACT-SFG-014		
VF	**V**aloriser la **F**acture	FACT-SFG-015		
MF	**M**ettre en **F**orme la facture	FACT-SFG-016		
AP	**A**dministrer le **P**oste de travail du Professionnel de santé	FACT-SFG-022		
RG	Liste des **RèG**les fonctionnelles des SFG	FACT-SFG-078		
DICO	**Dictionnaire de données**	FACT-SFG-008		
A2	*Annexe 2 du CDC Editeurs*	*CDC-PDT-001-A2*		
A2bis	Annexe 2bis du CDC Editeurs	*CDC-PDT-001-A2bis*		

L'annexe 2 est un document vidé de son contenu ayant vocation à disparaître mais maintenu dans un soucis d'accompagnement à la prise en main du corpus modernisé.

À noter qu'à compter de la version 8.32 du corpus documentaire, les tables de l'annexe 2 bis historiques sont livrées sous forme de fichier csv afin de permettre une intégration directe dans les logiciels.

1.9.4 Annexes technico-fonctionnelles au cahier des charges éditeurs

Le cahier des charges éditeurs est constitué des annexes technico-fonctionnelles suivantes :

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Fonctionnalité	DOCUMENT Titre	Référence
A1-A3	*Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale – Finalisation d'une facture SMG - Phase Part Obligatoire*	*PDT-CDC-001 Annexe 1-A3*
A1-B	Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale – Principes de Traitement des retours et Gestion des ARL	PDT-CDC-001 Annexe 1-B
A1-B0	Traitement des RSP	PDT-CDC-001 Annexe 1-B0
A1-D	*Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale – Récapitulatif*	*PDT-CDC-001 Annexe 1-D*
A1bis	Utilisation d'un Terminal Lecteur Applicatif	PDT-CDC-001 Annexe 1bis
A3	Format d'échange des référentiels des conventions	PDT-CDC-001 Annexe 3
A4	Télécommunications (sur Réseau IP) et Chiffrement de transport des messages SMTP	PDT-CDC-001 Annexe 4
A5	Transmission des flux SESAM-vitale via les Organismes Concentrateurs Techniques (Annexe informative)	PDT-CDC-001 Annexe 5
A6	Liste d'opposition Incrémentale	PDT-CDC-001 Annexe 6
A7	Architecture et Sécurité	PDT-CDC-001 Annexe 7
A8	Dépistage de la réthinopathie diabétique en coopération entre l'orthoptiste et l'ophtalmologiste	PDT-CDC-001 Annexe 8

Les annexes A1-A3 et A1-D sont des documents vidés de leur contenu ayant vocation à disparaître mais maintenus dans un soucis d'accompagnement à la prise en main du corpus modernisé.

1.9.5 Guides d'intégration du cahier des charges éditeurs

Le cahier des charges éditeurs est constitué des guides d'intégration suivants :

Fonctionnalité	DOCUMENT Titre	Référence
A1-A	Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale – Flux allers de FSE/DRE émis par le Professionnel de Santé	PDT-CDC-001 Annexe 1-A

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Fonctionnalité	DOCUMENT Titre	Référence
A1-A0	Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale – Zone d'échange de la facture	PDT-CDC-001 Annexe 1-A0
A1-A1	Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale – Phase part obligatoire	PDT-CDC-001 Annexe 1-A1
A1-A2	Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale – Phase part complémentaire	PDT-CDC-001 Annexe 1-A2
A1-C	Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale – Fonctions d'administration	PDT-CDC-001 Annexe 1-C

1.10 Version du dossier

Socle Fonctionnel de Référence (SFR)

Version du SFR

Cette version de SFG-Facturation constitue le socle fonctionnel de référence du système de facturation SESAM-Vitale, **version 1.40 –Addendum 8.**

Ces SFG sont déclinées dans le CDC Editeurs SESAM-Vitale et dans le référentiel d'homologation associé à la version :

1.40 –Addendum 8 - 2024

Identification du SFR

Ce SFR est identifié par le numéro

1.40.800

Normes B2 et DRE

Ce SFR s'appuie sur les normes :

B2-2007 avec errata

DRE-2009

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Le complément de version de Norme B2 et DRE

Pour l'évolution PC/SC, il est nécessaire de renseigner les normes B2 et DRE. Cette information est identifiée par le complément de version à la norme B2 et DRE.

01

Statut du dossier

Le cahier des charges éditeurs constitue le socle de référence du système de facturation du système SESAM Vitale.

1.11 Guide de lecture des SFG

1.11.1 Organisationnel d'une fonctionnalité

Schéma

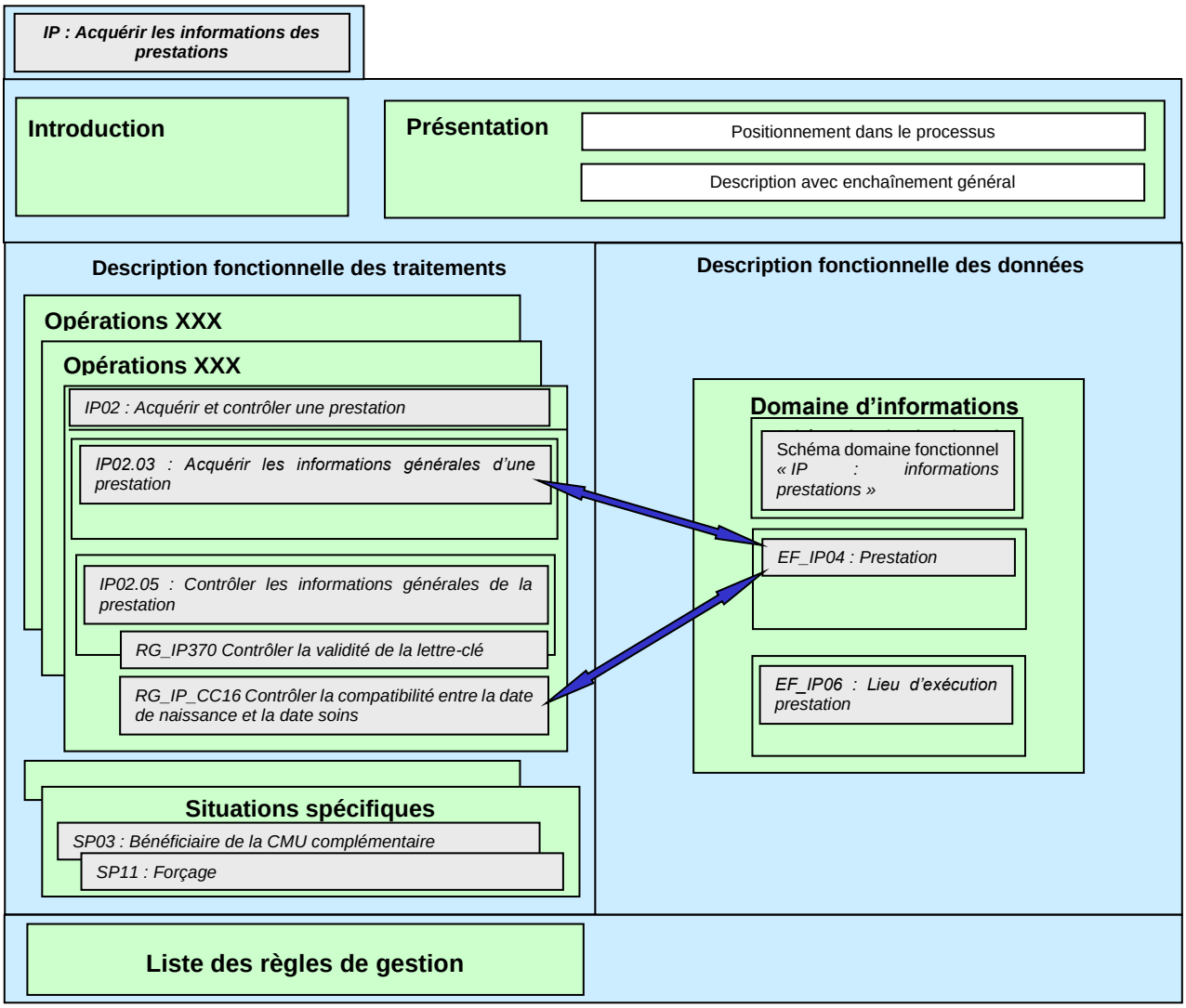


Figure 1 : Description d'un document présentant une fonctionnalité

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Description détaillée

Chaque document présentant une fonctionnalité comprend :

- une introduction,
- une présentation générale contenant :
  - le positionnement de la fonctionnalité dans la décomposition du processus,
  - une fiche synthétique décrivant la fonctionnalité,
  - un schéma d'enchaînement des opérations,
- la description fonctionnelle des traitements :
  - description détaillée de chaque opération (éventuellement subdivisées en tâches, sous-tâches…) sous la forme de :
    - règles de gestion
    - schémas d'enchaînement
    - lien avec le domaine fonctionnel (données utilisées en entrée, en sortie)
  - description détaillée des impacts sur les règles de gestion pour les situations spécifiques,
- la description fonctionnelle des données :
  - modèle de données du domaine d'informations
  - liste des données fonctionnelles pour chaque entité fonctionnelle.
- la liste des règles de gestion détaillée dans le document

Exemples

Exemple de règle

[RG_VFnnn] <Titre de la règle> (EF_VFxx-y)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

<Description de la règle>

Exemple de cas particulier

Cas particuliers

[RG_VFnnn] [CP1] <Titre du cas particulier n°1>

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

<Description du cas particulier n°1>

[RG_VFnnn] [CP2] <Titre du cas particulier n°2>

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

<Description du cas particulier n°2>

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Exemple de cas d'erreur

Cas d'erreur

[RG_VFnnn] [CE1] <Titre du cas d'erreur>

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

<Description du cas d'erreur n°1>

Cas d'erreur

[RG_VFnnn] [CE2] <Titre du cas d'erreur>

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

<Description du cas d'erreur n°2>

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Familles de PS concernées

Si nécessaire, un cartouche de description des familles et sous-familles de professionnels de santé concernées par la règle est présent en en-tête des règles.

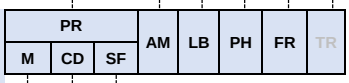
Si le cartouche n'apparaît pas c'est que la règle concerne toutes les familles.

Les sigles utilisés dans ce cartouche ont la signification suivante :

Pour les familles de Professionnel de Santé :

- *Réservé pour utilisation future*
- **FR** : Fournisseurs
- **PH** : Pharmacie
- **LB** : Laboratoire
- **AM** : Auxiliaires Médicaux
- **PR** : Prescripteurs

[RG_XXxxx] <Le titre de la règle>



Pour les sous-familles de Professionnel de Santé :

- **M** : Médecins
- **CD** : Chirurgiens-Dentistes
- **SF** : Sages-Femmes

Les familles ou sous-familles **concernées** apparaissent en texte noir.

Les familles ou sous-familles **non concernées** apparaissent en texte gris.

1.11.2 Codes de référencement dans le dossier SFG-Facturation

Références

Certains éléments dans ce dossier sont référencés à l'aide d'un identifiant unique au sein de ce dossier.

Ces références sont utilisées pour faire des renvois explicites vers les éléments concernés.

Principe général

Une référence comporte le type de l'élément (règle de gestion, entité fonctionnelle, …) et l'identifiant de la fonctionnalité à laquelle cet élément appartient.

Les références utilisées contiennent généralement :

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- en premier lieu le type d'élément,
- puis la fonctionnalité dans laquelle l'élément apparaît,
- enfin un chrono spécifique attribué à l'élément.

Ces éléments peuvent être séparés par des "_" ou des "-" selon les cas.

Numérotation des éléments

Le chrono spécifique attribué à un type d'élément pour une fonctionnalité donnée est unique.
Par exemple :

- pour les règles de gestion, il existe dans IP une et une seule règle de n° 340 : RG_IP340.
- de même pour les entités fonctionnelles, dans VF il existe une et une seule entité fonctionnelle portant le n°03 : EF_VF03

Cependant, à l'inverse, toutes les numérotations ne sont pas utilisées.
Par exemple, même si les règles RG_IP066 et RG_IP070 existent, il se peut que la règle RG_IP067 n'existe pas.

Avertissement

La numérotation des règles de gestion n'a aucun lien avec la chronologie de l'utilisation de cette règle dans le processus.

Numérotation des données temporaires

Les données d'une même entité fonctionnelle sont numérotées de façon croissante à partir de la valeur 1.

Cependant, certaines données (voire certaines entités fonctionnelles) sont numérotées de façon décroissante à partir de la valeur 99. Il s'agit :

- soit de données temporaires, à savoir de données utilisées uniquement au sein de la fonctionnalité dans laquelle elles apparaissent,
- soit des indicateurs de forçage.

Références du CDC 1.40

Pour les règles de gestion déjà référencées dans le CDC 1.40, cette référence est conservée dans la construction de la référence dans les spécifications fonctionnelles générales.

Exemple :

- R37bis devient RG_CF_R37bis
- CC1 devient RG_IP_CC1

Les règles de gestion concernées sont les règles des annexes A2 et A1-A1 du CDC 1.40.

Règles de référencement

Pour chaque type d'élément référencé dans les SFG-Facturation, le tableau ci-dessous présente la règle de référencement utilisée, illustrée par un exemple.

	Type d'élément	Type de référence	Exemple(s)
Processus		**YY**	VF

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

	Type d'élément	Type de référence	Exemple(s)
Traitements	Fonctionnalité	Identifiant de la fonctionnalité	CF
	Opération	**YYxx** Chrono sur 2 chiffres repris à un dans chaque fonctionnalité Identifiant de la fonctionnalité à laquelle l'opération appartient	VF08 CF06
	Tâche	**YYxx.xx** Chrono sur 2 chiffres repris à un dans chaque opération Référence de l'opération à laquelle la tâche appartient	VF08.02
	Sous-tâches	**YYxx.xx.xx** Chrono sur 2 chiffres repris à un dans chaque tâche Référence de la tâche à laquelle la sous-tâche appartient	VF08.02.03
	Règle de gestion	**RG_YYxxx** Chrono sur 3 chiffres repris à un dans chaque fonctionnalité Fonctionnalité de rattachement de la règle de gestion: PS, BS, IS, CF… Type d'élément : RG	RG_CF312 RG_VF312
	Règle de gestion déjà référencée dans le CDC 1.40	**RG_YY_<référence CDC 1.40>** Référence existant déjà dans CDC 1.40 Fonctionnalité de rattachement de la règle de gestion: PS, BS, IS, CF… Type d'élément : RG	RG_CF_R32
	Règle de gestion pour la valorisation d'une données B2 et/ou DRE	**RG_YYxyzzz** Référence de la donnée dans la norme B2 et/ou DRE : **x** : type, **y** : complément de type, **zzz** : position dans le type Fonctionnalité de rattachement de la règle de gestion: MF, EM Type d'élément : RG	RG_MF4A086
	Cas particuliers	RG_YYxxx **CPxx** Chrono sur 2 chiffres repris à un pour chaque règle Type d'élément : CP Référence de la règle à laquelle correspond ce cas particulier. Cette référence apparaît en texte masqué.	CP01 CP02

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

	Type d'élément	Type de référence	Exemple(s)
références CDC 1.40	Cas d'erreur	RG_YYxxx **CExx** Chrono sur 2 chiffres repris à un pour chaque règle Type d'élément : CE Référence de la règle à laquelle correspond ce cas d'erreur. Cette référence apparaît en texte masqué.	CE01 CE02
	Situation spécifique	**SP**xx Chrono sur 2 chiffres Type d'élément : SP	SP06
	Annexe 2	**R**xxx Règle de gestion **R**églementaire	R2bis
		Txxx Règle de détermination du **T**aux de remboursement	T1ter
		Bxxx Règle de détermination de la **B**ase de remboursement	B12
		Fxxx Règle de détermination de la Base de remboursement pour les **F**rais de déplacement	F2
		Sxxx Règle de détermination de la Base de remboursement des frais pharmaceutiques	S1
		Pxxx Règle de calcul du montant remboursable par l'AMO (**P**art obligatoire)	P1bis
	Annexe 1 – A1	**RC**xxx Règle de gestion **R**églementaire pour la **C**CAM	RC12
		BCxx Règle de détermination de la **B**ase de remboursement pour la **C**CAM	BC99
		TCxx Règle de détermination du **T**aux de remboursement pour la **C**CAM	TC5
		CCxx Règle de gestion non réglementaire pour la **CC**AM	CC11
Données	Domaine fonctionnel	**DF_YY** Identifiant du domaine fonctionnel Type d'élément : DF	DF_PS DF_BS DF_CCAM
		EF_YYxx	EF_IP01

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

	Type d'élément	Type de référence	Exemple(s)
	Entités Fonctionnelles	Chrono sur 2 chiffres repris à un dans chaque fonctionnalité Domaine fonctionnel auquel est rattaché l'entité fonctionnelle : PS, BS, IS, CF, VF,… Type d'élément : EF	
	Données Fonctionnelles	**EF_YYxx-zz** Rang de la donnée dans l'entité fonctionnelle Entité fonctionnelle à laquelle appartient la donnée	EF_IP01-12
Schémas d'enchaînement	Schémas	**SC_YYxx.xx.xx** Identifiant de l'opération ou sous opération Type d'élément : SC	SC_VF08.01
Illustrations	Tableaux	Numérotation chronologique des tableaux ou schémas (hors schémas d'enchaînement de processus) dans un même document (reprise à un pour chaque document)	Tableau 1 Tableau 2

☞ **Remarque** : les données temporaires ne font pas, par définition, partie du modèle de données. Elles sont numérotées à rebours en commençant à 99 (EF_YY99).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Synthèse

Types d'élément

CP	**C**as **P**articuliers : Déroulement ponctuel hors cas nominal Les cas particuliers sont référencés par rapport à une règle donnée. Il faut rapprocher la référence de la règle de la référence du cas particulier.
CE	**C**as d'**E**rreur : Arrêt du fonctionnement du système. Les cas d'erreur sont référencés par rapport à une règle donnée. Il faut rapprocher la référence de la règle de la référence du cas d'erreur.
CG_	**C**onsigne **G**énérale **:** consigne concernant plusieurs règles de type RG_. (Les règles concernées sont précisées dans la consigne) Une consigne est un extrait commun à plusieurs règles (factorisation).
CR	**C**as de **R**ecommandation **:** référencement d'une recommandation spécifique liée à une règle. Une recommandation est optionnelle
DF_	**D**omaine **F**onctionnel : Chaque fonctionnalité du processus présente son propre modèle de données, dénommé domaine fonctionnel.
EF_	**E**ntités **F**onctionnelles
RG_	Règles de gestion
SC_	**Sc**héma
SP	Situation **Sp**écifique : contexte métier impactant tout ou partie d'un processus d'utilisation du système. Une situation spécifique est par définition un cas particulier **transverse à plusieurs fonctionnalités** et dont l'intérêt est une description à part, isolé pour pouvoir retrouver directement tout ce qui concerne cette situation. Exemples : • bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire. • absence de carte Vitale.
TB_	TaBle ou TaBleau

1.11.3 Principes de rédaction

Non redondance

Principe général

Dans l'ensemble du dossier SFG, chaque règle ou information est présentée à un et un seul endroit.

☞ *Cas particulier* : Dans les quelques cas où ce principe ne peut être respecté pour des raisons de cohérence d'ensemble d'un paragraphe ou d'un chapitre, la redondance est signalée par une référence documentaire.

Règles de gestion

Conformément au principe ci-dessus une règle de gestion apparaît donc décrite à un seul endroit du dossier SFG pour le mode nominal.

Cependant, elle apparaît également dans chaque situation spécifique pour laquelle elle est impactée.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

Distinguer par rapport aux CDC d'origine les règles de gestion des illustrations, exemples ou présentations générales (utilisation d'étiquettes).

Centraliser au même endroit une même règle de gestion : un point fonctionnel précis a une règle unique.

Tout libellé de règle commence par un verbe.

Les règles de gestion sont de différents types :

- Acquisition : « *Acquérir* … »
- Détermination : « *Déterminer* …»
- Mise à jour : « *Mettre à jour*…
- Contrôle : « *Contrôler*…
- Règle de gestion : *libellé commençant par un verbe*.

Le terme « Générer », utilisé dans les libellés de règle ou d'opération des SFG correspond à une création automatique par le système de facturation.

📖 CDC SV §6 Glossaire

Données

Une donnée est rattachée à un et un seul domaine fonctionnel.

A toute donnée correspond nécessairement une et une seule règle, soit d'acquisition, soit de détermination qui lui correspond.

Cette règle de détermination ou d'acquisition apparaît nécessairement dans la fonctionnalité liée au domaine fonctionnel auquel la donnée appartient.

Cependant, elle peut être utilisée par toute règle de toute fonctionnalité du processus.

Format fonctionnel

Chaque donnée du modèle correspond à l'un des formats fonctionnels suivants :

Format fonctionnel	Lettre utilisée dans les tableaux présentant les données fonctionnelles
Clé	K
Code	C
Date	D
Libellé	L
Montant	M
Nombre	N
Statut	S
Top	T

Libellés

La dénomination des libellés des données suit les principes ci-après :

- Abréviation autorisée dans le libellé,
- Eviter de rappeler le nom de l'entité fonctionnelle sauf exceptions : doublons, date…,

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- Utilisation possible des pluriels,
- Ne pas utiliser le terme libellé devant une donnée de type « libellé ».

Montants

Les prix et montants utilisés dans l'ensemble du processus de facturation sont exprimés TTC dans tous les cas.

Recommandation

Par définition une recommandation n'est pas obligatoire et ne fait donc pas l'objet de test.

Schémas d'enchainement

Les schémas d'enchainements des opérations sont donnés à titre indicatif.

1.11.4 Codes de rédaction

Indications dans la marge

Préambule : Les parties Préambules ne constituent pas des exigences fonctionnelles.

Exemple

Cas particuliers

Recommandation

Cas d'erreur

Remarque :

Les éléments importants et les remarques sont indiqués par une main dans la marge.

Les éléments d'alerte ou devant retenir l'attention sont indiqués par un triangle dans la marge.

Renvoi au document et § des FSV

Les références croisées aux documents de référence sont attribuées à chaque règle et font référence aux documents mentionnés au chapitre 1.5 Documents de référence

Intérêt : pouvoir retrouver le texte initial (premier temps/reprise) et dans un second temps garder le lien (pointeur) avec les documents CDC livrés (produits), déclinés à partir de ces SFG

Ces renvois sont également utilisés pour faire référence à un § d'un autre document du dossier SFG-Facturation, en cas de redondance inévitable d'un même paragraphe dans 2 endroits différents du dossier SFG-Facturation..

Intérêt : en cas d'évolution du § redondant, ces renvois rappellent la nécessité d'une mise à jour simultanée.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

2 Définitions et Abréviations

Terme	Définition
AC	Autorité de certification
Accident de Droit Commun	Dans le cadre du système de facturation SESAM-Vitale, la notion d'accident de droit commun est utilisée pour : • les accidents de circulation, mais aussi les accidents dans lesquels la responsabilité d'un tiers, quel qu'il soit, peut être mise en cause, • les accidents de la vie courante survenus soit à la maison, à l'école, ou sur les aires de sport ou de loisirs où la victime se blesse seule (accident domestique, accident de sport, accident scolaire, accident de loisir, jardinage, etc..). pour les bénéficiaires de tous les régimes hormis les bénéficiaires non salariés du régime agricole.
Accident de la vie privée	Dans le cadre du système de facturation SESAM-Vitale, le terme « accident de la vie privée » est utilisée pour tous les bénéficiaires non salariés du régime agricole et est équivalente à la notion « d'accident de droit commun » pour les autres régimes.
Acte isolé	Par opposition à un traitement en série, un acte isolé est un acte qui n'appartient pas à un traitement en série. Un acte isolé est facturé généralement sans prescription Un acte isolé peut faire suite à une prescription, mais il est en dehors d'un traitement en série.
Acte secondaire	Par définition un acte secondaire, par opposition à un acte support, est une prestation qui ne peut pas être facturée seule à une date donnée
Actes en série	Synonyme de traitement en série
ADELI	*ADELI* Répertoire des professions médicales et paramédicales. Le numéro d'enregistrement du Professionnel de Santé sert d'identifiant vis-à-vis des régimes.
ADR	Acquisition des droits : Service intégré de l'assurance maladie pour acquérir les droits en ligne d'un bénéficiaire de soins
Affiliation	Détermine la caisse d'assurance maladie obligatoire à laquelle le bénéficiaire est rattaché pour le versement de ses prestations en nature ou en espèces. Par exemple, pour le Régime Général, l'assuré est affilié à la caisse dont la circonscription couvre sa résidence principale. L'employeur est responsable de l'affiliation de tout salarié.
Agrément	Reconnaissance de la conformité aux spécifications d'un produit (précédemment appelé labellisation).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Aide à l'acquisition d'une complémentaire	L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé mise en place par l'article 56 de la Loi du 13 août 2004 pour les personnes dont les revenus dépassaient le plafond de la CMU-C de moins de 15%, ne peut plus être souscrite depuis le 1er novembre 2019. Elle est remplacée par la complémentaire santé solidaire (C2S) avec participation financière pour les personnes dont les ressources se situent entre le dernier plafond de la CMU-C et ce plafond majoré de 35%. Les contrats ACS souscrits jusqu'au 31/10/2019 et maintenus par leurs bénéficiaires, restent cependant valables jusqu'au 31/10/2020. Les dispositions de l'avenant n° 8 à la convention médicale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie signé le 12 janvier 2005, relatives à la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de l'ACS, restent en vigueur pour ces bénéficiaires dont les contrats ACS sont en cours.
ALD	*Affection Longue Durée*
AMC	*Assurance Maladie Complémentaire (Assurance Complémentaire)* Organisme apportant un complément au remboursement de l'assurance maladie obligatoire et pouvant rembourser les dépenses non prises en charge par l'AMO. Ce peut être : une mutuelle régie par le code de la mutualité, une société ou une mutuelle d'assurance régie par le code des assurances, une institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale. Certains organismes d'Assurance Maladie Complémentaire traitent la part obligatoire dans le cadre d'une délégation de gestion légale ou d'une habilitation conventionnelle établie avec un AMO.
AME	*Aide Médicale d'Etat*
AMO	*Assurance Maladie Obligatoire (Assurance Obligatoire)* Ensemble des Régimes assurant le paiement de la part obligatoire du remboursement relatif à des dépenses maladie *:* le régime général, le régime agricole, le régime des professions indépendantes, les régimes spéciaux. Certains organismes d'Assurance Maladie Obligatoire traitent la part complémentaire dans le cadre d'une convention de gestion entre AMO et AMC.
Annuaire AMC	L'Annuaire AMC est un outil des AMC permettant de garantir le bon acheminement des échanges dématérialisés des professionnels de santé et des centres de santé vers les AMC ; il répertorie les adresses des téléservices AMC et des DRE.
ApCV	Application carte Vitale ou appli carte Vitale Dispositif sécurisé d'authentification sur système mobile permettant l'accès aux services de l'assurance maladie. L'appli carte Vitale est un portefeuille de-cartes Vitale individuelles dématérialisées, chacune portant les données d'identification d'un seul bénéficiaire.
APIAS	*Affection Présumée Imputable au Service*
API – SV	*Application Programming Interface – SESAM-Vitale* Ensemble des procédures permettant au progiciel du Professionnel de Santé d'utiliser les ressources et fonctionnalités offertes par les modules SESAM-Vitale.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Archivage	Conservation de données, durant une durée légale ou réglementaire, afin de pouvoir y faire référence (lecture/impression), en cas de consultation ultérieure. Notion distincte de celle de sauvegarde d'exploitation (journalière, hebdomadaire, ...).
ARL	*Accusé de Réception Logique* Accusé de réception électronique émis par le centre informatique et renvoyé au Professionnel de Santé.
ASIP Santé	Agence nationale des systèmes d'information partagés de santé. **Groupement d'intérêt public** (voir article L. 1111-24 du Code de la santé publique).chargé de la production de la carte de Professionnel de Santé.
ASPA	*Allocation de Solidarité aux Personnes Agées*
Assujettissement	Reconnaissance de la qualité d'assuré social auprès d'un régime obligatoire d'assurance maladie.
Assuré (social)	Personne titulaire d'un droit au regard de la protection sociale.
AT	*Accident du Travail*
Authentification	Preuve de l'identité d'un correspondant apportée par un élément qu'il est seul à connaître ou à détenir.
Authentification d'origine	Fonction de sécurité apportant au destinataire d'un message la preuve de l'identité de l'émetteur.
Authentification mutuelle	Fonction de sécurité permettant aux deux acteurs d'un dialogue de posséder la preuve de l'identité de leur interlocuteur.
Autorisation préalable	Voir Entente préalable.
Ayant droit	Personne rattachée à un assuré bénéficiant des droits aux prestations de l'assurance maladie.
B2	*Norme d'échange des feuilles de soins électroniques.*
BAL	*Boîte aux lettres électronique.*
BAL SESAM-VITALE	Boîte aux lettres électronique utilisée par le Professionnel de Santé pour l'émission et la réception des flux SESAM-Vitale.
Bénéficiaire	Personne bénéficiant d'une protection sociale (assuré social ou ayant droit).
BGDH	*Budget Global Des Hôpitaux*
Bibliothèque SV	*Bibliothèque SESAM-Vitale* Ensemble des modules logiciels fournis par l'assurance maladie obligatoire installés sur l'équipement informatique du Professionnel de Santé : les modules SESAM-Vitale, le GALSS, le PSS.
Borne (point de mise à jour)	Dispositif matériel permettant l'accès aux services associés à la carte Vitale, c'est-à-dire la consultation et la mise à jour des informations en carte.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

C2S	Complémentaire Santé Solidaire La loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 (art. 52 IX) prévoit le remplacement de l'ACS et de la CMU-C par la C2S. Les bénéficiaires CMU-C et sortant de CMU-C sont donc renommés C2S et sortant de C2S dans l'ensemble du système de facturation SESAM-Vitale. Les données liées à la base CCAM ne changent pas de nom. Le champ n°52 se nomme « Code CMU-C ». En conséquence les prestations de type forfait CMU-C ne changent pas de nom dans l'ensemble du CDC SV. Cela s'applique également aux forfaits optiques CMU-C.
Caisse de rattachement	Subdivision administrative des régimes. Elle peut être nationale, régionale, départementale ou locale.
CANSSM	*Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines*
CAS	*Contrat d'Accès aux Soins*
Carte d'Assuré Social	Carte papier contenant les informations relatives à l'assuré et à ses ayants droit. Elle est remplacée par la carte Vitale.
Carte Professionnel de Santé	Terme générique désignant une carte sans distinction de son type (CPS, CPE, CPF).
CAVIMAC	*Caisse d'Assurance Vieillesse, Invalidité et Maladie des Cultes*
CCAM	*Classification Commune des Actes Médicaux*
CCMSA	*Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole*
CDE	*Carte de Directeur d'Etablissement* (famille CPS)
Centre Informatique	Centre de production de l'assurance maladie destinataire des flux SESAM-Vitale pour assurer leur traitement.
Chiffrement	Mécanisme de sécurité consistant à rendre des données confidentielles, c'est-à-dire non interprétables par toute personne non autorisée.
CIP	*Club Inter Pharmaceutique*
CMU	*Couverture Maladie Universelle*
CMU-C	*Couverture Maladie Universelle Complémentaire* Conformément aux dispositions législatives (loi n° 99-641) la **Couverture Maladie Universelle (CMU)** permet d'offrir aux personnes dont les revenus sont inférieurs à un seuil déterminé par décret, une protection complémentaire sans contrepartie contributive, pendant un an renouvelable. A ce titre, la personne bénéficie en particulier de la dispense d'avance des frais. Cette prestation complémentaire peut être servie à l'assuré soit par sa caisse d'Assurance Maladie Obligatoire, soit par une assurance maladie complémentaire de son choix référencé sur une liste disponible auprès de sa caisse de rattachement.
CNAMTS	*Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés*
CNDA	*Centre National de Dépôt et d'Agrément* Centre de l'assurance maladie ayant pour missions l'agrément et l'enregistrement des progiciels du marché interfacés avec SESAM-Vitale
CNIL	*Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés*
CNMSS	*Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale*
C.O.	*Chirurgie Orale* *Spécialité dentaire de Professionnel de Santé*

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Code acte	Synonyme de code prestation.
Code acte CCAM	Synonyme : code détaillé CCAM.
Code prestation	Lettre-clé identifiant la prestation (EF_IP04_01). Ce code est utilisé pour tout type de nomenclature. En cas de prestation identifiée par une codification affinée (CCAM, NABM, LPP, Médicaments) ce code ne correspond pas au code affiné mais à un code de type « regroupement »
Configuration	Ensemble des caractéristiques fonctionnelles et physiques d'un produit définies par les documents techniques et obtenues par le produit.
Configuration (gestion de la)	Activités d'ordre technique et organisationnel : identification de la configuration maîtrise de la configuration enregistrement de la configuration audit de la configuration
Contrat Responsable	Dit également « contrat aidé » Contrat complémentaire qui respecte le décret 2005-1226 du 29 septembre 2005.
Contrat tarifaire PS	Ce contrat correspond aux pratiques tarifaires sur lesquelles le PS s'engage auprès de l'Assurance Maladie
CPAM	*Caisse Primaire d'Assurance Maladie*
CPE	*Carte de Personnel d'Etablissement (famille CPS)*
CPF	*Carte de Professionnel en Formation (famille CPS)*
CPRPSNCF	*Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel de la SNCF*
CPS	*Carte du Professionnel de Santé* Carte à microprocesseur d'identification et d'habilitation du Professionnel de Santé développée par le G.I.P. «CPS».
CRL	Liste de révocation de certificat
CTIP	*Centre Technique des Institutions de Prévoyance*
DA	*Dépassement autorisé*
DAM	*Domaine de l'Assurance Maladie sur la Carte du Professionnel de Santé*
DAM	*Domaine d'Assurance Maladie*
DANR	*Dépassement non remboursable plafond*
Date de délivrance	Elle correspond, dans le cas des médicaments et de la LPP, à la date d'exécution c'est-à-dire à la délivrance des médicaments.
DCSSI	*Direction Centrale de la Sécurité des Systèmes d'Information*. Elle a été instituée par décret le 31 juillet 2001
Décompte Papier	Document émis par les organismes d'assurances Maladies Obligatoires permettant le remboursement de la part complémentaire.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

DMTF	*Desktop Management Task Force* Alliance multipartenaire, créée en 1992, pour définir et mettre en oeuvre une nouvelle génération de systèmes et de produits de type PC. Poussée par la forte demande des utilisateurs, la DMTF s'est notamment fixée comme objectif de fournir un cadre commun de gestion des configurations des PC (matérielles et logicielles). Elle encourage en ce sens les constructeurs et les éditeurs de logiciels à mettre rapidement sur le marché des produits répondant à ces préconisations. Le standard MIF (dans sa version 2.0) va dans ce sens et permet de décrire une configuration complète d'équipements informatiques. Des informations complémentaires sont disponibles sur le serveur Web de la DMTF à l'adresse suivante : http ://www.dmtf.org Les principaux membres de la DMTF (122 en tout) sont Compaq, Dell, Digital, Hewlett-Packard, IBM, Microsoft, NEC, Novell, SCO (Santa Cruz Operation), SunSoft et Symantec.
DNR	*Dépassement non remboursable*
Dossier de consultation RSS	Cahier des charges du Réseau Santé Social
DR (complémentaire)	*Dépense réelle ou montant facturé par le PS pour la prestation*
DRE	*Demande de Remboursement Electronique* Facture électronique permettant le remboursement des soins sur la part complémentaire, transmise à un organisme d'assurance maladie complémentaire. Il s'agit aussi de la norme des DRE.
DRE d'annulation	*Demande de Remboursement Electronique d'annulation* Document électronique permettant d'indiquer à l'organisme d'assurance maladie complémentaire l'annulation de la DRE référencée dans celle-ci.
Droits	Reconnaissance juridique du bénéfice d'une prestation donnée.
EC	*Equipement cryptographique*
Eclatement d'une FSE	Opération qui consiste à créer à partir d'une FSE élaborée par un Professionnel de Santé un flux à destination de l'AMO et un flux à destination de l'AMC.
Entente préalable (Accord préalable)	Procédure d'autorisation préalable (sauf urgence) à certains actes ou traitements, délivrée par l'Assurance Maladie Obligatoire, et subordonnant leur prise en charge par celle-ci. L'entente préalable équivaut à accord préalable.
ETM	*Exonération du Ticket Modérateur*
Facturation	On utilise le terme facturation pour désigner le processus de demande de remboursement du Professionnel de Santé à l'Assurance Maladie
Facture	Le terme facture recouvre l'ensemble des éléments constitutifs de la FSE et de la DRE.
Facture électronique	Terme utilisé dans ce document pour désigner la Feuille de Soins Electronique et la Demande de Remboursement Electronique
Facture électronique	FSE et/ou DRE
Facture subrogatoire	Facture de remboursement papier, faite en fonction des droits du bénéficiaire lors d'un tiers payant. Cette notion disparaît avec SESAM-Vitale.
Feuille de soins	Preuve de l'accomplissement d'un acte et de sa facturation. Elle représente la demande de remboursement.
FAT	Feuillet Accident du Travail

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

FDI	Fiche Descriptive des Infirmités
FFA	*Fédération Française de l'Assurance (anciennement FFSA : Fédération Française des Sociétés d'Assurance)*
FMF	*Fédération des Mutuelles de France*
FNMF	*Fédération Nationale de la Mutualité Française*
FNS	*Fond National de Solidarité* Terme remplacé par FSV
Fonction	Sous-ensemble indivisible d'un module destiné à remplir une seule fonctionnalité parmi celles offertes par le module.
Fournitures SESAM-Vitale	Ensemble des modules logiciels, fourni par l'assurance maladie, comprenant : les Modules SESAM-Vitale, le GALSS, le PSS, le logiciel du lecteur SESAM-Vitale, les logiciels d'installation.
Fournisseurs	Famille de Professionnel de Santé du CDC-Editeurs, Les fournisseurs peuvent parfois être dénommés « Professionnels de la LPP ». au niveau des textes réglementaires et conventionnels.
FSE	*Feuille de Soins Electronique* Facture électronique permettant le remboursement des soins sur la part obligatoire et éventuellement sur la part complémentaire.
FSV	Cette abréviation couvre 2 significations : *soit Fond de Solidarité Vieillesse* (contexte fonctionnel) Terme remplacé par ASPA. *soit Fournitures SESAM-Vitale* (contexte technique)
GAMEX	*Groupement d'Assurance Maladie des Exploitants Agricoles. Il appartient au Régime Agricole.* *Gestion assurée par la MSA depuis le 01/07/2014*
Généraliste	Professionnel de Santé Médecin (famille Prescripteur) rattaché à l'une des spécialités suivantes : 01, 22,23
Gestion Séparée	Les organismes gérant uniquement la part complémentaire pour un assuré sont appelés dans ce document organismes en mode de gestion séparée 📖 CDC 1.40 4.2.1.3.1.1
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. 📖 CDC 1.40 4.2.1.3.1.1

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

GIE SESAM-Vitale	*Groupement d'Intérêt Economique SESAM-Vitale* Créé en 1993, il a pour missions l'étude, la réalisation, la mise en oeuvre et la normalisation du programme SESAM-Vitale. Membres fondateurs : CNAMTS, CCMSA, CANAM, UNRS. Membres associés : GAMEX, CAVIMAC, MFP. Membres à voix consultative au Comité Directeur : le Ministère du travail et des affaires sociales, le CNPS.
GTC	*Gestion Technique des Cartes*
Hors tiers payant	Montant payé au Professionnel de Santé par le bénéficiaire.
Identification	Fonction permettant de reconnaître un interlocuteur de manière unique dans un système donné (numéro ou adresse).
IFD	*Indemnité Forfaitaire de Déplacement*
IGC	*Infrastructure de Gestion de Clés*
IK	*Indemnité Kilométrique*
Informations conventionnelles AMO	Informations relatives à la situation de facturation du Professionnel de Santé. Constituées du code spécialité, du code conventionnel, du code zone tarifaire et du code zone IK.
Informations médicales à caractère nominatif	Informations relatives à une personne physique protégées par le secret médical (par exemple : codes acte, codes pathologie).
Intégrité	Fonction de sécurité garantissant qu'une information n'est pas altérée de manière intentionnelle ou non.
Inter- régime	Terme qui, appliqué à la carte Vitale, indique que le support physique possède toujours le même visuel et qu'il peut contenir les informations relatives au bénéficiaire, même en cas de changement de régime.
IPS	*Indicateur de parcours de soins.* Cette notion est liée à la Réforme d'Assurance Maladie – loi du 13 août 2004 (mesure parcours coordonné de soins).
Lecteur SESAM-Vitale ou lecteur SV	Lecteur de cartes à microprocesseur (CPS et carte Vitale). Lecteur contenant une application fonctionnelle SESAM-Vitale embarquée, appelé également lecteur intelligent.
Lecteur Transparent	Lecteur de cartes à microprocesseur (CPS et carte Vitale). Ce type de lecteur ne contient pas d'application fonctionnelle. (exemple PC/SC).
LPP	Liste des Produits et Prestations remboursables au titre de l'article L165-1 du code de la sécurité sociale
Masque	Système d'exploitation de la carte à microprocesseur.
M.B.D.	*Médecine Bucco-Dentaire*
Médecin correspondant	Médecin vers lequel le bénéficiaire est orienté par son médecin traitant.
Médecin généraliste	Voir Généraliste

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Médecin orienté (Médecin pour un bénéficiaire orienté)	Médecin vers lequel le bénéficiaire est orienté par un autre médecin que le MT dans le respect du parcours coordonné de soins
Médecin spécialiste	Voir Spécialiste
Médecin traitant de substitution	Dans le cadre du parcours coordonné de soins, lorsque le patient a déclaré un médecin traitant mais que celui-ci est indisponible, le patient se rend chez un autre médecin qui est appelé médecin traitant de substitution. Cette notion est liée à la Réforme d'Assurance Maladie – loi du 13 août 2004 (mesure parcours coordonné de soins).
MFGAM	*Mutuelle de Fonctionnaires pour la Gestion de l'Assurance Maladie* Mutuelle regroupant les régimes *MGEN, MG, MGP, MFP, MNH, MNAM et MNT*
MFP	*Mutualité de la Fonction Publique*
MG	*Mutuelle Générale*
MGAT	*Mutuelle Générale des Agents Territoriaux*
MGEN	*Mutuelle Générale de l'Education Nationale*
MGP	*Mutuelle Générale de la Police*
Migrants de passage	Il s'agit de ressortissants étrangers pris en charge par le régime général pendant un séjour temporaire et uniquement dans le cas où il existe une convention bilatérale entre la France et le pays d'origine.
MNAM	*Mutuelle Nationale Aviation Marine*
MNH	*Mutuelle Nationale des Hospitaliers*
MNT	*Mutuelle Nationale Territoriale*
MODEM	*Modulateur DEModulateur* Equipement électronique permettant l'envoi et la réception de données sur une ligne téléphonique.
Module de saisie à la source	Sous-ensemble logiciel du progiciel du Professionnel de Santé développé par les sociétés éditrices et objet du présent cahier des charges. Il intègre les modules SESAM-Vitale.
Modules SESAM-Vitale	Ensemble des modules logiciels, fourni par l'assurance maladie, comprenant les services offerts par SESAM-Vitale (SSV, STS, SRT,…)
MRO	*Part prise en charge par le régime obligatoire*
MSA	*Mutualité Sociale Agricole*
MT	Médecin Traitant
MTM	*Majoration du Ticket Modérateur*
MUTAME	*Mutuelle des Agents territoriaux et des Membres Extérieurs*
NABM	Nomenclature des Actes de Biologie Médicale
NGAP	*Nomenclature Générale des Actes Professionnels*
NIR	*Numéro d'Inscription au Répertoire*
NIR certifié	*A compléter*
NIR étendu	Il est constitué du NIR de l'assuré, de la date de naissance et du rang du bénéficiaire

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

NOEMIE	*Norme Ouverte d'Echange pour la Maladie avec les Intervenants Extérieurs* Norme d'échange utilisée pour transmettre les flux retour du centre informatique AMO vers le partenaire de santé ; ces échanges se font aussi avec les AMC (télétransmission du double magnétique des décomptes).
Non concerné	Les cas non concernés par le parcours de soins correspondent aux cas d'exclusions et d'Urgence. Cette notion est liée à la Réforme d'Assurance Maladie – loi du 13 août 2004 (mesure parcours coordonné de soins).
Non répudiation d'origine d'un message	Fonction de sécurité garantissant au destinataire l'origine d'un message et empêchant l'émetteur de nier l'avoir envoyé.
Non répudiation de réception d'un message	Fonction de sécurité protégeant l'émetteur d'un message en empêchant le destinataire de nier l'avoir reçu.
OCT	*Organisme Concentrateur Technique* Organisme se chargeant de centraliser, pour le compte des Professionnels de Santé, la télétransmission des échanges avec les organismes d'Assurance Maladie.
ODF	*Orthopédie Dento-Faciale*
OI	*Ordre Intelligent :* Ordre à destination des applications embarquées dans un terminal lecteur. Seul le GALSS permet de véhiculer ce type d'ordres.
OPTAM	Option Pratique TArifaire Maitrisée
OPTAM-CO	Option Pratique TArifaire Maitrisée pour les Chirurgiens – Obstétriciens
Ordonnance médicale	Document réalisé par un prescripteur permettant soit la délivrance de médicaments et/ou de produits de la LPP, soit l'exécution d'actes par un auxiliaire médical. L'ordonnance est également appelée la prescription médicale.
OT	Ordres Transparents : Protocole permettant d'encapsuler les APDU à destinations des cartes via le GALSS.
Organisme complémentaire en gestion unique	Les organismes complémentaires gérant à la fois les parts obligatoire et complémentaire pour un assuré sont appelés dans ce document *organismes complémentaires en gestion unique* (*GU).*
PA	*Participation Assuré*
PeSIT	*Protocole d'Echange pour un Système Interbancaire de Télécompensation*
PIRES	*Protocole Inter Régime d'Examens Spéciaux*
PMSS	*Plafond Mensuel de Sécurité Sociale*
Poste de travail du Professionnel de Santé	Ensemble de matériels et progiciels contribuant à l'ensemble des activités du Professionnel de Santé.
Prescripteurs	Les Professionnels de santé (PS) dits « prescripteurs » sont les médecins, les chirurgiens-dentistes, et les sages-femmes.
Prescrits	Les Professionnels de santé (PS) dits « prescrits » sont les auxiliaires médicaux, les sages-femmes, les laboratoires d'analyse de biologie médicale, les pharmaciens, et les professionnels de la LPP (famille Fournisseurs).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Prestation en nature	Remboursement des frais médicaux, dentaires, paramédicaux, pharmaceutiques, de radiologie, d'analyse ou d'appareillage, ainsi que des dépenses engagées pour obtenir certaines de ces prestations (frais de séjour notamment).
Prévention	Sauf mention contraire ce terme désigne le risque prévention géré par les organismes Assurance maladie obligatoires.
Prévention commune AMO/AMC	Cette disposition est introduite par la réforme d'Assurance Maladie (loi du 13 août 2004). Elle n'est pas liée au risque prévention géré par les organismes AMO.
Prise en charge	*Prise en charge au titre de l'assurance complémentaire :* procédure visant à informer l'assuré des conditions de remboursement de l'assurance complémentaire au préalable à la réalisation de certains actes ou traitements. *Prise en charge au titre de l'assurance obligatoire :* accord de prise en charge délivré par l'organisme de base faisant généralement suite à une demande d'entente préalable ou à un devis.
Progiciel	Ensemble autonome et indivisible regroupant un ou plusieurs modules logiciels et permettant de réaliser toutes les fonctionnalités de ces modules.
Progiciel du Professionnel de Santé	Progiciel comprenant : les modules propres aux fonctionnalités spécifiques offertes par le progiciel (aide à la prescription, dossier médical, ...), le module de saisie à la source.
PS	*Professionnel de Santé* Médecin, kinésithérapeute, infirmier, pharmacien, etc. *Pour la famille « Fournisseurs »,* Il faut comprendre également dans le terme PS, des non PS qui sont des Professionnels de domaines associés à la Santé, en plus de la définition habituelle.
PS exécutant	On entend dans l'ensemble du système de Facturation par **PS exécutant** le Professionnel de santé qui exécute la prestation de soins. Il ne s'agit pas nécessairement du Professionnel de santé réalisant la facture (cas d'un PS employeur et de l'exécutant salarié)
PS facturant	On entend dans l'ensemble du système de Facturation par **PS facturant** le Professionnel de santé qui réalise la facture. Il ne s'agit pas nécessairement du Professionnel de santé exécutant la prestation de soins. (cas d'un PS employeur et de l'exécutant salarié)
PS salarié	On entend dans l'ensemble du système de Facturation par **PS salarié** tout Professionnel de santé employé soit par un Professionnel de santé libéral soit par une structure de soins. Le PS salarié est soit rémunéré, soit il exerce à titre bénévole. Par extension, cette notion couvre également le cas d'un laboratoire sous-traitant dans le cas des laboratoires.
Référentiel PS	Référentiel constitué par l'éditeur à partir du référentiel RPPS diffusé par l'ASIP et de la table de correspondance des spécialités diffusée par le GIE SESAM-Vitale. Se reporter au document [FACT-GU-001].
Répertoire de stockage des fichiers de conventions et de regroupements normés	Répertoire utilisé par le Professionnel de Santé pour stocker les fichiers de conventions et de regroupements normés. C'est depuis ce répertoire que le progiciel importe les fichiers normés pour la mise à jour des tables de conventions.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Réponse de prise en charge	Organisme d'assurance maladie complémentaire *Lorsque la « **réponse de prise en charge** » est positive, elle correspond à un acte de garantie de remboursement d'un organisme d'assurance maladie complémentaire vis-à-vis d'un professionnel de santé dans le cadre des prestations en tiers-payant ou vis-à-vis d'un assuré dans le cadre d'une prestation hors tiers-payant, sauf élément contraire dans la convention signée entre le Professionnel de Santé et l'organisme complémentaire.* *Il ne s'agit pas d'un support de droit. Cette définition n'est valable que dans le cadre du contexte de facturation ambulatoire.* *Cette « réponse de prise en charge » est caractérisée par une référence.*
Ressource	Unité de traitement à laquelle les applications du poste de travail peuvent accéder. Il s'agit soit d'une application implantée dans un lecteur programmable, soit d'une carte à microprocesseur insérée dans le lecteur SESAM-Vitale
RG	*Régime Général*
RSI	*Régime des salariés Indépendant*
RSP	*Rejet/Signalement/Paiement :* Flux émis par les centres de traitement ou de liquidation des prestations des AMO et AMC, et relayés par le frontal (facultatif). Ils signalent au Professionnel de Santé le résultat de la liquidation (paiement, rejet)de ses FSE ou DRE par les organismes AMO ou AMC
RSS	*Réseau Santé Social*
Sauvegarde	Copie des données permettant de relancer les traitements en cas d'avarie. Leur délai de conservation est limité à la fréquence des opérations de sauvegarde.
SD_SMG	*Supplément Dérogatoire SMG*
SDF	Serveur de Diffusion des Fichiers
Séance de soins	Une séance de soins correspond à des actes réalisés le même jour par un même Professionnel de Santé sur le même patient.
Série d'actes	Série d'actes isolés Cas du dentiste ou du laboratoire qui exécute plusieurs actes.
Service	*voir fonction*
Services SESAM-Vitale (SSV)	Module fourni par l'assurance maladie.
SESAM	*Système Electronique de Saisie de l'Assurance Maladie* Système dont l'objectif est le traitement électronique des feuilles de soins. Ses trois composantes de base sont : la carte de l'assuré social : carte Vitale la carte d'identification et d'habilitation du Professionnel de Santé : CPS le logiciel d'élaboration de feuilles de soins électroniques et de demandes de remboursement électroniques.
SGD	*Service de Gestion de Données* Offre une interface simplifiée au progiciel pour les différents modules SESAM-Vitale.
Signature numérique	Mécanisme de sécurité utilisé pour remplir les fonctions de non répudiation.
SIRET	*Numéro d'identification professionnelle de l'établissement.*

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Situation conventionnelle	Nature de la convention liant le Professionnel de Santé et l'assurance maladie.
Situation d'exercice	Lien entre le Professionnel de Santé et la structure dans laquelle il exerce.
Situation de facturation	Ensemble des informations relatives au Professionnel de Santé intervenant dans la tarification et la facturation pour l'assurance maladie.
SLM	*Section Locale Mutualiste* Cette terminologie correspond aux régimes 91 à 96 et 99
SMG	*Soins Médicaux Gratuits*
Sortant de CMU-C	La loi CMU (loi n°99-641 du 27/07/1999) prévoit au I de l'article 23 : « Après l'article 6 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, il est inséré un article 6-1 ainsi rédigé : A l'expiration de son droit aux prestations définies à l'article L 861-3 du code de la Sécurité Sociale, toute personne ayant bénéficié de la prise en charge prévue au b de l'article L 861-4 de ce code reçoit de l'organisme auprès duquel elle bénéficiait de cette prise en charge la proposition de prolonger son adhésion ou son contrat pour une période d'un an, avec les mêmes prestations et pour un tarif n'excédant pas un montant fixé par arrêté ».
Sortant de C2S	L'article L. 861-12 du CSS prévoit : « À l'expiration de son droit à la protection complémentaire en matière de santé, toute personne en ayant bénéficié auprès d'un organisme mentionné au b de l'article L. 861-4 peut bénéficier auprès de cet organisme, pour une période d'un an, d'un contrat conforme aux règles définies à l'article L. 871-1, pour un tarif dont le montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en fonction de l'âge du bénéficiaire.
Sous-système « Equipement Professionnel de Santé »	Ensemble matériel et logiciel composé du terminal lecteur et du poste de travail
Spécialiste	Professionnel de Santé Médecin (famille Prescripteur) non généraliste
STS	*Services de Tarification Spécifique* Module d'aide à la tarification de la part complémentaire
Support AMC	Le support AMC, reflet de la situation d'un assuré / bénéficiaire vis à vis d'un AMC. Ce support comporte l'ensemble des informations d'identification et certaines informations de tarification (période couverte, garanties/couverture ou formules de tarification).
Support Vitale	Le support Vitale est le support nominal du processus de facturation, à savoir la carte Vitale ou l'ApCV. C'est un support d'identification et de signature (la carte Vitale étant aussi un support de droits contrairement à l'ApCV).
TC (complémentaire)	*Tarif de convention théorique*
Terminal lecteur	Ensemble matériel et logiciel composé du lecteur et des logiciels embarqués comme EI96
TFR	*Tarif Forfaitaire de Responsabilité*
TLA	*Terminal Lecteur applicatif*

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Ticket modérateur	Différence entre le tarif servant de base au remboursement de l'AMO et le montant du remboursement par l'AMO (n'équivaut pas aux dépenses restant à charge notamment en cas de dépassements d'honoraires).
Ticket Vitale	Le Ticket Vitale est une facture récapitulative éditée par le pharmacien, au dos de l'ordonnance rendue au patient, « afin de garantir aux assurés sociaux une bonne information sur le cout des produits de santé qui leurs sont délivrés, incluant les honoraires de dispensation, et, le cas échéant, d'autres catégories d'honoraires » (convention nationale des pharmaciens §36.5.2)
Tiers payant	Processus permettant la dispense d'avance des frais pour les parts obligatoire et ou complémentaire.
TM (complémentaire)	*Ticket modérateur*
TNS	*Travailleurs Non Salariés*
TR	*Tarif de responsabilité*
Traitement en série	On parle de traitement en série dès qu'il s'agit d'actes facturés dans le cadre d'une prescription et par un Professionnel de Santé de la famille Auxiliaires médicaux ou par une sage-femme (famille Prescripteurs).
UNCAM	*Union Nationales des Caisses d'Assurance Maladie*

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

UNRS	*Union Nationale des Régimes Spéciaux* Composée de : Caisses de Prévoyance et de Retraite du Personnel de la SNCF Unité Décentralisée de Protection Sociale de la RATP Etablissement National des Invalides de la Marine Caisse Autonome de Sécurité Sociale dans les Mines Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale Caisse de Retraite et de Prévoyance des Clercs et Employés de Notaire Caisse Autonome de Sécurité Sociale de l'Assemblée Nationale Caisse de Prévoyance du Port Autonome de Bordeaux Caisses Autonomes de Sécurité Sociale du Sénat Caisse d'Assurance Vieillesse, Invalidité et Maladie des Cultes
Version du Cahier des Charges	Numéro de version du cahier des charges éditeurs pour lequel le progiciel du Professionnel de Santé a été agréé..
Vitale	Carte à microprocesseur d'identification et de droits du patient. Dans l'étape 2, elle contiendra le Volet d'Informations Médicales.
Volet d'identification	Partie de la carte Vitale permettant une identification fiable de l'assuré : nom, prénom, numéro national d'identification.
Volet de facturation	Partie de la feuille de soins réservée à la délivrance de la prescription.
Volet de santé	Partie de la carte Vitale comportant les informations à caractère médical.
Volet Régime Complémentaire	Partie de la carte Vitale permettant la reconnaissance de l'organisme d'affiliation complémentaire et des droits de l'assuré.
Volet Régime Obligatoire	Partie de la carte Vitale permettant la reconnaissance de l'organisme d'affiliation obligatoire et des droits de l'assuré.
XMODEM-CNAMTS	Protocole de transfert de fichiers entre un centre informatique de l'assurance maladie et l'Equipement Informatique du Professionnel de Santé. Produit du domaine public adapté par la CNAMTS.

Corps §6

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3 Références

Dans le dossier SFG-Facturation, l'adjectif « réglementaire » couvre l'ensemble des textes référencés ci-dessous.

CDC 1.40 7

3.1 Ordonnances, Lois, Décrets, Codes

Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. Elle aborde, dans le titre 4, les systèmes d'information de l'assurance maladie et la carte de santé et fixe la distribution à l'ensemble des français de la carte familiale avant le 31 décembre 1998 et d'une carte individuelle avant le 31 décembre 1999.

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, sur le dispositif du médecin traitant et du parcours coordonné de soins.

Décret N°97-1321 du 30/12/97 relatif aux documents ouvrant droit aux prestations de l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale et le code de la santé publique (les articles mentionnés dans le présent document sont issus de ce décret).

Décret n°98-271 du 9 avril 1998 relatif à la Carte de Professionnel de Santé et modifiant le code de la sécurité sociale et le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en conseil d'Etat).

Décret n°98-275 du 9 avril 1998 relatif à la carte d'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en conseil d'Etat).

Décret n°2003-399 du 28 avril 2003 relatif aux documents ouvrant droit aux prestations de l'Assurance Maladie et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : décret en conseil d'état).

Décret n° 2005-1369 du 3 novembre 2005 relatif aux limites et conditions de fixation de la majoration de participation de l'assuré prévue à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale et modifiant le code de la sécurité sociale

Décret n° 2005-1368 du 3 novembre 2005 relatif à la majoration de participation de l'assuré prévue à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale et modifiant ce code.

Décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 relatif au contenu des dispositifs d'assurance complémentaire bénéficiant d'un aide et modifiant le code de la sécurité sociale.

Arrêté du 10 février 2004 pris pour l'application de l'article R. 161-43-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pour lesquels la signature de la feuille de soins, électronique ou sur support papier, par l'assuré ou le bénéficiaire n'est pas exigée.

Arrêté du 30 juin 2004 et du 22 sept 2004 pour les médecins (concernant l'addendum n°3 au CDC SESAM-Vitale).

Décret n°2007-199 du 14 février 2007 relatif à la carte d'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).

Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre (CPMIVG)

Arrêté du 31 mars 2011 paru au JO le 19 avril 2011 (concernant la prise en compte des nouvelles spécialités dentaires dans l'addendum 7)

Articles L. 713-1-1 et L. 713-20 du code de la sécurité sociale (concernant l'intégration des APIAS dans l'addendum 7)

Décret n°2014-1144 du 8 octobre (concernant l'intégration du TPI ACS)

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Arrêté de marge (concernant la mise en place des Honoraires de Dispensation)**:**
Arrêté du 28 novembre 2014 modifiant l'arrêté du 4 août 1987 relatif aux prix et aux marges des médicaments remboursables et des vaccins et des allergènes préparés spécialement pour un individu
(Référence - NOR : AFSS1420392A)

Pour le ticket Vitale :
Arrêté du 24 décembre 2014 modifiant l'arrêté du 27 juin 2014 fixant le modèle normalisé et les spécifications techniques applicables pour la mise en œuvre de l'information des patients sur le coût des produits de santé délivrés
(Référence - NOR : AFSS1427692A)

CDC 1.40 7.1

3.2 Conventions

Médecins

Convention nationale des médecins généralistes :

- Arrêté du 4 décembre 1988 Pour la lecture des données de la carte
- Arrêté du 11 août 1999 – avenant n°1
- Avenant n°4, JO n°71 du 24 mars 2001

Convention nationale des médecins libéraux :

- Signé le 12 janvier 2005
- Avenant de mars 2005
- Avenant n°8, JO du 7 Août 2005
- Avenant n°8, JO du 7 décembre 2012.

Sages-Femmes

Convention nationale des sages-femmes :

- Avenant n°3, JO n° 297 du 21 décembre 2002
- Avenant n°6, JO du 21 novembre 2004
- Arrêté paru au JO du 21/11/2004, modifiant la NGAP

Chirurgiens Dentistes

Convention nationale des chirurgiens dentistes :

- Avenant n°4, JO n°49 du 27 février 2003
- Avenant n°3, JO du 30 novembre 2013

Pharmaciens

Convention nationale des Pharmaciens d'officine :

- Avenant au protocole d'accord du 30 septembre 1975 entre les syndicats nationaux représentant les pharmaciens d'officine et les trois caisses nationales d'assurance maladie (Date : le 19 août 1996).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- Arrêté du 12 août 1999 portant approbation de la convention nationale fixant les modalités de transmission des feuilles de soins électroniques entre les caisses nationales d'assurance maladie et les syndicats représentant les pharmaciens d'officine.
- Arrêté du 26 juin 2003 (JO du 06 septembre 2003) obligation de codage LPP.
- Arrêté de la convention Pharmacien du 11 juillet 2006.
- Arrêté du 28 novembre 2014 portant approbation des avenants nos 3, 4 et 5 à la convention nationale du 4 mai 2012 organisant les rapports entres les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie
(Référence - NOR : AFSS1420396A)
- Arrêté du 18 décembre 2014 relatif aux modalités d'application de la convention nationale pharmaceutique aux pharmacies mutualistes et minières
(Référence - NOR : AFSS1429105A)

Fournisseurs

Convention nationale des fournisseurs de biens médicaux inscrits aux Titres I et IV de la L.P.P :

- Signé le 7 aout 2002

CDC 1.40 7.2

3.3 Contexte règlementaire pour les OCT

1. L'avenant n°4 à la Convention Nationale des médecins généralistes relatif à la télétransmission publié au J.O. du 24 mars 2001 *(Numéro 71 - page 4612*), précise les garanties que doit demander le médecin généraliste à l'OCT pour l'utilisation de ses services.

   Les dispositions de cet avenant prévoient les obligations suivantes pour le GIE SESAM-Vitale :

   - la publication du Cahier des Charges OCT ;
   - la proposition de tests ;
   - la conclusion d'un accord d'information réciproque sur les incidents de télétransmission.

   Les organismes concentrateurs techniques qui ne sont pas soumis aux obligations définies par l'avenant cité ci dessus, peuvent s'inscrire dans une démarche volontaire induite par ce Cahier des règles fonctionnelles et techniques.

   Pour les Organismes Concentrateurs Techniques qui souhaitent intégrer le système SESAM-Vitale en tant qu'acteurs de la chaîne de transmission des flux de production SESAM-Vitale, il apparaît nécessaire d'établir des règles de fonctionnement quant aux flux SESAM-Vitale qu'ils reçoivent et qu'ils émettent.

   L'objectif est d'harmoniser les traitements de réception et d'émission des flux SESAM-Vitale pour les Organismes Concentrateurs Techniques.

2. L'avis de la CNIL N° 98-027, sur l'exigence de confidentialité des données liées à l'assurance maladie a abouti au chiffrement fort de transport concernant les flux aller.
3. L'arrêté du 12 août 1999 portant approbation de la Convention nationale fixant les modalités de transmission des feuilles de soins électroniques entre les caisses nationales d'assurance maladie et les syndicats représentant les pharmaciens d'officines, introduit la Diffusion de la liste d'opposition Vitale électronique.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

4. L'arrêté du 11 juillet 2006 portant approbation de la Convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie introduit la liste d'opposition Vitale incrémentale.
5. L'avenant n° 3 à la convention nationale des sages-femmes destinée à organiser les rapports entre les sages-femmes et les caisses d'assurance maladie, précise les garanties que doit demander la sage-femme à l'OCT pour l'utilisation de ses services (*J.O n° 297 du 21 décembre 2002 page 21397*).
6. L'avenant n° 4 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes précise les garanties que doit demander le chirurgien-dentiste à l'OCT pour l'utilisation de ses services *(J.O n° 49 du 27 février 2003 page 3509*).

Il en est de même pour :

7. L'avenant des infirmiers (J.O n° 294 du 18 décembre 2002 page 20984).
8. L'avenant des Orthophonistes (J.O n° 67 du 19 mars 2004 page 5328).
9. L'avenant des Orthoptiste (J.O n° 65 du 17 mars 2004 page 5212).

Le contexte réglementaire ne concerne que les AMO à part l'avis de la CNIL N° 98-027, qui concerne tous les partenaires.

📖 CDC OCT v2.03 §1.1

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.4 Normes et standards

B2	Utilisée pour la télétransmission de factures entre les Professionnels de santé et les Organismes d'Assurance Maladie Obligatoire.
DRE	Demande de Remboursement Electronique
	Format d'échanges électroniques « Santé » entre Professionnel de Santé et l'organisme d'assurance maladie complémentaire -
DSN	Delevery Status Notification
	Request For Comments n° 1891, 1893, 1894[1]
FIPS-180-2	Secure Hash Standard
IP	Internet Protocol
	Version 4
	Request For Comments n°791
ISO 646	Jeu de caractères codés à 7 éléments pour l'échange d'information
	(équivalence NF Z 62-010)
	Janvier 1987
ISO 7816	Cartes d'identification
	Cartes à circuit(s) intégré(s) à contacts
	(équivalence NF EN 27816)
	Décembre 1989
MIME	Multipurpose Internet Mail Extensions
	Requests for Comments n°1521
NOEMIE	Norme Ouverte d'Echange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs
	IRIS Inter-Régime.
	Télétransmission de retour d'informations entre les Organismes d'Assurance Maladie et les Professionnels de Santé (NOEMIE-PS)
PeSIT/Hors SIT	Groupement pour le Système Interbancaire de Télécompensation
	Version D
	15 novembre 1987
POP3	Post Office Protocol
	Version 3
	Request for Comments n°1460
Retour OC –PS	Télétransmission de retours d'informations entre les Organismes d'Assurance Maladie complémentaire et les Professionnels de Santé - 1996
RFC 2459	Internet X.509 Public Key Infrastructure Certificate and CRL Profile
RFC 2630	Cryptographic Message Syntax
RFC2633	S/MIME Version 3 Message Specification
RSA – 2002	PKCS#1 version 2.1

[1] Sous réserve d'éventuelles mises à jour.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

SMTP	Simple Mail Transfer Protocol
	Request for Comments n°821, 822
V.32 bis	Recommandation V.32 bis
	Union Internationale des Télécommunications
	Comité Consultatif International Télégraphique et Téléphonique
	Genève 1991
V.34	Recommandation UIT-T V.34
	Union Internationale des Télécommunications Secteur de la normalisation des télécommunication de l'UIT
X.1 à X.32	Recommandations X1 à X.32
	Union Internationale des Télécommunications
	Comité Consultatif International Télégraphique et Téléphonique
	Melbourne, 14-25 novembre 1988

📖 CDC 1.40 7.3

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Facturation SESAM-Vitale

Ordonnance du 24/04/1996

1.40 - Addendum 8

Mai 2024

PS : Acquérir les informations du Professionnel de Santé

Version	08.50
Date	05/01/2024
Référence	FACT-SFG-011
Information	RESTREINTE
Etat	PROVISOIRE

GIE SESAM-Vitale
5, boulevard Marie et Alexandre Oyon – 72 019 LE MANS Cedex 2
www.sesam-vitale.fr

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.

TABLE DES MATIERES

1 INTRODUCTION....4
1.1 OBJET DU DOCUMENT....4
1.2 POSITIONNEMENT DU DOCUMENT....4
1.3 CONTENU DU DOCUMENT....4
1.4 DOCUMENTS DE REFERENCE....4
1.5 ABREVIATIONS....4
1.6 DEFINITIONS....4
1.7 GUIDE DE LECTURE....4
2 PRESENTATION DE LA FONCTIONNALITE « PS : ACQUERIR LES INFORMATIONS DU PROFESSIONNEL DE SANTE »....5
2.1 POSITIONNEMENT DE LA FONCTIONNALITE....5
2.2 DESCRIPTION DE LA FONCTIONNALITE....6
3 DESCRIPTION DETAILLEE DE LA FONCTIONNALITE « PS : ACQUERIR LES INFORMATIONS DU PROFESSIONNEL DE SANTE »....8
3.1 PS01 : LIRE LA CARTE PS....8
3.1.1 PS01.01 : Acquérir le code porteur....9
3.1.2 PS01.02 : Contrôler la validité de la carte PS et lire les données de la carte PS....10
3.2 PS03 : SELECTIONNER LA SITUATION D'EXERCICE ET DE FACTURATION....11
3.3 PS04 : ACQUERIR LES INFORMATIONS NECESSAIRES A LA FACTURATION A PARTIR DES DONNEES LUES DANS LA CARTE PS....12
3.4 PS05 : ACQUERIR DES INFORMATIONS NECESSAIRES A LA FACTURATION EN COMPLEMENT DES DONNEES LUES DANS LA CARTE PS....19
3.4.1 PS05.01 : Acquérir l'activité du centre de santé....19
3.4.2 PS05.02 : Acquérir des informations en complément de la situation d'exercice et de facturation sélectionnée....19
3.4.3 PS05.03 : Acquérir des informations en complément de la situation d'exercice et de facturation sélectionnée pour les centres de santé....22
3.4.4 PS05.04 : Déterminer la famille et la sous-famille du professionnel de santé....23
3.4.5 PS05.05 : Déterminer les informations relatives à l'utilisation d'un OCT....25
3.4.6 PS05.06 : Déterminer les informations pour l'émission du fichier....25
4 SYNTHESE DES ENTITES FONCTIONNELLES....26
4.1 DF_PS : MODELE DE DONNEES DU DOMAINE FONCTIONNEL « PROFESSIONNEL DE SANTE »....26
4.2 LISTE DES DONNEES FONCTIONNELLES POUR CHAQUE ENTITE....27
5 LISTE DES REGLES DE GESTION....29

SCHEMAS DES OPERATIONS

FIGURE 1: [PS] POSITIONNEMENT DE LA FONCTIONNALITE "PS : ACQUERIR LES INFORMATIONS DU PROFESSIONNEL DE SANTE"....5
FIGURE 2: [SC_PS] ENCHAINEMENT DE LA FONCTIONNALITE "PS : ACQUERIR LES INFORMATIONS DU PROFESSIONNEL DE SANTE"....7
FIGURE 3: [SC_PS01] ENCHAINEMENT DES TACHES DE L'OPERATION "PS01 : LIRE LA CARTE PS"....8
FIGURE 4 : [DF_PS] MODELE DE DONNEES DU DOMAINE FONCTIONNEL « PROFESSIONNEL DE SANTE »....26

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

1 Introduction

1.1 Objet du document

Ce document a pour but de spécifier la fonctionnalité « PS : Acquérir les informations du professionnel de santé ».

1.2 Positionnement du document

Cf. Guide de lecture référencé FACT-SFG-009.

1.3 Contenu du document

Outre ce chapitre introductif, ce document de spécifications fonctionnelles générales comporte les chapitres suivants :

- le chapitre 2 présente la fonctionnalité « PS : Acquérir les informations du professionnel de santé »,
- le chapitre 3 décrit les opérations de la fonctionnalité « PS : Acquérir les informations du professionnel de santé »,
- le chapitre 4 contient la synthèse des entités fonctionnelles.
- le chapitre 5 contient la liste des règles de gestion.

1.4 Documents de référence

Les documents de référence sont présentés dans le document GD (référencé FACT-SFG-009) du package documentaire.

1.5 Abréviations

Les abréviations utilisées sont répertoriées dans le document GD (référencé FACT-SFG-009) du package documentaire.

1.6 Définitions

Les définitions sont répertoriées dans le document GD (référencé FACT-SFG-009) du package documentaire.

1.7 Guide de lecture

Cf. document spécifique GD (référencé FACT-SFG-009).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

2 Présentation de la fonctionnalité « PS : Acquérir les informations du professionnel de santé »

2.1 Positionnement de la fonctionnalité

Cette fonctionnalité est indépendante de la relation du professionnel de santé avec le bénéficiaire de soins.

Elle est appelée en début du processus de facturation pour acquérir une première fois les informations du Professionnel de Santé facturant.

L'opération « Lire la carte PS » (PS01) peut être appelée :

- dans la fonctionnalité « MF » si la carte PS a été arrachée ;
- dans la fonctionnalité « EM » si la carte PS a été arrachée et que le Professionnel de Santé qui signe les lots est le même que celui qui facture.

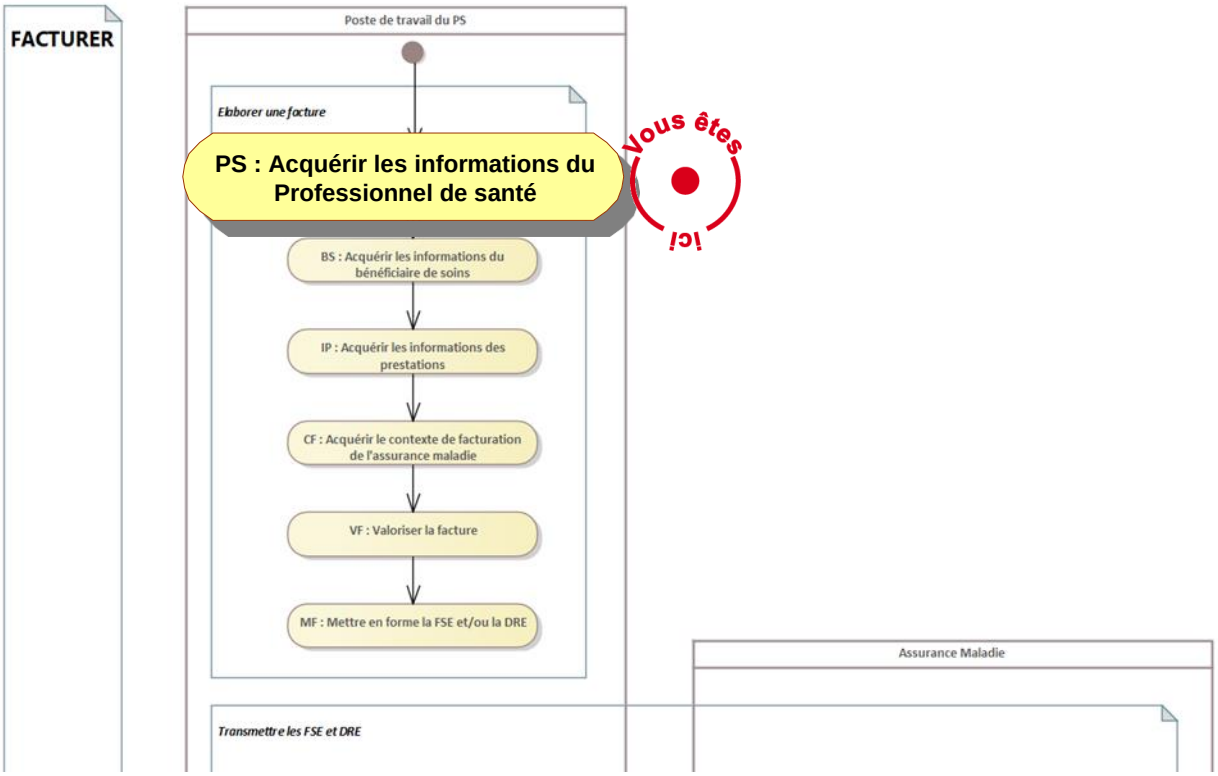


Figure 1: [PS] Positionnement de la fonctionnalité "PS : Acquérir les informations du professionnel de santé"

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

2.2 Description de la fonctionnalité

Vue générale

Nom ***PS Acquérir les informations du professionnel de santé***

Description Cette fonctionnalité consiste à acquérir les informations du professionnel de santé qui élabore une facture : PS libéral, salarié (centre de santé ou hors centre de santé) ou remplaçant. Par défaut, le cas général décrit dans ce document concerne les PS libéraux et les PS salariés hors centre de santé. Le cas des salariés en centre de santé est décrit sous la forme de cas particuliers. Le cas des PS remplaçants est décrit sous la forme de la situation spécifique SP02.

Cette fonctionnalité se déroule de la façon suivante :

- le système de facturation lit et contrôle les données de la carte PS présentée par le professionnel de santé ;

  Les données de la carte PS sont acquises par le lecteur et transmises au progiciel par les Services SESAM-Vitale.

- le système de facturation demande au professionnel de santé de sélectionner une situation d'exercice et de facturation pour laquelle il souhaite réaliser une ou plusieurs factures ;
- à partir des données lues en carte, le système de facturation prépare les informations nécessaires à la facturation ;
- le système de facturation acquiert des informations non contenues en carte en complément de la situation d'exercice et de facturation sélectionnée ;

La gestion des remplaçants est spécifiée dans ces spécifications fonctionnelles générales uniquement pour les familles de professionnels de santé prescripteurs, pharmaciens et auxiliaires médicaux.

Entrées		
Sorties	Domaine fonctionnel professionnel de santé	DF_PS
	Données lecture carte PS	groupes 1 et 2
Situations spécifiques	PS Remplaçant	SP02

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

Le diagramme ci-dessous présente l'enchaînement des opérations de la fonctionnalité « PS : Acquérir les informations du professionnel de santé ».

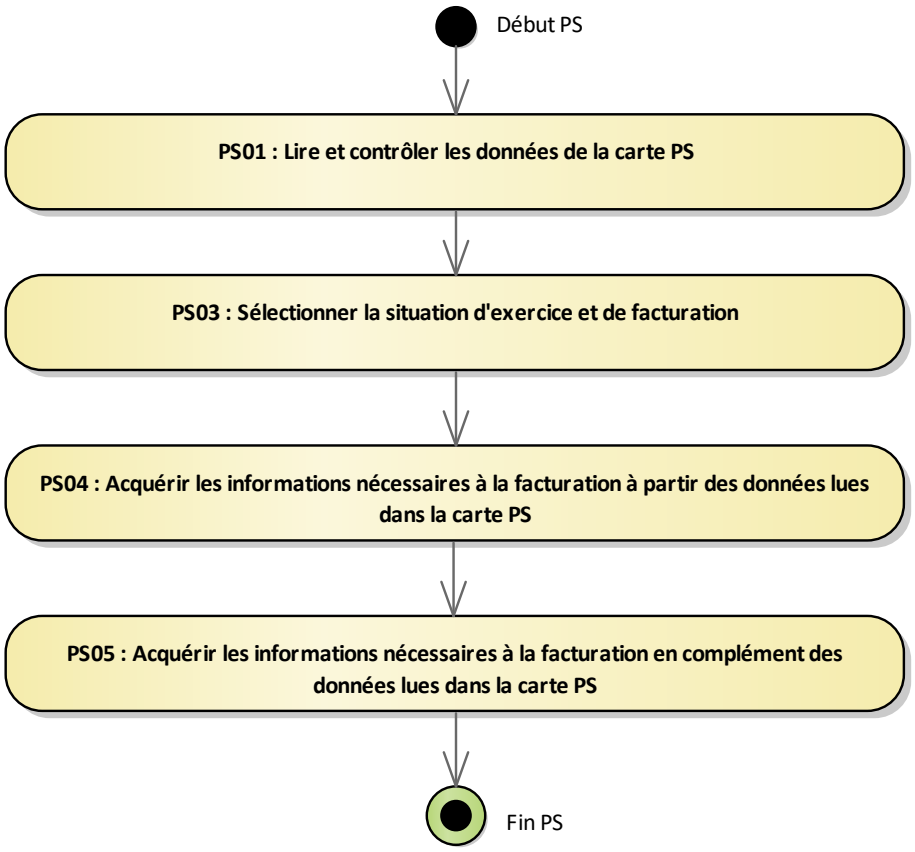


Figure 2: [SC_PS] Enchaînement de la fonctionnalité "PS : Acquérir les informations du professionnel de santé"

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3 Description détaillée de la fonctionnalité « PS : Acquérir les informations du professionnel de santé »

3.1 PS01 : Lire la carte PS

Vue générale

Nom ***PS01 Lire la carte PS***

Description Cette opération consiste à lire les données contenues dans la carte PS.

L'accès aux données de la carte PS nécessite une authentification du professionnel de santé.

Le système de facturation demande au professionnel de santé de saisir son code porteur.

Les données de la carte PS sont lues et leur validité est contrôlée.

Il n'est pas imposé une lecture systématique (c'est-à-dire pour chaque facture électronique) de la Carte de Professionnel de Santé en d'autres termes, le progiciel du Professionnel de Santé peut, par exemple, lire une première fois la carte et réutiliser l'information autant de fois que désiré.

📖 CDC 1.40 4.2.1.2.1

Entrées	Code porteur (saisi par le professionnel de santé)	EF_PS99_01
Sorties		
	Données Lecture carte PS	groupes 1 et 2
Situations spécifiques	Aucune	

Schéma

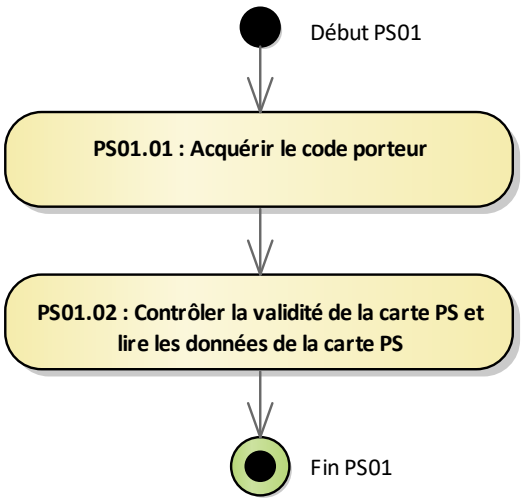


Figure 3: [SC_PS01] Enchaînement des tâches de l'opération "PS01 : Lire la carte PS"

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Préambule

Type de carte

Les types de cartes acceptés par l'application de facturation sont les cartes CPS, CPE/CDE et CPF.

Pour les PS remplaçant, le type de carte sera CPS ou CPF (valeur 00 ou 01),

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

Code porteur

Les principes de saisie du code porteur sont les suivants :

- lorsqu'une Carte de Professionnel de Santé est insérée dans le lecteur et que le code porteur n'a pas encore été saisi par le Professionnel de Santé, alors la première lecture nécessite de fournir ce code porteur,
- tant que cette même Carte de Professionnel de Santé n'est ni retirée du lecteur ni mise hors tension, toute lecture supplémentaire ne nécessite pas une nouvelle saisie du code porteur.

3.1.1 PS01.01 : Acquérir le code porteur

Vue générale

Nom	***PS01.01 Acquérir le code porteur***
Description	Le système de facturation acquiert le code porteur de la carte PS.
Entrées	Code porteur (saisi par le professionnel de santé)
Sorties	Code porteur EF_PS99_01
Situations spécifiques	Aucune

Règles de gestion

[RG_PS001] Acquérir le code porteur (EF_PS99_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le code porteur de la carte de professionnel de santé est fourni au système de facturation par le professionnel de santé par saisie via le système de facturation, quel que soit le lecteur utilisé,

[RG_PS007] Interdire la mémorisation du code porteur

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le code porteur de la Carte de professionnel de santé ne doit pas être mémorisé par le système de facturation.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.1.2 PS01.02 : Contrôler la validité de la carte PS et lire les données de la carte PS

Vue générale

Nom ***PS01.02 Contrôler la validité de la carte PS et lire les données de la carte PS***

Description Le système de facturation utilise les SSV pour lire les données de la carte PS.

Les spécifications d'appel au module de lecture de la carte du Professionnel de Santé sont décrites dans l'annexe 1-A.

Entrées	Code porteur	EF_PS99_01
Sorties	Données « Lecture carte PS »	Groupes 1 et 2
Situations spécifiques	Aucune	

Règles de gestion

[RG_PS002] Lire les données de la carte PS

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La mise en œuvre de cette opération s'appuie sur le module SSV :

cf. A1-A : § «Acquisition des informations de la carte CPX»

Fonction **SSV_LireCartePS**

Cas d'erreurs

[CE1] Dysfonctionnement (technique, arrachage carte, absence carte, carte bloquée)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le lecteur du professionnel de santé ne fonctionne pas ou que sa CPS est absente ou ne fonctionne pas, il est nécessaire de revenir au circuit traditionnel (papier).

[CE2] Code porteur erroné

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation retourne une erreur « code porteur PS faux ».

En cas de code porteur erroné, le Professionnel de santé pourra être averti du nombre d'essais restants.

A ce niveau la saisie peut être abandonnée.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.2 PS03 : Sélectionner la situation d'exercice et de facturation

Vue générale

Nom	***PS03 Sélectionner la situation d'exercice et de facturation***	
Description	Le professionnel de santé sélectionne une situation d'exercice et de facturation à partir des situations d'exercice et de facturation contenues en carte. Remarque : A la demande du Professionnel de Santé, le système de facturation permet de sélectionner une nouvelle situation d'exercice et de facturation à partir des situations d'exercice et de facturation contenues en carte. En cas de remplacement, le PS remplaçant active la situation de remplacement et sélectionne une situation d'exercice et de facturation du PS titulaire parmi les situations paramétrées sur le poste PS.	
Entrées	Situation d'exercice et de facturation (toutes les situations déterminées)	Groupe 2
	Identifiant national lu dans la Carte du Professionnel de Santé du remplaçant	Groupe 1 - donnée 3
	Situation d'exercice et de facturation du PS titulaire (toutes les situations paramétrées sur le poste PS pour les cas de remplacement)	EF_AP20 et EF_AP21
Sorties	Situation d'exercice et de facturation (la situation sélectionnée)	Groupe 2
	Situation d'exercice et de facturation du PS titulaire (la situation sélectionnée en cas de remplacement)	EF_AP20 et EF_AP21
	Top activation de la situation spécifique de PS remplaçant	EF_PS05_01
Situations spécifiques	PS Remplaçant	SP02

Règles de gestion

[RG_PS021] Sélectionner la situation d'exercice et de facturation en carte PS

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où la carte du Professionnel de Santé ne comporte qu'une situation de facturation, celle-ci est sélectionnée par défaut.

Dans le cas où la carte de professionnel de santé possède plusieurs situations d'exercice et de facturation, le système de facturation doit offrir la possibilité au professionnel de santé de sélectionner la situation d'exercice et de facturation appropriée.

[RG_PS044] Activer la situation spécifique de PS remplaçant SP02 (EF_PS05_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation doit permettre au PS d'indiquer qu'il est en situation de remplacement.

Le PS titulaire n'active pas la situation spécifique de PS remplaçant.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

A partir des sessions de remplacement paramétrées sur le poste (couples EF_AP20-EF_AP21), le Professionnel de Santé remplaçant sélectionne, parmi les situations d'exercice et de facturation du Professionnel de Santé titulaire (EF_AP20) auxquelles il est rattaché (EF_AP21_01 = EF_PS05_02), la situation pour laquelle le remplacement doit être effectué). Ce qui active la situation spécifique de PS remplaçant SP02 (EF_PS05_01).

Cas particuliers

[RG_PS044] [CP1] Aucune session de remplacement correspondant au PS remplaçant

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le PS remplaçant n'est rattaché à aucune des sessions de remplacement paramétrées sur le poste, la situation spécifique de PS remplaçant SP02 (EF_PS05_01) ne peut pas être activée.

3.3 PS04 : Acquérir les informations nécessaires à la facturation à partir des données lues dans la carte PS

Vue générale

Nom ***PS04 Préparer les informations nécessaires à la facturation à partir des données lues dans la carte PS***

Description Le système de facturation prépare les informations nécessaires à la facturation à partir des données lues en carte PS.

Dans la situation spécifique du PS remplaçant, le système de facturation prépare les informations nécessaires à la facturation à partir des données paramétrées sur le poste PS. Des données supplémentaires sont alimentées à partir des données lues en carte PS.

Entrées	Données PS lues en carte (groupe 1) et la situation d'exercice et de facturation sélectionnée (groupe 2)	Groupes 1 et 2
	Situation d'exercice et de facturation du PS titulaire(la situation sélectionnée en cas de remplacement)	EF_AP20 et EF_AP21
	Top activation de la situation spécifique de PS remplaçant	EF_PS05_01
Sorties	Carte PS	EF_PS01
	Professionnel de santé	EF_PS02
	Situation d'exercice et de facturation (la situation sélectionnée)	EF_PS03
	Complément d'informations à la situation d'exercice et de facturation	EF_PS04
	Données du PS remplaçant	EF_PS05
Situations spécifiques	PS Remplaçant	SP02

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

[RG_PS022] Déterminer si la carte PS est une carte de centre de santé (EF_PS04_11)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Un centre de santé est caractérisé par la catégorie médicale de valeur 0. Cette information figure en troisième position de l'identifiant de facturation (groupe 2 – donnée 9). (Dans le périmètre actuel de SESAM Vitale, la valeur est égale à zéro uniquement pour les centres de santé).

[RG_PS073] Déterminer si la carte PS est une carte Fournisseur (EF_PS04_17)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Une carte Fournisseur est caractérisée par :

- un code catégorie de valeur « 2 » : cette information figure en troisième position de l'identifiant de facturation (groupe 2 – donnée 9)
- et par une ou plusieurs des informations suivantes du DAM renseignées à la valeur « 99 » ou « 9 », à savoir :

Données CDC	Données DI	Nom de la donnée
2-13	EF_CPS93_13	Code conventionnel
2-14	EF_CPS93_14	Code spécialité
2-15	EF_CPS93_15	Code zone tarifaire
2-16	EF_CPS93_16	Code zone IK

[RG_PS090] Acquérir les informations nécessaires à la facturation à partir des données lues dans la CPS (EF_PS01, EF_PS02 et EF_PS03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les données de la carte PS (EF_PS01) et les données du PS nécessaires à la facturation (EF_PS02) sont reprises à l'identique des données lues dans la CPS. Les données de la situation d'exercice et de facturation (EF_PS03) sont reprises à l'identique de la situation d'exercice et de facturation sélectionnée dans la règle RG_PS021.

Données CDC	Données DI	Données à acquérir		
1-1	EF_CPS91_01	→	EF_PS01_01	Type de carte PS
1-8	EF_CPS91_02	→	EF_PS01_02	Code catégorie de carte PS
1-2	EF_CPS92_01	→	EF_PS02_01	Type d'identification nationale
1-3	EF_CPS92_02	→	EF_PS02_02	Numéro d'identification nationale
1-4	EF_CPS92_03	→	EF_PS02_03	Clé du numéro d'identification nationale
1-5	EF_CPS92_04	→	EF_PS02_04	Code civilité
1-6	EF_CPS92_05	→	EF_PS02_05	Nom d'exercice
1-7	EF_CPS92_06	→	EF_PS02_06	Prénom

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

2-1	EF_CPS93_01	→	EF_PS03_01	Numéro logique de situation d'exercice et de facturation
2-2	EF_CPS93_02	→	EF_PS03_02	Code mode exercice
2-3	EF_CPS93_03	→	EF_PS03_03	Code statut d'exercice
2-4	EF_CPS93_04	→	EF_PS03_04	Code secteur d'activité
2-5	EF_CPS93_05	→	EF_PS03_05	Type d'identification de la structure
2-6	EF_CPS93_06	→	EF_PS03_06	Numéro d'identification de la structure dans laquelle le Professionnel de Santé exerce
2-7	EF_CPS93_07	→	EF_PS03_07	Clé du numéro d'identification de la structure dans laquelle le Professionnel de Santé exerce
2-8	EF_CPS93_08	→	EF_PS03_08	Raison sociale structure
2-9	EF_CPS93_09	→	EF_PS03_09	Numéro d'identification de facturation
2-10	EF_CPS93_10	→	EF_PS03_10	Clé du numéro d'identification de facturation
2-13	EF_CPS93_13	→	EF_PS03_13	Code conventionnel
2-14	EF_CPS93_14	→	EF_PS03_14	Code spécialité
2-15	EF_CPS93_15	→	EF_PS03_15	Code zone tarifaire
2-16	EF_CPS93_16	→	EF_PS03_16	Code zone IK
2-17	EF_CPS93_17	→	EF_PS03_17	Code agrément 1
2-18	EF_CPS93_18	→	EF_PS03_18	Code agrément 2
2-19	EF_CPS93_19	→	EF_PS03_19	Code agrément 3
2-20	EF_CPS93_20	→	EF_PS03_20	Code habilitation à signer une FSE
2-21	EF_CPS93_21	→	EF_PS03_21	Code habilitation à signer un lot

NB : le numéro d'identification du PS remplaçant (groupe 2, donnée 11) et sa clé (groupe 2, donnée 12) ne sont pas utilisées.

Cas particuliers

[CP1] Personnalisation de certaines cartes PS

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Suite aux problèmes rencontrés lors de la personnalisation de certaines cartes CPS Pharmacien, il convient d'appliquer les règles suivantes :

- si le **code Spécialité** (groupe 2 – donnée 14) est valorisé avec la valeur « 00 », il convient de la remplacer par la valeur 50 (*EF_PS03_14*) ;

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[CP2] Centre de santé

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les professionnels de santé salariés d'un centre de santé (EF_PS04_11 positionné) lors de l'élaboration d'une facture, le système de facturation doit utiliser les informations conventionnelles contenues sur le poste de travail (EF_AP36). En effet, les informations, restituées par la lecture de la carte PS ne sont pas significatives. Par exemple, au code conventionnel est attachée la valeur « 9 ».

En aucun cas, ces valeurs non significatives contenues dans la CPS centre de santé ne doivent alimenter les données constitutives de la facture.

Informations conventionnelles contenues sur le poste de travail	**Données à acquérir**		
EF_AP36_02	→	EF_PS03_13	Code conventionnel
Code spécialité du PS salarié exécutant ou à défaut EF_AP36_01	→	EF_PS03_14	Code spécialité
EF_AP36_03	→	EF_PS03_15	Code zone tarifaire
EF_AP36_04	→	EF_PS03_16	Code zone IK

Renseignement	**Données à acquérir**		
Valeur « RPPS »	→	EF_PS02_01	Type d'identification nationale
RPPS du PS salarié réalisant les soins de la facture	→	EF_PS02_02	Numéro d'identification nationale (1)
Clé du RPPS du salarié	→	EF_PS02_03	Clé du numéro d'identification nationale (2)

(1) cette information est obligatoire hormis pour les salariés orthophonistes et orthoptistes (code spécialité = 28 ou 29).

(2) cette information est obligatoire si le champ précédent (EF_PS02_02) est renseigné.

Pour les autres données, cf. cas nominal de la règle.

[CP3] Carte Fournisseur

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

☞ En présence d'une carte Fournisseurs (EF_PS04_17 positionné), lors de l'élaboration d'une facture, le système de facturation doit utiliser les informations conventionnelles contenues sur le poste de travail (EF_AP38). En effet, les informations, restituées par la lecture de la carte PS ne sont pas significatives.

Informations conventionnelles contenues sur le poste de travail	**Données à acquérir**		
EF_AP38_02	→	EF_PS03_13	Code conventionnel

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

EF_AP38_01	→	EF_PS03_14	Code spécialité
EF_AP38_03	→	EF_PS03_15	Code zone tarifaire
EF_AP38_04	→	EF_PS03_16	Code zone IK

Pour les autres données, cf. cas nominal de la règle.

Situations spécifiques

[SP02] Acquérir les informations nécessaires à la facturation à partir des données lues dans la CPS

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Certaines informations restituées par la carte PS ne sont pas significatives.

- Au code conventionnel est attachée la valeur « 9 ».
- Au code spécialité est attachée la valeur « 99 ».
- Au code zone tarifaire est attachée la valeur « 99 ».
- Au code zone IK est attachée la valeur « 09 ».
- Aux codes agrément 1, 2 et 3 est attachée la valeur « 9 ».

Le tableau ci-dessous indique les données à acquérir à partir des données lues dans la CPS du remplaçant ou à partir des données paramétrées sur le poste par le titulaire.

Données CDC	Données DI	Données à acquérir		
1-1	EF_CPS91_01	→	EF_PS01_01	Type de carte PS
1-8	EF_CPS91_02	→	EF_PS01_02	Code catégorie de carte PS
EF_AP20_13		→	EF_PS02_01	Type d'identification nationale
EF_AP20_14		→	EF_PS02_02	Numéro d'identification nationale
EF_AP20_15		→	EF_PS02_03	Clé du numéro d'identification nationale
(donnée non renseignée)		→	EF_PS02_04	Code civilité
(donnée non renseignée)		→	EF_PS02_05	Nom d'exercice
(donnée non renseignée)		→	EF_PS02_06	Prénom
2-1	EF_CPS93_01	→	EF_PS03_01	Numéro logique de situation d'exercice et de facturation
EF_AP20_01		→	EF_PS03_02	Code mode exercice
(donnée non renseignée)		→	EF_PS03_03	Code statut d'exercice
(donnée non renseignée)		→	EF_PS03_04	Code secteur d'activité
EF_AP20_02		→	EF_PS03_05	Type d'identification de la structure
EF_AP20_03		→	EF_PS03_06	Numéro d'identification de la structure dans laquelle le Professionnel de Santé exerce
EF_AP20_03		→	EF_PS03_07	Clé du numéro d'identification de la structure dans laquelle le Professionnel de Santé exerce

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

EF_AP20_04		→	EF_PS03_08	Raison sociale structure
EF_AP20_05		→	EF_PS03_09	Numéro d'identification de facturation
EF_AP20_05		→	EF_PS03_10	Clé du numéro d'identification de facturation
EF_AP20_07		→	EF_PS03_13	Code conventionnel
EF_AP20_06		→	EF_PS03_14	Code spécialité
EF_AP20_08		→	EF_PS03_15	Code zone tarifaire
EF_AP20_09		→	EF_PS03_16	Code zone IK
EF_AP20_10		→	EF_PS03_17	Code agrément 1
EF_AP20_11		→	EF_PS03_18	Code agrément 2
EF_AP20_12		→	EF_PS03_19	Code agrément 3
2-20	EF_CPS93_20	→	EF_PS03_20	Code habilitation à signer une FSE
2-21	EF_CPS93_21	→	EF_PS03_21	Code habilitation à signer un lot

[RG_PS059] Déterminer la condition d'exercice (EF_PS03_22)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Mode d'exercice EF_PS03_02		Condition d'exercice EF_PS03_22
00	→	L
01	→	S
04	→	L
07	→	B

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_PS091] Acquérir les données supplémentaires pour la situation spécifique du PS remplaçant (EF_PS05)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

☞ Cette règle n'a pas de fonctionnement nominal. Elle s'entend uniquement dans la situation spécifique du PS remplaçant (SP02).

Situations spécifiques

[SP02] Acquérir les données supplémentaires pour la situation spécifique du PS remplaçant (EF_PS05)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le tableau ci-dessous indique les données à acquérir.

Données CDC	Données DI		Données à acquérir	
2-9	EF_CPS93_09	→	EF_PS05_02	N° d'identification de facturation
2-10	EF_CPS93_10	→	EF_PS05_03	Clé
1-5	EF_CPS92_04	→	EF_PS05_04	Code civilité
1-6	EF_CPS92_05	→	EF_PS05_05	Nom d'exercice
1-7	EF_CPS92_06	→	EF_PS05_06	Prénom

[RG_PS092] Acquérir le Numéro RPPS du remplaçant (EF_PS05_07) et sa clé (EF_PS05_08)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le type d'identification nationale (groupe 2 – donnée 1) est RPPS, le tableau ci-dessous indique les données à acquérir.

Données CDC	Données DI		Données à acquérir	
1-3	EF_CPS92_02	→	EF_PS05_07	Numéro RPPS du remplaçant
1-4	EF_CPS92_03	→	EF_PS05_08	Clé du numéro RPPS du remplaçant

Sinon, les données ne sont pas renseignées.

[RG_PS093] Contrôler le renseignement du RPPS du PS salarié en Centre de Santé

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans une facture en Centre de Santé (EF_PS04_11 positionné) le numéro d'identification nationale (EF_PS02_02), correspondant au RPPS du PS salarié (cf. RG_PS090[CP2]), doit être obligatoirement renseigné, hormis pour les salariés orthophonistes et orthoptistes (EF_PS03_14 = 28 ou 29).

Dans le cas contraire, le LPS bloque la réalisation de la facture.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.4 PS05 : Acquérir des informations nécessaires à la facturation en complément des données lues dans la carte PS

Vue générale

Nom ***PS05*** ***Acquérir des informations nécessaires à la facturation en complément des données lues dans la carte PS***

Description Cette opération permet de compléter les informations de la situation d'exercice et de facturation sélectionnée.

Certaines données relatives au Professionnel de Santé nécessaires à l'élaboration de la facture non présentes en CPS doivent être renseignées par le Professionnel de Santé au minimum une fois au préalable de la constitution des factures (ces données peuvent être mémorisées sur le poste).

Entrées	Professionnel de santé	EF_PS02
	Situation d'exercice et de facturation (la situation sélectionnée)	EF_PS03
	Complément d'informations à la situation d'exercice et de facturation	EF_PS04
Sorties	Complément d'informations à la situation d'exercice et de facturation	EF_PS04
Situations spécifiques	Aucune	

Règles de gestion

Elles sont décrites dans les tâches PS05.xx.

Il n'y a pas de contrainte d'enchainement entre les tâches PS05.xx.

3.4.1 PS05.01 : Acquérir l'activité du centre de santé

[RG_PS075] Acquérir l'activité du centre de santé (EF_PS04_20)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système acquiert l'activité du centre de santé concernée par la facture. Cette activité prend la valeur « dentaire » lorsque l'activité du centre de santé est dentaire et « hors dentaire » lorsque l'activité du centre de santé est hors dentaire.

3.4.2 PS05.02 : Acquérir des informations en complément de la situation d'exercice et de facturation sélectionnée

[RG_PS026] Acquérir la date de première installation en exercice libéral (EF_PS04_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Préambule

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

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

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

☞ Les médecins généralistes sont définis dans le document GD § 2 Définitions et Abréviations

Règle

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

[RG_PS027] Acquérir la date d'installation en zone sous médicalisée (EF_PS04_02)

PR			AM	LB	PH	FR M	TR CD
M	CD	SF					

Préambule

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

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

Règle

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

[RG_PS037] Acquérir le code contrat tarifaire PS (EF_PS04_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Préambule

Convention médicale 2005

La convention médicale de janvier 2005 a introduit l'option conventionnelle de coordination. Elle était ouverte aux médecins généralistes et spécialistes :

- du secteur I avec droit permanent au dépassement,
- du secteur II.

Le médecin s'engageait alors, pour les patients qui lui étaient adressés par le médecin traitant ou un médecin orienteur, à appliquer pour les actes cliniques, le tarif conventionnel et à limiter les dépassements sur les actes techniques.

Convention médicale 2011

L'avenant 8 à la convention médicale du 26 juillet 2011 introduit la mise en place d'un Contrat d'Accès aux Soins pour les médecins de secteur 2 et les médecins de secteur 1 DP (droit à dépassement permanent) et supprime l'option de coordination.

Ce nouveau contrat a pris effet au 1er décembre 2013.

Certains médecins de secteur 1 peuvent également adhérer au CAS. Pour autant, ils bénéficient automatiquement, du fait de leur secteur conventionnel, des modalités auxquelles le CAS ouvre droits.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Le Contrat d'accès aux Soins couvre a minima ce que prévoyait l'option de coordination du Parcours de Soins.

Convention médicale 2016

Un des objectifs de la convention médicale 2016 est de poursuivre la maîtrise des dépassements d'honoraires et améliorer l'accès aux soins, en rénovant le contrat d'accès aux soins (CAS) mis en place dans le cadre de l'avenant 8 de la précédente convention.

A compter du 1er janvier 2017, l'OPTAM (Option Pratique TArifaire Maitrisée) et l'OPTAM-CO (Option Pratique TArifaire Maitrisée pour les Chirurgiens – Obstétriciens) remplacent le Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

L'OPTAM & l'OPTAM-CO relèvent de principes communs au CAS.

Ces options concernent les médecins de secteur 2 ou secteur 1 DP. Par exception, elles concernent également par dérogation les médecins en secteur 1 installés avant le 1er janvier 2013 et qui disposent des titres pour accéder au secteur 2.

L'OPTAM peut être souscrite par tous les médecins quelle que soit leur spécialité.

L'OPTAM CO peut être souscrite par les médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou une spécialité de gynécologie obstétrique ayant réalisé au moins 50 actes sous l'appellation "acte de chirurgie" ou "acte d'obstétrique" dans l'année précédente. Pour les médecins nouveaux installés ce seuil ne s'applique pas.

Règle

Certaines règles spécifiques de ces SFG dépendent de l'adhésion du Professionnel de Santé à un contrat tarifaire avec l'AMO : soit l'OPTAM soit l'OPTAM-CO. Cette information ne figure pas sur la carte PS. En conséquence, il est nécessaire que le système de facturation la connaisse, et pour cela il convient de prévoir la saisie de cette information par le professionnel de santé *au minimum une fois préalablement à la constitution des factures.*

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

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

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

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

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

[RG_PS038] Acquérir le code caisse de rattachement (EF_PS04_04)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_PS040] Acquérir le top d'activation du Tiers-Payant AMO dans le cas général (EF_PS04_19)	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

Le système de facturation doit permettre au Professionnel de Santé (hors pharmacies, centres de santé, fournisseurs et laboratoires), par paramétrage, d'activer ou de désactiver le TP AMO (positionnement à OUI ou NON du « top d'activation du Tiers-Payant AMO dans le cas général (EF_PS04_19) »)

Ce paramétrage s'applique uniquement :

- dans le cas général (cf. [RG_CF_R29])
  - ce paramétrage ne s'applique pas dans les autres situations de Tiers-Payant AMO (ALD, Maternité, Accident du travail, C2S, etc.)
- entre le 01/01/2017 et le 31/12/2099 (période durant laquelle le Professionnel de Santé aura la possibilité, et non l'obligation, de pratiquer le TP AMO

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

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

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

3.4.3 PS05.03 : Acquérir des informations en complément de la situation d'exercice et de facturation sélectionnée pour les centres de santé

[RG_PS024] Acquérir le code catégorie centre de santé (EF_PS04_06)	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

Il s'agit du code catégorie attribué par la DDASS ou la DRASS.

Cette information est fournie par le professionnel de santé.

[RG_PS025] Acquérir le code statut juridique centre de santé (EF_PS04_07)	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

Il s'agit du code statut juridique attribué par la DDASS ou la DRASS.

Cette information est fournie par le professionnel de santé lorsque celui-ci a connaissance de ce numéro.

[RG_PS028] Acquérir le code mode de fixation des tarifs centre de santé (EF_PS04_08)	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

Il s'agit du code mode de fixation des tarifs attribué par la DDASS ou la DRASS pour les centres de santé.

Cette information est fournie par le professionnel de santé lorsque celui-ci a connaissance de ce numéro.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.4.4 PS05.04 : Déterminer la famille et la sous-famille du professionnel de santé

[RG_PS029] Déterminer le code famille du professionnel de santé (EF_PS04_09)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le code famille du Professionnel de Santé (EF_PS04_09) est déterminé en fonction du code spécialité (EF_PS03_14).

La liste des spécialités des Professionnels de Santé composant chaque « famille » est donnée dans le tableau suivant :

Famille PRESCRIPTEURS (code PR)			
• Médecine générale	01	• Médecin biologiste	38
• Anesthésie-Réanimation	02	• Chirurgie orthopédique et Traumatologie	41
• Cardiologie	03	• Endocrinologie et Métabolisme	42
• Chirurgie Générale	04	• Chirurgie infantile	43
• Dermatologie et Vénérologie	05	• Chirurgie maxillo-faciale	44
• Radiologie	06	• Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	45
• Gynécologie obstétrique	07	• Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	46
• Gastro-Entérologie et Hépatologie	08	• Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire	47
• Médecine interne	09	• Chirurgie vasculaire	48
• Neuro-Chirurgie	10	• Chirurgie viscérale et digestive	49
• Oto-Rhino-Laryngologie	11	• Chirurgien dentiste spécialité C.O.	53
• Pédiatrie	12	• Chirurgien dentiste spécialité M.B.D.	54
• Pneumologie	13	• Chirurgie orale	69
• Rhumatologie	14	• Gynécologie médicale	70
• Ophtalmologie	15	• Hématologie	71
• Chirurgie urologique	16	• Médecine nucléaire	72
• Neuro-Psychiatrie	17	• Oncologie médicale	73
• Stomatologie	18	• Oncologie radiothérapique	74
• Chirurgien dentiste	19	• Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	75
• Réanimation médicale	20	• Radiothérapie	76
• Sage-femme	21	• Obstétrique	77
• Spécialiste en médecine générale avec diplôme	22	• Génétique médicale	78
• Spécialiste en médecine générale reconnu par l'ordre	23	• Obstétrique et Gynécologie médicale	79
• Rééducation Réadaptation fonctionnelle	31	• Santé publique et médecine sociale	80
• Neurologie	32	• Médecine des Maladies infectieuses et tropicales	81
• Psychiatrie	33	• Médecine légale et expertises médicales	82
• Gériatrie	34	• Médecine d'urgence	83
• Néphrologie	35	• Médecine vasculaire	84
• Chirurgie Dentaire spécialité O.D.F	36	• Allergologie	85
• Anatomo-Cyto-Pathologie	37		

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Famille AUXILIAIRES-MEDICAUX (code AM)	
• Infirmier(e)	24
• Infirmier exerçant en Pratiques Avancées (IPA)	86
• Masseur-kinésithérapeute	26
• Pédicure-podologue	27
• Orthophoniste	28
• Orthoptiste	29
Famille PHARMACIENS (code PH)	
• Pharmacie d'officine	50
• Pharmacie Mutualiste	51
Famille LABORATOIRES (code LB)	
• Laboratoire d'analyses médicales	30
• Laboratoire polyvalent	39
• Laboratoire d'anatomo-cytopathologique	40
Famille FOURNISSEURS (code FR)	
• Prestataire de type société	60
• Prestataire artisan	61
• Prestataire de type association	62
• Orthésiste	63
• Opticien	64
• Audioprothésiste	65
• Epithésiste Oculariste	66
• Podo-orthésiste	67
• Orthoprothésiste	68

[RG_PS030] Déterminer le code sous-famille du professionnel de santé appartenant à la famille des prescripteurs (EF_PS04_10)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les codes sous-familles sont les suivants :

Sous-famille (code et libellé) (EF_PS04_10)		Code spécialité (EF_PS03_14)
CD	Chirurgien-dentiste	19, 36, 53,54
IF	Infirmiers	24, 86
MK	Masseur Kinésithérapeute	26
PE	Pédicure Podologue	27
OO	Orthophoniste	28
OY	Orthoptiste	29
SF	Sage-femme	21
M	Médecin	Autres codes spécialité de la famille prescripteurs

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_PS031] Contrôler le code famille du professionnel de santé salarié d'un centre de santé

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les factures relevant des Centres de Santé sont régies par les règles des familles « Prescripteurs », « Auxiliaires Médicaux » et « Laboratoires ».

Donc, pour un Professionnel de Santé salarié d'un centre de santé, le code famille du Professionnel de Santé (EF_PS04_09) doit être différent de « Pharmacien » et « Fournisseurs ».

3.4.5 PS05.05 : Déterminer les informations relatives à l'utilisation d'un OCT

[RG_PS049] Déterminer le code utilisation des services d'un OCT (EF_PS04_12)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le PS renseigne ce code pour indiquer s'il utilise ou non les services d'un OCT.

[RG_PS050] Déterminer le code autorisation éclatement FSE (EF_PS04_13)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le PS indique s'il autorise ou non l'éclatement de la FSE par l'OCT. Ce code reflète le type de contrat que le PS a souscrit auprès d'un organisme complémentaire.

[RG_PS053] Déterminer le code d'agrégation des lots (EF_PS04_14)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le PS indique son choix de transmettre un fichier regroupant tous ses lots ou pas.

3.4.6 PS05.06 : Déterminer les informations pour l'émission du fichier

[RG_PS051] Acquérir le type de l'émetteur du fichier (EF_PS04_15)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce champ est renseigné à :

- 'TP' : Professionnel de Santé autre qu'Etablissement,
- 'TE' : Etablissement ou Centre de soins,
- 'SI' : Autres émetteurs (sociétés civiles professionnels, sociétés civiles de moyens).

[RG_PS052] Déterminer le numéro de l'émetteur du fichier (EF_PS04_16)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si type d'émetteur (EF_PS04_15) est 'TP' ou 'TE', ce champ est renseigné à partir de la concaténation du numéro d'identification de facturation (EF_PS03_09) et de la clé du numéro d'identification de facturation (EF_PS03_10).

Si type d'émetteur (EF_PS04_15) est 'SI', ce champ est renseigné à partir du numéro attribué par l'organisme d'Assurance Maladie Obligatoire pour identifier la société civile (de préférence n° SIRET) (EF_PS03_06).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

4 Synthèse des entités fonctionnelles

Ce chapitre décrit les entités fonctionnelles mises en œuvre dans le cadre de la fonctionnalité « Acquérir les informations du professionnel de santé ».

4.1 DF_PS : Modèle de données du domaine fonctionnel « Professionnel de santé »

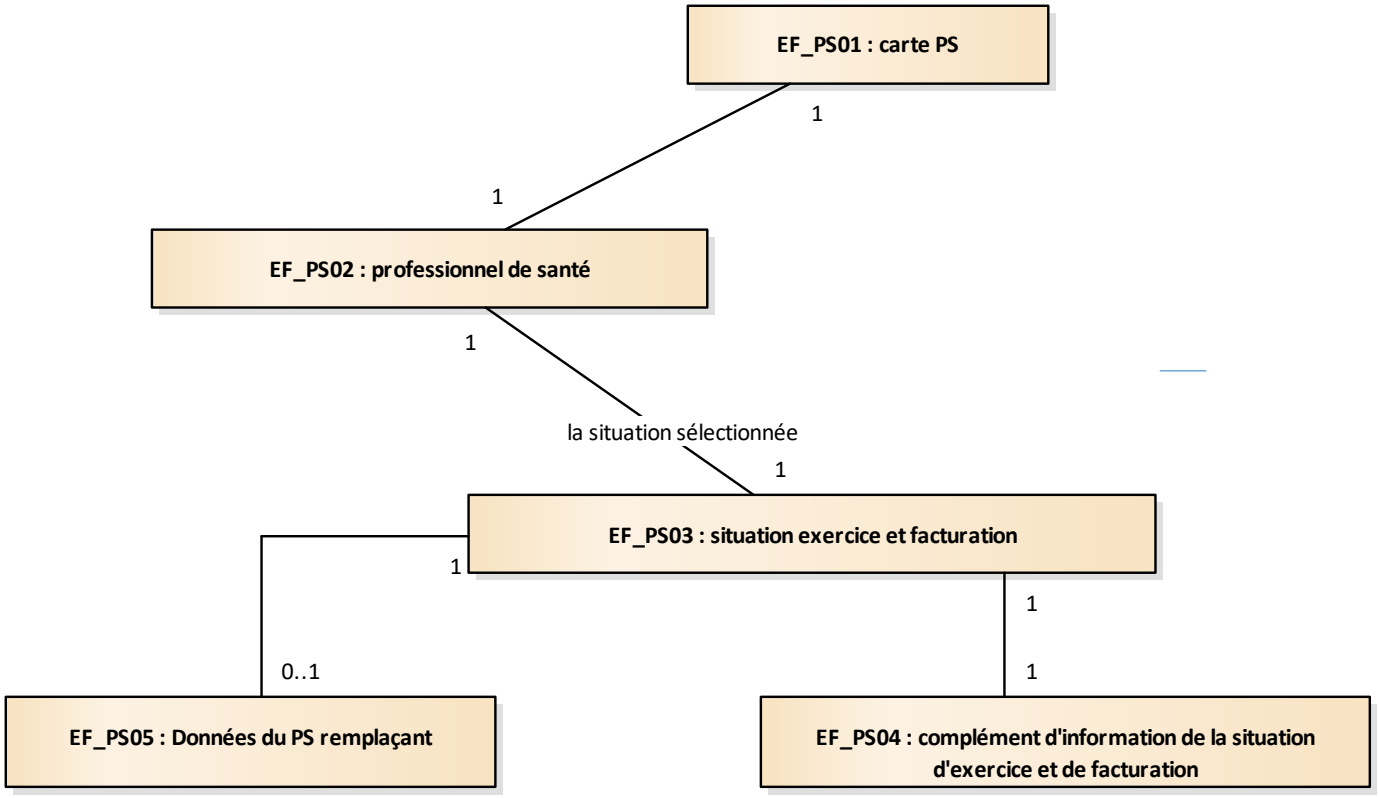


Figure 4 : [DF_PS] Modèle de données du domaine fonctionnel « Professionnel de santé »

Les informations acquises sont :

- Les informations liées à la carte (EF_PS01) ;
- Les informations d'identification du professionnel de santé (professionnel de santé – EF_PS02) ;
- Les informations liées à la situation d'exercice et de facturation au regard de l'assurance maladie sélectionnée par le Professionnel de Santé (EF_PS03) ;
- Des informations acquises en complément de la situation d'exercice et de facturation sélectionnées. Il s'agit notamment d'informations relatives à la détermination du parcours de soins (EF_PS04)
- Les informations relatives au PS remplaçant (EF_PS05).

Dans le cadre d'une situation spécifique de PS remplaçant (SP02), certaines informations acquises correspondent à celles du Professionnel de Santé Titulaire (EF_AP20 et EF_AP21).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

4.2 Liste des données fonctionnelles pour chaque entité

N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG_PS
EF_PS01	Carte PS	01	Type de carte PS	C	090
		02	Code catégorie de carte PS	C	090
EF_PS02	Professionnel de santé	01	Type d'identification nationale	C	090
		02	Numéro d'identification nationale	N	090
		03	Clé du numéro d'identification nationale	K	090
		04	Code civilité	C	090
		05	Nom d'exercice	L	090
		06	Prénom	L	090
EF_PS03	Situation d'exercice et de facturation	01	Numéro logique de situation d'exercice et de facturation	N	090
		02	Code mode exercice	C	090
		03	Code statut d'exercice	C	090
		04	Code secteur d'activité	C	090
		05	Type d'identification de la structure	C	090
		06	Numéro d'identification de la structure dans laquelle le Professionnel de Santé exerce	N	090
		07	Clé du numéro d'identification de la structure dans laquelle le Professionnel de Santé exerce	K	090
		08	Raison sociale structure	L	090
		09	Numéro d'identification de facturation	N	090
		10	Clé du numéro d'identification de facturation	K	090
		13	Code conventionnel	C	090
		14	Code spécialité	C	090
		15	Code zone tarifaire	C	090
		16	Code zone IK	C	090
		17	Code agrément 1	C	090
		18	Code agrément 2	C	090
		19	Code agrément 3	C	090
		20	Code habilitation à signer une FSE	C	090
		21	Code habilitation à signer un lot	C	090
		22	Condition d'exercice	C	059

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG_PS
EF_PS04	Complément d'informations à la situation d'exercice et de facturation	01	Date de première installation en exercice libéral	D	026
		02	Date d'installation en zone sous médicalisée	D	027
		03	Contrat tarifaire PS	C	037
		04	Code caisse de rattachement	C	038
		06	Code catégorie centre de santé	C	024
		07	Code statut juridique centre de santé	C	025
		08	Code mode de fixation des tarifs centre de santé	C	028
		09	Code famille du professionnel de santé	C	029
		10	Code sous-famille du professionnel de santé	C	030
		11	Code indicateur centre de santé	C	022
		12	Code utilisation des services d'un OCT	C	049
		13	Code autorisation éclatement FSE	C	050
		14	Code d'agrégation des lots	C	053
		15	Type émetteur	C	051
		16	Numéro émetteur	N	052
		17	Code indicateur Carte Fournisseur	C	073
		19	Top d'activation du Tiers-Payant AMO dans le cas général	B	040
		20	Top activité du centre de santé	B	075
EF_PS05	Données du PS remplaçant	01	Top activation de la situation spécifique de PS remplaçant	B	044
		02	N° d'identification de facturation	L	091
		03	Clé	K	091
		04	Code civilité	C	091
		05	Nom d'exercice	L	091
		06	Prénom	L	091
		07	Numéro RPPS du remplaçant	N	092
		08	Clé du numéro RPPS du remplaçant	K	092
EF_PS99	Données intermédiaires	01	Code porteur	C	001

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

5 Liste des règles de gestion

PS Acquérir les informations du professionnel de santé 6

PS01 Lire la carte PS 8

PS01.01 Acquérir le code porteur 9

[RG_PS001] Acquérir le code porteur (EF_PS99_01) 9
[RG_PS007] Interdire la mémorisation du code porteur 9

PS01.02 Contrôler la validité de la carte PS et lire les données de la carte PS 10

[RG_PS002] Lire les données de la carte PS 10
[CE1] Dysfonctionnement (technique, arrachage carte, absence carte, carte bloquée) 10
[CE2] Code porteur erroné 10

PS03 Sélectionner la situation d'exercice et de facturation 11

[RG_PS021] Sélectionner la situation d'exercice et de facturation en carte PS 11
[RG_PS044] Activer la situation spécifique de PS remplaçant SP02 (EF_PS05_01) 11
[RG_PS044] [CP1] Aucune session de remplacement correspondant au PS remplaçant 12

PS04 Préparer les informations nécessaires à la facturation à partir des données lues dans la carte PS 12

[RG_PS022] Déterminer si la carte PS est une carte de centre de santé (EF_PS04_11) 13
[RG_PS073] Déterminer si la carte PS est une carte Fournisseur (EF_PS04_17) 13
[RG_PS090] Acquérir les informations nécessaires à la facturation à partir des données lues dans la CPS (EF_PS01, EF_PS02 et EF_PS03) 13
[CP1] Personnalisation de certaines cartes PS 14
[CP2] Centre de santé 15
[CP3] Carte Fournisseur 15
[SP02] Acquérir les informations nécessaires à la facturation à partir des données lues dans la CPS 16
[RG_PS059] Déterminer la condition d'exercice (EF_PS03_22) 17
[RG_PS091] Acquérir les données supplémentaires pour la situation spécifique du PS remplaçant (EF_PS05) 18
[SP02] Acquérir les données supplémentaires pour la situation spécifique du PS remplaçant (EF_PS05) 18
[RG_PS092] Acquérir le Numéro RPPS du remplaçant (EF_PS05_07) et sa clé (EF_PS05_08) 18
[RG_PS093] Contrôler le renseignement du RPPS du PS salarié en Centre de Santé 18

PS05 Acquérir des informations nécessaires à la facturation en complément des données lues dans la carte PS 19

[RG_PS075] Acquérir l'activité du centre de santé (EF_PS04_20) 19
[RG_PS026] Acquérir la date de première installation en exercice libéral (EF_PS04_01) 19
[RG_PS027] Acquérir la date d'installation en zone sous médicalisée (EF_PS04_02) 20
[RG_PS037] Acquérir le code contrat tarifaire PS (EF_PS04_03) 20
[RG_PS038] Acquérir le code caisse de rattachement (EF_PS04_04) 21
[RG_PS040] Acquérir le top d'activation du Tiers-Payant AMO dans le cas général (EF_PS04_19) 22
[RG_PS024] Acquérir le code catégorie centre de santé (EF_PS04_06) 22
[RG_PS025] Acquérir le code statut juridique centre de santé (EF_PS04_07) 22

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_PS028] Acquérir le code mode de fixation des tarifs centre de santé (EF_PS04_08) 22
[RG_PS029] Déterminer le code famille du professionnel de santé (EF_PS04_09) 23
[RG_PS030] Déterminer le code sous-famille du professionnel de santé appartenant à la famille des prescripteurs (EF_PS04_10) 24
[RG_PS031] Contrôler le code famille du professionnel de santé salarié d'un centre de santé..25
[RG_PS049] Déterminer le code utilisation des services d'un OCT (EF_PS04_12).....25
[RG_PS050] Déterminer le code autorisation éclatement FSE (EF_PS04_13).....25
[RG_PS053] Déterminer le code d'agrégation des lots (EF_PS04_14).....25
[RG_PS051] Acquérir le type de l'émetteur du fichier (EF_PS04_15) 25
[RG_PS052] Déterminer le numéro de l'émetteur du fichier (EF_PS04_16) 25

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Facturation SESAM-Vitale

Ordonnance du 24/04/1996

1.40 - Addendum 8

Mai 2024

BS : Acquérir les informations du bénéficiaire de soins

Version	8.50
Date	05/01/2024
Référence	FACT-SFG-012
Information	RESTREINTE
Etat	PROVISOIRE

GIE SESAM-Vitale
5, boulevard Marie et Alexandre Oyon – 72 019 LE MANS Cedex 2
www.sesam-vitale.fr

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.

TABLE DES MATIERES

1 INTRODUCTION DOCUMENTAIRE 5

1.1 OBJET DU DOCUMENT 5
1.2 POSITIONNEMENT DU DOCUMENT 5
1.3 CONTENU DU DOCUMENT 5
1.4 DOCUMENTS DE REFERENCE 5
1.5 ABREVIATIONS 5
1.6 DEFINITIONS 5
1.7 GUIDE DE LECTURE 5

2 PRESENTATION DE LA FONCTIONNALITE « BS : ACQUERIR LES INFORMATIONS DU BENEFICIAIRE DE SOINS » 6

2.1 POSITIONNEMENT DE LA FONCTIONNALITE 6
2.2 DESCRIPTION DE LA FONCTIONNALITE 6

3 DESCRIPTION DETAILLEE DE LA FONCTIONNALITE "BS: ACQUERIR LES INFORMATIONS DU BENEFICIAIRE DE SOINS" 10

3.1 BS01 : LIRE ET CONTROLER LA CARTE VITALE 10
3.1.1 BS01.02 : Lire les données de la carte Vitale 10
3.1.2 BS01.03 : Contrôler l'opposabilité de la carte Vitale 13
3.1.3 BS01.04 : Acquérir les informations relatives à la carte Vitale 14
3.2 BS02 : AFFICHER LES INFORMATIONS LUES EN CARTE VITALE 16
3.3 BS03 : SELECTIONNER LE BENEFICIAIRE DE SOINS 18
3.4 BS05 : ACQUERIR LES DROITS EN LIGNE AVEC LE SERVICE ADRI 19
3.5 BS11 : ACQUERIR LE CONTEXTE APCV 24
3.6 BS12 : AFFICHER LES INFORMATIONS DU CONTEXTE APCV 27
3.7 BS20 : DETERMINER LES INFORMATIONS D'IDENTIFICATION ET DE DROITS AMO A RETENIR POUR LA FACTURE 28
3.8 BS21 : DETERMINER LES INFORMATIONS DE DROITS COMPLEMENTAIRES A RETENIR POUR LA FACTURE 36
3.8.1 BS21.01 : Déterminer le support de droits complémentaires et le mode de gestion complémentaire 38
3.8.2 BS21.02 : Déterminer les informations de droits complémentaires à retenir 43
3.8.2.1 BS21.02.01 Acquérir les informations en Gestion unique 45
3.8.2.2 BS21.02.02 Acquérir les informations en Gestion Séparée 52
3.9 BS22 : IDENTIFIER UNE SITUATION SPECIFIQUE POUR LE BENEFICIAIRE 56
3.10 BS30 : DETERMINER LE SUPPORT VITALE 66

4 SP11 : SITUATION SPECIFIQUE DE FORÇAGE 67

4.1 IMPACT BS20 : DETERMINER LES INFORMATIONS D'IDENTIFICATION ET DE DROITS AMO A RETENIR POUR LA FACTURE 67
4.2 IMPACT BS21.02.02 : ACQUERIR LES INFORMATIONS EN GESTION UNIQUE 67
4.3 IMPACT BS22 : IDENTIFIER UNE SITUATION PARTICULIERE A PARTIR DE LA CARTE VITALE 68

5 DF_BS : DOMAINE D'INFORMATIONS « BENEFICIAIRE DE SOINS » 69

5.1 MODELE DE DONNEES 69
5.2 LISTE DES DONNEES FONCTIONNELLES POUR CHAQUE ENTITE 70

6 LISTE DES REGLES DE GESTION 75

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

SCHEMAS DES OPERATIONS

FIGURE 1: [BS] POSITIONNEMENT DE LA FONCTIONNALITE "BS : ACQUERIR LES INFORMATIONS DU BENEFICIAIRE DE SOINS"....6
FIGURE 2 : [SC_BS] ENCHAINEMENT GENERAL DE LA FONCTIONNALITE « BS : ACQUERIR LES INFORMATIONS DU BENEFICIAIRE DE SOINS » 9
FIGURE 3 : [SC_BS21] ENCHAINEMENT DES TACHES DE L'OPERATION « BS21 : DETERMINER LES INFORMATIONS DE DROITS COMPLEMENTAIRES A RETENIR POUR LA FACTURE »....37
FIGURE 4 : [SC_BS21.01] ENCHAINEMENT DES TACHES DE L'OPERATION « BS21.01 : DETERMINER LE SUPPORT DE DROITS COMPLEMENTAIRES ET LE MODE DE GESTION COMPLEMENTAIRE »....39
FIGURE 5 : [SC_BS21.02] ENCHAINEMENT DES TACHES DE L'OPERATION « BS21.02 : DETERMINER LES INFORMATIONS DE DROITS COMPLEMENTAIRES A RETENIR »....44
FIGURE 6 : [SC_BS21.02.01] ENCHAINEMENT DES TACHES DE L'OPERATION « BS21.02.02: ACQUERIR LES INFORMATIONS EN GESTION UNIQUE » 46
FIGURE 7 : [SC_BS21.02.02] ENCHAINEMENT DES TACHES DE L'OPERATION « BS21.02 .03: ACQUERIR LES INFORMATIONS EN GESTION SEPAREE »....53
FIGURE 8 : [SC_BS22] ENCHAINEMENT DES TACHES DE L'OPERATION « BS22 : IDENTIFIER UNE SITUATION SPECIFIQUE POUR LE BENEFICIAIRE » 58
FIGURE 9 : [DF_BS] MODELE DE DONNEES « BENEFICIAIRE DE SOINS » : DF_BS....69

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

1 Introduction documentaire

1.1 Objet du document

Ce document a pour but de spécifier la fonctionnalité « BS : Acquérir les informations du bénéficiaire de soins ».

1.2 Positionnement du document

Cf. Guide de lecture référencé FACT-SFG-009.

1.3 Contenu du document

Outre ce chapitre introductif, ce document de spécifications fonctionnelles générales comporte les chapitres suivants :

- le chapitre 2 présente la fonctionnalité « BS : Acquérir les informations du bénéficiaire de soins »,
- les chapitres 3 décrit les opérations de la fonctionnalité « BS : Acquérir les informations du bénéficiaire de soins »,
- le chapitre 4 décrit les situations spécifiques,
- les chapitres 5 et 6 contiennent la synthèse des entités fonctionnelles utilisées.
- le chapitre 7 contient la liste des règles de gestion.

1.4 Documents de référence

Cf. Les documents de référence sont présentés dans le document GD (référencé FACT-SFG-009) du package documentaire.

1.5 Abréviations

Cf. Les abréviations utilisées sont répertoriées dans le document GD (référencé FACT-SFG-009) du package documentaire.

1.6 Définitions

Cf. Les définitions sont répertoriées dans le document GD (référencé FACT-SFG-009) du package documentaire.

1.7 Guide de lecture

Cf. document spécifique GD (référencé FACT-SFG-009).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

2 Présentation de la fonctionnalité « BS : Acquérir les informations du bénéficiaire de soins »

2.1 Positionnement de la fonctionnalité

L'objet de cette fonctionnalité est d'acquérir l'ensemble des informations du bénéficiaire de soins, nécessaires à la facturation pour la couverture par les régimes de bases et les organismes d'assurance maladie complémentaire.

Les supports utilisés pour l'acquisition des informations d'identification du bénéficiaire de soins et de son organisme gestionnaire sont les supports Vitale, à savoir :

- la carte Vitale ou l'ApCV

Les supports utilisés pour l'acquisition des données de droits du bénéficiaire de soins sont les suivants :

- la carte Vitale ou le service ADRi,
- éventuellement d'autres supports de droits peuvent être utilisés pour compléter les informations acquises (attestation papier complémentaire, attestation C2S …).

Cette fonctionnalité est réalisée en amont du processus de facturation.

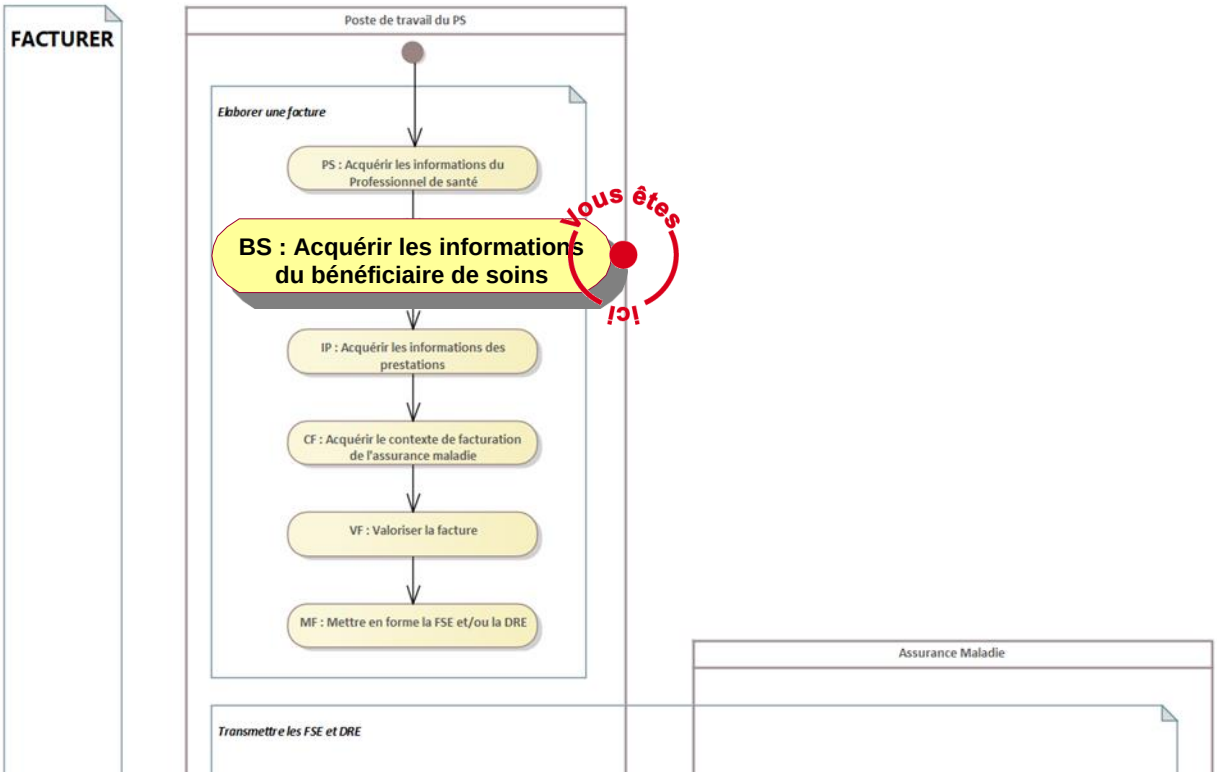


Figure 1: [BS] Positionnement de la fonctionnalité "BS : Acquérir les informations du bénéficiaire de soins"

2.2 Description de la fonctionnalité

Vue générale

Nom BS : Acquérir les informations du bénéficiaire de soins

Description L'objet de cette fonctionnalité est d'acquérir l'ensemble des informations du bénéficiaire de soins nécessaires pour le renseignement de la facture au regard de la part obligatoire et de la part complémentaire.

Les informations liées au bénéficiaire des soins concernent les informations :

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- de sa situation au regard du remboursement de la part obligatoire,
- de sa situation au regard du remboursement de la part complémentaire.

Ces informations sont acquises à partir des données :

- de la carte Vitale,
- de l'ApCV,
- du service ADRi,
- ou de tout autre support éventuel.

Informations d'identification du bénéficiaire de soins

Les informations d'identification du bénéficiaire de soins sont acquises à partir d'un des supports Vitale : la carte Vitale ou l'ApCV.

La mixité des données entre supports Vitale n'est pas autorisée. Un changement de support Vitale entraine la perte des données précédemment acquises et la reprise du processus d'acquisition des informations du bénéficiaire de soins.

Informations de droits du bénéficiaire de soins

Les informations de droits du bénéficiaire de soins sont acquises à partir :

- d'un des supports de droits AMO suivants : la carte Vitale ou le service ADRi,
- ou de tout autre support de droits présentés par le bénéficiaire.

Acquisition des informations en fonction des supports

En présence d'une carte Vitale, l'acquisition des informations du bénéficiaire de soins est réalisée par :

- une lecture et des contrôles des données de la carte Vitale,
- une préparation des informations d'identification et de droits nécessaires à la facturation à partir des données lues en carte (constitution de la liste des bénéficiaires, des périodes de droits AMO, des périodes de code couverture, des droits complémentaires… par bénéficiaire),
- une sélection du bénéficiaire de soins pour lequel la facture va être élaborée.
- l'acquisition des informations de droits peut également être réalisée à partir des données issues du service ADRi, pour le bénéficiaire de soins précédemment sélectionné.

En présence d'une ApCV, l'acquisition des informations du bénéficiaire de soins est réalisée par :

- une demande d'authentification de l'utilisateur de l'ApCV pour acquérir un contexte ApCV,
- une préparation des informations d'identification nécessaires à la facturation (constitution de la liste des bénéficiaires),
- une sélection du bénéficiaire de soins pour lequel la facture va être élaborée,
- un appel systématique au service ADRi pour le bénéficiaire de soins sélectionné afin d'acquérir ses informations de droits.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Si le professionnel de santé dispose d'autres supports de droits présentés par le bénéficiaire de soins, le système de facturation doit permettre l'acquisition des données de tout autre support de droits présenté par le bénéficiaire des soins.

Supports de droits

Les supports possibles de droits utilisés sont :

- la carte Vitale justifiant des droits au remboursement de la part obligatoire, de la part complémentaire ou à des droits à des situations spécifiques (C2S, Sortants de C2S …),
- le service ADRi justifiant également des droits au remboursement de la part obligatoire, de la part complémentaire en gestion unique ou à des droits à des situations spécifiques (C2S, Sortants de C2S …),
- le support de l'organisme d'assurance maladie complémentaire justifiant des droits au remboursement de la part complémentaire.

D'autres supports de droits peuvent être présentés par le bénéficiaire de soins :

- l'attestation de droit AMO,
- l'attestation papier justifiant des droits à la C2S délivrée par l'AMO ou par un organisme complémentaire,
- l'attestation papier justifiant des droits de sortant de C2S délivrée par l'AMO,
- l'attestation papier justifiant des droits au tiers payant sur la part obligatoire délivrée par l'AMO dans le cadre du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire,
- l'attestation papier AME.

Entrées	Aucune	
Sorties	Domaine fonctionnel « bénéficiaire de soins »	DF_BS
Situations spécifiques	Remplaçant	SP02
	Absence de support Vitale	SP09

L'absence de support Vitale peut être liée :

- à un dysfonctionnement lors de la lecture de la carte Vitale ;
- à un dysfonctionnement lors des échanges avec l'ApCV et/ou le SI-ApCV ;
- ou à la présentation par le bénéficiaire de soins d'autres supports qu'un support Vitale.

Schéma

Le schéma ci-dessous présente l'enchaînement des opérations de la fonctionnalité « Acquérir les informations du bénéficiaire de soins ».

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

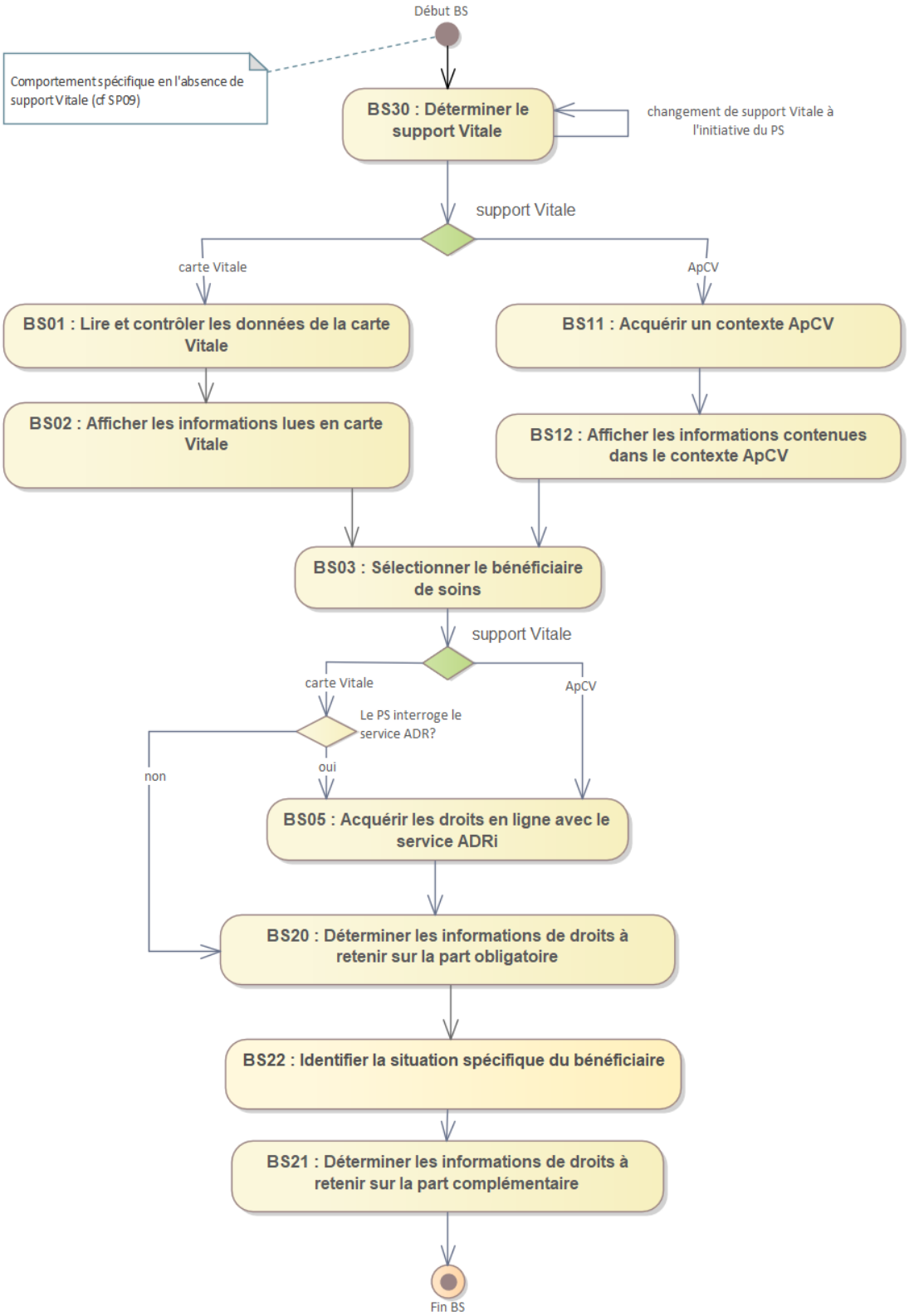


Figure 2 : [SC_BS] Enchaînement général de la fonctionnalité « BS : Acquérir les informations du bénéficiaire de soins »

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3 Description détaillée de la fonctionnalité "BS: Acquérir les informations du bénéficiaire de soins"

3.1 BS01 : Lire et contrôler la carte Vitale

Vue générale

Nom ***BS01*** ***Lire et contrôler la carte Vitale***

Description Cette opération a pour but de lire et contrôler les données de la carte Vitale.

Entrées Aucune

Sorties Données de sortie de la fonction **SSV_LireDroits Vitale** Groupes 101 à 109

Situations spécifiques Aucune

3.1.1 BS01.02 : Lire les données de la carte Vitale

Vue générale

Nom ***BS01.02*** ***Lire les données de la carte Vitale***

Description Cette tâche a pour but de lire l'ensemble des données présentes dans la carte Vitale.

Ces informations concernent des informations relatives

- au support carte Vitale,
- à l'assuré,
- à l'organisme AMO dont dépendent les bénéficiaires de soins,
- aux organismes d'assurance maladie complémentaire dont dépendent les bénéficiaires de soins,
- aux droits des bénéficiaires de soins au regard de la part complémentaire.

Le système de facturation dispose des données contenues dans la carte Vitale si :

- la carte est valide physiquement,
- la carte Vitale 2 est authentifiée (sauf lecteurs SV <3.30),
- la date de validité de la carte n'est pas dépassée,
- la carte du professionnel de santé est autorisée à accéder aux exonérations du ticket modérateur AMO,
- les types (réel ou test) de cartes PS et Vitale sont compatibles

L'acquisition des données de la carte Vitale est décrite dans la documentation spécifique SFG-CVIT.

Entrées Type de carte PS EF_PS01_01

Sorties Date de consultation **EF_BS01_93**

Sorties Données de la carte Vitale Groupes 101 à 109

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Situations spécifiques Aucune

Règles de gestion

[RG_BS307] Déterminer la date de consultation des données de la carte Vitale (EF_BS01_93)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

L'acquisition des informations du bénéficiaire de soins s'effectue en fonction de la date de consultation des données de la carte Vitale.
Cette date est systématiquement égale à « 01/06/2012 ».

[RG_BS010] Lire les données de la carte Vitale

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation lit les données de la carte à la date de consultation (EF_BS01_93).

via le module SSV :

cf. A1-A : Fonction **SSV_LireDroitsVitale**

Cas particuliers

[CP1] Carte PS ne permettant pas de lire les données de droits AMO (EF_BS01_96)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les informations relatives à une exonération de ticket modérateur issue du support de droits AMO ne sont accessibles qu'aux professionnels de santé, aux établissements de santé et aux agents des organismes gérant un régime de base d'assurance maladie i.e. aux cartes de type (EF_PS01_01) : CPS, CPE, CDE, CPF . Dans tous les cas, la présence d'une carte du professionnel de santé (CPS, CPE, CDE, CPF) accessible (code porteur valide, validité de la carte PS et carte présente dans le lecteur) est nécessaire pour avoir accès à l'ensemble des informations de la carte Vitale.

Si l'un des contrôles sur la Carte du Professionnel de Santé n'est pas correct, la lecture de la carte Vitale ne retourne que les informations de type administratif. Les informations « périodes de code couverture » ne sont pas remontées. Et une information d'avertissement (warning) expliquant la nature de l'erreur sur la Carte PS est remontée.

Les données de la carte Vitale ne sont pas utilisables pour réaliser une facture électronique.

Il est nécessaire :

- soit de revenir au circuit papier traditionnel,
- soit de réaliser un flux électronique en mode SESAM-Vitale dégradé.

Cas d'erreurs

[CE1] Carte Vitale absente ou inexploitable

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si la lecture de la carte remonte une erreur de type « carte est absente » ou « ne fonctionne pas », il est nécessaire :

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- soit de revenir au circuit papier traditionnel,
- soit de réaliser un flux électronique en mode SESAM-Vitale dégradé.

Ce qui correspond à poursuivre le processus de facturation en l'absence de support Vitale : le top validité physique de la carte Vitale (EF_BS01_99) est positionné à « faux »

[CE2] Carte Vitale non valide (EF_BS01_99)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas d'erreur de type « Carte Vitale non valide », il est nécessaire :

- soit de revenir au circuit papier traditionnel,
- soit de réaliser un flux électronique en mode SESAM-Vitale dégradé.

Ce qui correspond à poursuivre le processus de facturation en l'absence de support Vitale : le top validité physique de la carte Vitale (EF_BS01_99) est positionné à « faux »

[CE3] Carte Vitale non authentifiée

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Lorsque la carte Vitale est détectée non authentique, le progiciel informe le Professionnel de Santé que la carte n'est pas authentifiée. La réalisation d'une FSE et/ou d'une DRE est impossible à partir des données de cette carte Vitale.

Ce qui correspond à poursuivre le processus de facturation en l'absence de support Vitale (SP09) : le top validité physique de la carte Vitale (EF_BS01_99) est positionné à « faux »

[CE4] Cartes incompatibles (EF_BS01_95)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

➢ ***Carte CPS :***

Il existe deux types de carte :

- des cartes CPS de Test pour la mise au point des logiciels, les tests d'intégration et l'agrément des logiciels,
- des cartes CPS Réelles pour le déploiement.

➢ ***Carte VITALE :***

Il existe trois types de cartes :

- des cartes VITALE de Test (Visuel totalement blanc) pour la mise au point et l'agrément des logiciels,
- des cartes VITALE de Démonstration (Visuel vert et mot DEMONSTRATION en diagonale) pour les démonstrations,
- des cartes VITALE Réelles (Visuel vert) pour le déploiement.

➢ ***Compatibilité***

Pour des raisons de sécurité, seuls les couples de cartes suivants sont autorisés :

- (Carte CPS de Test) et (Carte Vitale de Test ou de Démonstration),
- (Carte CPS Réelle) et (Carte Vitale Réelle ou de Démonstration).

Dans le cas contraire une erreur de type « Cartes incompatibles » est remontée.
Ce qui correspond à poursuivre le processus de facturation en l'absence de support Vitale (SP09) : le top compatibilité de la carte Vitale (EF_BS01_95) est positionné à « faux »

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[CE5] Date de fin de validité dépassée (EF_BS01_97)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La carte Vitale peut posséder une date de fin de validité (à partir de la carte Vitale V1Ter). Si cette date de fin de validité de la carte Vitale est dépassée, aucune information de la carte n'est restituée.

Si la date de validité est dépassée, il est nécessaire :

- soit de revenir au circuit papier traditionnel,
- soit de réaliser un flux électronique en mode SESAM-Vitale dégradé.

Ce qui correspond à poursuivre le processus de facturation en l'absence de support Vitale : le top validité de la date de la carte Vitale (EF_BS01_97) est positionné à « faux »

3.1.2 BS01.03 : Contrôler l'opposabilité de la carte Vitale

Vue générale

Nom ***BS01.03 Contrôler l'opposabilité de la carte Vitale***

Description Cette tâche a pour but de contrôler si la carte Vitale est en opposition.

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'utiliser la liste d'opposition conformément aux règles décrites à l'annexe 6 du Cahier des Charges.

Entrées	Date du jour	EF_AP43_01
	Catégorie de carte PS	EF_PS01_02
	Type de carte issu de la zone de fabrication de la carte Vitale	
	Numéro de série de la carte Vitale	EF_BS01_01
	Liste d'opposition - LOI	DF_LOI
	Code activation des services de la liste d'opposition par le PS	EF_AP33_01
Sorties	Top non opposition de la carte Vitale	EF_BS01_98
Situations spécifiques	Aucune	

Règles de gestion

[RG_BS008] Contrôler l'opposition de la carte Vitale (EF_BS01_98)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation contrôle si la carte Vitale est en opposition en fonction de l'activation ou non des services de la liste d'opposition par le Professionnel de Santé (EF_AP33_01).

Ce contrôle concerne actuellement la famille des Professionnels de Santé dont la convention précise l'utilisation de cette liste (à savoir les Pharmaciens).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

La mise en œuvre, éventuellement avec des procédures adaptées, de la liste d'opposition, pourra être étendue, à terme, à l'ensemble des Professionnels de Santé en fonction de conventions signées avec l'Assurance Maladie.

La carte est considérée en opposition dès lors que son n° de série est présent dans la liste d'opposition (DF_LOI).

Cas d'erreur

[CE1] Carte Vitale en opposition

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation, pour les spécialités concernées, doit avertir le Professionnel de Santé dès lors que le n° de série de la carte est présent dans la liste d'opposition et empêcher la création de flux vers les organismes d'Assurance Maladie.

3.1.3 BS01.04 : Acquérir les informations relatives à la carte Vitale

Vue générale

Nom ***BS01.04 Acquérir les informations relatives à la carte Vitale***

Description Cette tâche a pour but d'acquérir les informations relatives au support carte Vitale présenté.

Entrées Données de la carte Vitale — Groupes 101 à 109

Sorties Carte Vitale — **EF_BS01**

Situations spécifiques Aucune

Règles de gestion

[RG_BS352] Acquérir les informations du support carte Vitale (EF_BS01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le tableau ci-dessous récapitule la correspondance de l'entité fonctionnelle « carte Vitale » (EF_BS01) avec les données contenues dans la carte Vitale.

			Carte Vitale	
Référence	**Libellé**		**Référence #CDC**	**Référence #DI**
EF_BS01_01	numéro de série de la carte Vitale	←	101-2	EF_CVIT19_01
EF_BS01_02	type de carte Vitale	←	101-1	EF_CVIT60_01
EF_BS01_04	date de fin de validité de la carte Vitale	←	101-3	EF_CVIT53_01

[RG_BS350] Déterminer le type d'identification du porteur de la carte (EF_BS01_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Cette donnée correspond au champ 7 du groupe 101

☞ La donnée type d'identification du porteur de la carte (EF_BS01_03) n'est pas utilisée par le système de facturation (RUF).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.2 BS02 : Afficher les informations lues en carte Vitale

Vue générale

Nom BS02 ***Afficher les informations contenues dans la carte Vitale***

Description Cette opération permet au professionnel de santé de visualiser les données contenues dans la carte Vitale.

Entrées **Données de sortie de BS01** **DF_CVIT**

Ou

Groupes 101 à 109

Sorties Aucune

Situations spécifiques Aucune

Règles de gestion

[RG_BS324] Afficher le contenu de la carte Vitale

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Après lecture de la carte Vitale, le système de facturation doit permettre de visualiser le contenu de la carte Vitale.

Cas particuliers

[CP1] Affichage des données en zone Mutuelle et en zone AMC

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

L'affichage des données en zone Mutuelle et des données en zone AMC de la carte Vitale n'est effectué que si aucune information en provenance d'un autre support AMC n'a été acquise auparavant, hors base patient.

- Zone mutuelle : groupes 107 et 108
- Zone AMC : groupe 109

[CP2] Affichage de la donnée « zone commune complémentaire »

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La « zone commune complémentaire » n'est pas affichable.

- Zone commune complémentaire : groupe 111

Consigne

Il est interdit au progiciel de développer un affichage ou un traitement de la zone RUF. En effet, seuls les modules SESAM-Vitale sont habilités à traiter l'information.

[RG_BS003] Afficher l'information d'existence de la déclaration d'un médecin traitant

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

L'information de la déclaration d'un médecin traitant par le bénéficiaire des soins est éventuellement présente sur la carte Vitale.

Dès lors que cette information est connue en carte, le système de facturation doit l'afficher au professionnel de santé.

- Déclaration d'un médecin traitant : 1er caractère de la donnée 104-18

[RG_BS314] Ne pas afficher les périodes de droits AMO

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les périodes de droits ne doivent pas être affichées. Le système de facturation doit afficher « Droits AMO ouverts » quelles que soient les périodes de droits AMO lues en carte Vitale.

Les périodes de droits AMO correspondent aux groupes 105 remontés par SSV.

Cas particuliers

[CP1] Pas de période de droit AMO déterminée

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En l'absence de période de droit AMO déterminée, aucune période de droits n'est remontée.

[CP2] Bénéficiaire de soins affilié à la CFE

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les bénéficiaires de soins adhérents à la Caisse des Français à l'Etranger (code régime = 17), le système de facturation doit afficher « droits AMO du xx/xx/20xx au xx/xx/20xx ».

Le code régime correspond à la donnée 101-10

La date de début des droits AMO correspond à la donnée 105-1

La date de fin de droits AMO correspond à la donnée 105-2

Situations spécifiques

[SP08.2] Mettre à disposition les périodes de droits AMO

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Affichage des périodes de droits AMO

Pour les bénéficiaires « autre situation de migrant », le système de facturation doit afficher « droits AMO du xx/xx/20xx au xx/xx/20xx ».

Un bénéficiaire « autre situation de migrant » est identifié par son code régime égal à 01 et par un code gestion Assurance Maladie de l'assuré égal à 70.

Le code régime correspond à la donnée 101-10

Le code gestion Assurance Maladie de l'assuré correspond à la donnée 101-13

La date de début des droits AMO correspond à la donnée 105-1

La date de fin de droits AMO correspond à la donnée 105-2

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.3 BS03 : Sélectionner le bénéficiaire de soins

Vue générale

Nom ***BS03 Sélectionner le bénéficiaire de soins***

Description Cette opération permet au professionnel de santé de sélectionner le bénéficiaire de soins à partir des données du support Vitale.

Entrées	Données de la carte Vitale (sortie de BS01)	**EF_CVITxx**
	Données du contexte ApCV (sortie de BS11)	**EF_ApCVsi01_Sxx**
Sorties	Données du Bénéficiaire de soins sélectionné	**EF_CVITxx[BS choisi]** ou **DF_ApCVsi01_xx[BS choisi]**

Situations spécifiques Aucune

Règles de gestion

[RG_BS016] Sélectionner le bénéficiaire de soins

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé sélectionne le bénéficiaire de soins, si nécessaire (cas d'une carte familiale comportant plusieurs bénéficiaires), pour lequel la facture est élaborée.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.4 BS05 : Acquérir les droits en ligne avec le service ADRi

Vue générale

Nom BS05 ***Acquérir les droits en ligne avec le service ADRi***

Description Le système de facturation du Professionnel de Santé peut acquérir les informations relatives au bénéficiaire des soins à partir du service ADRi, après avoir sélectionné le bénéficiaire des soins issu de la lecture du support Vitale (cf BS03 : sélectionner le bénéficiaire de soins).

Les informations ainsi collectées sont :

- L'identification du bénéficiaire,
- L'organisme d'Assurance Maladie Obligatoire dont dépend le bénéficiaire,
- Les droits du bénéficiaire à l'Assurance Maladie Obligatoire,
- Les droits du bénéficiaire à l'Assurance Maladie Complémentaire en gestion unique.

L'acquisition des données de la réponse du service ADRi est décrite dans la documentation spécifique du service.

En présence d'une ApCV, l'appel à ADRi est obligatoire et fait sans assertion Vitale. En cas d'échec de l'appel ADRi, le système de facturation doit proposer de reprendre le processus d'acquisition des informations du bénéficiaire de soins.

De façon générale, les données issues d'ADRi sont isofonctionnelles à celles d'une lecture de la carte Vitale

Entrées	Date de consultation ADRi	EF_CF02_01
	Données de la carte Vitale (données de sortie de BS03)	**DF_CVIT[BS choisi]**
	Contexte ApCV (données de sortie de BS03)	**DF_ApCVsi01_xx[BS choisi]**
Sorties	Données issues du service ADRi	**DF_ADR**
Situations spécifiques	Absence de support Vitale	SP09

Règles de gestion

[RG_BS625] Récupérer les données de droits du bénéficiaire de soins issues du service ADRi

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

L'acquisition des informations du bénéficiaire s'effectue à partir du service ADRi.

Données transmises

Les données utilisées pour l'appel ADRi sont issues :

- soit de la carte Vitale lue précédemment (cf. BS01)
- soit du contexte ApCV (cf. BS11)
- soit à défaut saisies par le PS (cf. RG_BS625[SP09]).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Libellé	Issue de la carte Vitale		Issue du contexte ApCV		WS_ADR
	#CDC	#DI			
NIR du Bénéficiaire	104-9	EF_CVIT07_01	EF_ApCVsi01_S05.01 ou EF_ApCVsi01_S08.01	→	EF_ADR002.04
Clé du NIR du bénéficiaire	104-10	EF_CVIT61_01	EF_ApCVsi01_S05.02 ou EF_ApCVsi01_S08.02		EF_ADR002.05
Date de naissance du bénéficiaire	104-12	EF_CVIT62_05	EF_ApCVsi01_S06.04	→	EF_ADR002.07
NIR de l'assuré	101-8	EF_CVIT62_01	EF_ApCVsi01_S07.02	→	EF_ADR003.01
Clé du NIR de l'assuré	101-9	EF_CVIT62_02	EF_ApCVsi01_S07.03		EF_ADR003.02
Rang du bénéficiaire	104-13	EF_CVIT02_07	EF_ApCVsi01_S06.05	→	EF_ADR009.01
Date de consultation ADRi	EF_CF02_01			→	EF_ADR025.01

Données reçues

Les données reçues constituent le domaine fonctionnel désigné DF_ADR dans les présentes SFG du système de facturation.

Ce domaine est composé des entités fonctionnelles :

- EF_ADR002 à ADR009 données d'identification du Bénéficiaire des soins
- EF_ADR013 à EF_ADR016 données de droits complémentaires
- EF_ADR022 ; EF_ADR024 ; données de droits d'AT

Nom SFG	Référence ADR
Bénéficiaire de soins	
Nom usuel	EF_ADR_002.01
Nom de famille	EF_ADR_002.02
Prénom	EF_ADR_002.03
NIR certifié	EF_ADR_002.04
Clé du NIR certifié	EF_ADR_002.05
Date de certification du NIR	EF_ADR_002.06
Date de naissance	EF_ADR_002.07
Adresse ligne 1	EF_ADR_002.08
Adresse ligne 2	EF_ADR_002.09
Adresse ligne 3	EF_ADR_002.10

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Nom SFG	Référence ADR
Adresse ligne 4	EF_ADR_002.11
Adresse ligne 5	EF_ADR_002.12
Assuré	
NIR de l'assuré	EF_ADR_003.01
Clé du NIR de l'assuré	EF_ADR_003.02
Code gestion assurance maladie de l'assuré	EF_ADR_003.03
Code indicateur Alsace-Moselle	RG_BS621
Code support de droits AMO	EF_ADR_004.04
Organisme AMO	
Code régime	EF_ADR_004.01
Code caisse gestionnaire	EF_ADR_004.02
Code centre gestionnaire	EF_ADR_004.03
Service AMO famille	
Code service AMO famille	EF_ADR_005.01
Date de début du service AMO famille	EF_ADR_005.02
Date de fin du service AMO famille	EF_ADR_005.03
Période droits AMO	
Date de début de droits AMO	EF_ADR_006.01
Date de fin de droits AMO	EF_ADR_006.02
Période de code couverture	
Code ALD	EF_ADR_007.01
Code situation	EF_ADR_007.02
Date de début de couverture	EF_ADR_007.03
Date de fin de couverture	EF_ADR_007.04
Situation particulière du bénéficiaire de soins	
Code situation particulière	EF_ADR_008.01
Date de début de la situation particulière	EF_ADR_008.02
Date de fin de la situation particulière	EF_ADR_008.03
Code support situation particulière	EF_ADR_008.04
Situation administrative AMO	
Rang de naissance	EF_ADR_009.01
Code qualité	EF_ADR_009.02
Code existence d'une déclaration de médecin traitant	EF_ADR_009.03
Contrat complémentaire en gestion unique	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Nom SFG	Référence ADR
identifiant de l'organisme complémentaire en gestion unique (MUTNUM)	EF_ADR_013.01
Code garanties effectives	EF_ADR_013.02
Code indicateur de traitement en gestion unique	EF_ADR_013.03
Type de service associés contrat en gestion unique	EF_ADR_013.04
Identifiant de l'organisme complémentaire	EF_ADR_013.05
Code aiguillage STS en gestion unique	EF_ADR_013.06
Période de droits en gestion unique	
Date de début des droits en gestion unique	EF_ADR_014.01
Date de fin des droits en gestion unique	EF_ADR_014.02
Garanties complémentaires en gestion unique	
Codes garanties complémentaire en gestion unique	EF_ADR_015.01
Organisme complémentaire	
Code mode de gestion complémentaire	EF_ADR_016.01
Code support de droits complémentaire	EF_ADR_016.02
Accident du travail déclaré	
Identifiant accident du travail	EF_ADR_022.01
Code gestion assurance accident du travail déclaré	EF_ADR_022.02
Code support accident du travail déclaré	EF_ADR_004.04
Informations liées à l'organisme par défaut	
Code support accident du travail – organisme par défaut	EF_ADR_004.04

Situations spécifiques

[SP09] Appeler ADRi en l'absence de support Vitale

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En l'absence de support Vitale, le système de facturation peut appeler le service ADRi.

Les données d'appel au service sont renseignées par le Professionnel de santé.

[RG_BS904] Appeler systématiquement ADRi en présence d'une ApCV (EF_BS25.01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le support Vitale (EF_BS25_01) déterminé est l'ApCV, alors dès lors que le Professionnel de Santé sélectionne le bénéficiaire des soins, le système de facturation réalise un appel systématique au service ADRi (sans assertion Vitale).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Cas d'erreurs

[CE1] ADRi est en échec en présence d'une ApCV

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où ADRi ne retourne pas de réponse alors que le support Vitale est l'ApCV, le Professionnel de Santé ne peut pas finaliser la facture et est invité à reprendre le processus d'acquisition des informations du bénéficiaire de soins à partir d'un autre support.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.5 BS11 : Acquérir le contexte ApCV

Vue générale

Nom BS11 ***Acquérir un contexte ApCV***

Description Le système de facturation du Professionnel de Santé peut acquérir un contexte ApCV.

Un contexte ApCV est créé suite à la demande d'authentification de l'utilisateur d'une ApCV et contient :

- les données de la carte Vitale individuelle dématérialisée permettant d'identifier l'utilisateur de l'ApCV;
- éventuellement les données des cartes Vitale individuelles dématérialisées permettant d'identifier d'autres bénéficiaires;
- les informations relatives à l'ApCV.

La fonction « Demander l'authentification de l'utilisateur de l'ApCV » (et la gestion du cycle de vie du contexte ApCV) est décrite dans la documentation spécifique (ApCV-SFG-004).

Entrées Aucune

Sorties Données du contexte ApCV **EF_ApCVsi01_Sxx**

ApCV EF_BS26

Situations spécifiques Aucune

Règles de gestion

[RG_BS902] Acquérir le contexte ApCV issu de la demande d'authentification de l'utilisateur de l'ApCV

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

L'acquisition du contexte ApCV s'effectue à partir de la fonction « Demander l'authentification de l'utilisateur de l'ApCV » décrite dans les SFG ApCV-SFG-004.

Les données du contexte ApCV nécessaires au processus de facturation sont :

- ***d'une part les données relatives au support ApCV :***

Libellé	Rérérence SFG		Contexte ApCV
Numéro de série de l'ApCV	EF_BS26_01	←	EF_ApCVsi01_S03.01
Type de l'ApCV	EF_BS26_02	←	EF_ApCVsi01_S03.02
Identifiant du contexte ApCV	EF_BS26_03	←	EF_ApCVsi01_S30.01
Date de fin de validité du contexte ApCV	EF_BS26_04	←	EF_ApCVsi01_S30.03

- ***d'autre part, pour chaque carte Vitale individuelle dématérialisée, les données relatives au bénéficiaire de cette carte :***

Libellé	Contexte ApCV
Nom usuel	EF_ApCVsi01_S06.01

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Libellé	Contexte ApCV
Nom de famille	EF_ApCVsi01_S06.02
Prénom	EF_ApCVsi01_S06.03
NIR certifié	EF_ApCVsi01_S05.01 ou EF_ApCVsi01_S08.01
Clé du NIR certifié	EF_ApCVsi01_S05.02 ou EF_ApCVsi01_S08.02
Date de naissance	EF_ApCVsi01_S06.04
NIR de l'assuré	EF_ApCVsi01_S07.01
Clé du NIR de l'assuré	EF_ApCVsi01_S07.02
Code régime	EF_ApCVsi01_S09.01
Code caisse gestionnaire	EF_ApCVsi01_S09.02
Code centre gestionnaire	EF_ApCVsi01_S09.03
Rang de naissance	EF_ApCVsi01_S06.05
Qualité	EF_ApCVsi01_S06.06

☞ La validité d'un contexte ApCV vaut pour contrôle d'opposition de l'ApCV liée à ce contexte ApCV. Le progiciel n'utilise pas la liste d'opposition à l'usage d'une ApCV.

Cas particuliers

[CP1] ApCV de démonstration

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Une ApCV de démonstration utilisée pour les flux à destination du serveur du GIE SESAM-Vitale, est caractérisée par les informations suivantes :

- code régime (EF_ApCVsi01_S09.01) égal à 01,
- caisse gestionnaire (EF_ApCVsi01_S09.02) égale à 999 ;
- centre gestionnaire (EF_ApCVsi01_S09.03) égal 9999
- et donc type de l'ApCV (EF_BS26_02) à « D ».

[CP2] ApCV de test

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Une ApCV de test utilisée pour les flux à destination du serveur du CNDA, est caractérisée par les informations suivantes :

- caisse gestionnaire (EF_ApCVsi01_S09.02) égale à 349 ;
- ou centre gestionnaire (EF_ApCVsi01_S09.03) égal 0349
- et donc type de l'ApCV (EF_BS26_02) à « T ».

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Cas d'erreur

[CE1] Erreur lors de la récupération du contexte ApCV

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où la demande d'authentification de l'utilisateur de l'ApCV ne retourne pas de réponse ou que la réponse est une erreur, le système de facturation en informe le Professionnel de Santé et l'invite à reprendre le processus d'acquisition des informations du bénéficiaire de soins à partir d'un autre support.

[CE2] Date de fin de validité du contexte ApCV

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Lorsque la date de fin de validité du contexte ApCV est dépassée, le progiciel informe le Professionnel de Santé qu'il ne peut pas réaliser de flux signé avec l'ApCV et lui propose une nouvelle demande d'authentification de l'utilisateur de l'ApCV.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.6 BS12 : Afficher les informations du contexte ApCV

Vue générale

Nom BS12 ***Afficher les informations du contexte ApCV***

Description Cette opération permet au Professionnel de Santé de visualiser les informations relatives à l'ApCV et les informations d'identification des bénéficiaires inscrites dans chaque carte Vitale individuelle dématérialisée.

Entrées Données du contexte ApCV **EF_ApCVsi01_xx**

ApCV EF_BS26

Sorties Aucune

Situations spécifiques Aucune

Règles de gestion

[RG_BS903] Afficher les informations contenues dans le contexte ApCV

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation doit permettre au Professionnel de Santé de visualiser le contexte ApCV reçu, à savoir :

- les informations relatives à l'ApCV (EF_BS26)
- et les informations d'identification des bénéficiaires inscrites dans chaque carte Vitale individuelle dématérialisée, à savoir :
  - les informations du bénéficiaire des soins (EF_ApCVsi01_06) ;
  - les informations de l'assuré (EF_ApCVsi01_07) ;
  - l'organisme AMO (EF_ApCVsi01_09) ;

Le progiciel affiche par ailleurs que les données proviennent de l'ApCV.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

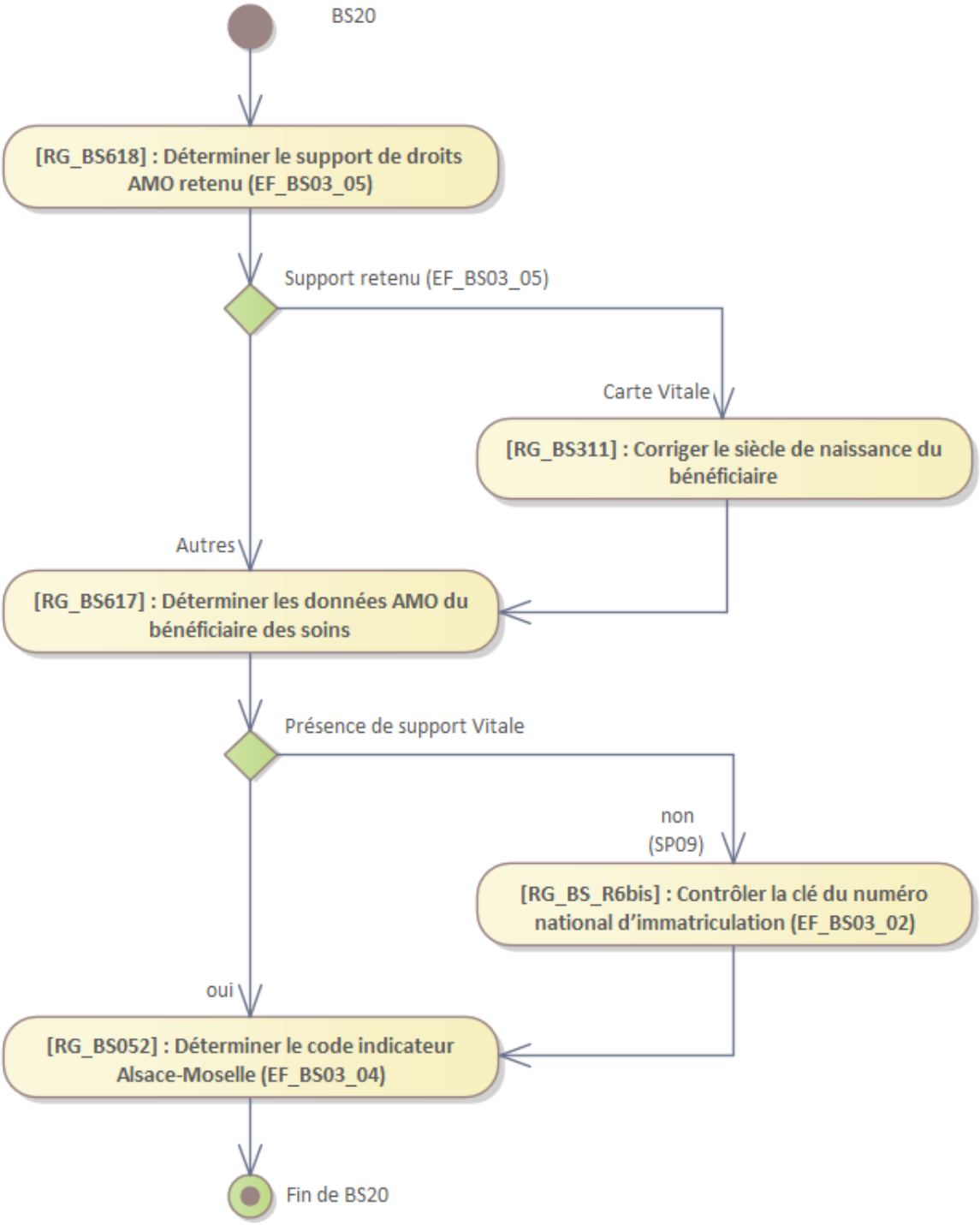
3.7 BS20 : Déterminer les informations d'identification et de droits AMO à retenir pour la facture

Vue générale

Nom BS20	***Déterminer les informations de droits à retenir sur pour la part obligatoire***	
Description	Cette opération a pour but de déterminer les informations d'identification et de droits à retenir pour la facture sur la part obligatoire. Cette opération consiste à préparer les informations d'identification AMO nécessaires à la facturation à partir des données acquises sur les différents supports utilisés. On entend par droits AMO les données de droits nécessaires à la détermination de la part obligatoire dans la facture.	
Entrées	Données acquises via la carte Vitale (données de sortie de BS01.02)	**DF_CVIT**
	Bénéficiaire sélectionné (en sortie de BS03)	
	Données acquises via ADRi (données de sortie de BS05)	**DF_ADR**
Sorties	Code support de droits AMO	EF_BS03_05
	Bénéficiaire de soins	EF_BS02
	Assuré	EF_BS03
	Organisme AMO (maladie)	EF_BS04
	Service AMO famille	EF_BS05
	Période droits AMO	EF_BS06
	Période de code couverture	EF_BS07
	Situation administrative AMO	EF_BS09
	Organisme AMO (organisme AT par défaut)	EF_BS04**[AT par défaut]**
	Organisme AMO (AT1 déclaré)	EF_BS04**[AT1 déclaré]**
	Organisme AMO (AT déclaré)	EF_BS04**[AT2 déclaré]**
	Accident du travail déclaré	EF_BS22
Situations spécifiques	Absence de support Vitale pour une FSE anonymisée	SP09-SP10

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma



Règles de gestion

[RG_BS618] Déterminer le support de droits AMO retenu (EF_BS03_05)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation doit mémoriser le type de support de droits présenté par l'assuré (carte Vitale, service ADRi, attestation papier...) et utilisé pour la facture.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Le système de facturation permet de déterminer le type de support de droits AMO retenu pour l'acquisition des données obligatoires.

Les supports possibles sont :

- Carte Vitale
- Service ADRi
- Attestation papier (cf. SP09 ci-après)

Les données concernant la part obligatoire issues du service ADRi prévalent sur les informations issues de la carte Vitale et de tout autre support de droits (hors réglementation AT).

Situations spécifiques

[SP09] Déterminer le support de droits AMO retenu (EF_BS03_05) en l'absence de support Vitale

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En l'absence de carte Vitale et d'utilisation du service ADRi, le professionnel de santé peut utiliser une attestation papier de droits AMO.

Le système de facturation indique le support de droits utilisé pour acquérir les informations pour le renseignement de la part maladie.

Les supports possibles sont :

- L'assuré n'a présenté aucune pièce justificative,
- L'attestation de droits AMO.

Remarque : dans le cadre du bon d'examen, le cahier des charges Editeur spécifie que des informations relatives au renseignement de la part obligatoire doivent être disponibles. Le cahier des charges Editeur ne spécifie pas le bon d'examen comme support de droits AMO dans le flux.

[RG_BS311] Corriger le siècle de naissance du bénéficiaire

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle s'applique uniquement si le support de droits AMO retenu (EF_BS03_05) est la carte Vitale.

Dans ce cas, le système de facturation doit permettre au professionnel de santé de modifier le siècle de naissance par rapport à la date de naissance du bénéficiaire issue de la lecture carte.

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

La date de naissance remontée par la consultation de la carte est la donnée 104-12.

La date de naissance ainsi modifiée correspond à la donnée EF_BS02_98.

[RG_BS617] Déterminer les données AMO du bénéficiaire des soins

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Les informations du bénéficiaire des soins, relatives à ses droits à l'assurance maladie obligatoire sont présentées dans le tableau ci-après.

Elles sont renseignées à partir du support de droit AMO retenu (EF_BS03_05) :

- Si le support est la carte Vitale, il convient d'utiliser les informations de la carte relatives au bénéficiaire sélectionné (cf. BS03)
- Si le support est l'ApCV, il convient d'utiliser les informations reçues d'ADRi (cf. BS05)
- Si le support n'est pas un support de droits Vitale, les données sont renseignées par le Professionnel de Santé (cf. SP09 ci-après)

			Support de droits AMO		
N° EF ou de la donnée	**Libellé SFG**		**Référence ADRi**	**Référence Carte Vitale #CDC**	**Référence Carte Vitale #DI**
EF_BS02	**Bénéficiaire de soins**				
01	Nom usuel	←	EF_ADR002.01	104-1	EF_CVIT02_12
02	Nom de famille	←	EF_ADR002.02	104-2	EF_CVIT06_01
03	Prénom	←	EF_ADR002.03	104-3	EF_CVIT02_10
04	NIR certifié	←	EF_ADR002.04	104-9	EF_CVIT07_01
05	Clé du NIR certifié	←	EF_ADR002.05	104-10	EF_CVIT61_01
06	Date de certification du NIR	←	EF_ADR002.06	104-11	EF_CVIT07_02
07	Date de naissance	←	EF_ADR002.07	EF_BS02_98	EF_BS02_98
08	Adresse ligne 1	←	EF_ADR002.08	104-4	EF_CVIT08_01
09	Adresse ligne 2	←	EF_ADR002.09	104-5	EF_CVIT08_03
10	Adresse ligne 3	←	EF_ADR002.10	104-6	EF_CVIT08_05
11	Adresse ligne 4	←	EF_ADR002.11	104-7	EF_CVIT08_07
12	Adresse ligne 5	←	EF_ADR002.12	104-8	EF_CVIT08_09
EF_BS03	**Assuré**				
01	NIR de l'assuré	←	EF_ADR003.01	101-8	EF_CVIT62_01
02	Clé du NIR de l'assuré	←	EF_ADR003.02	101-9	EF_CVIT62_02
03	Code gestion assurance maladie de l'assuré	←	EF_ADR003.03	101-13	EF_CVIT62_03
EF_BS04	**Organisme AMO[Assuré]**		**EF_ADR004 [assuré]**		
01	Code régime	←	EF_ADR004.01	101-10	EF_CVIT00_02
02	Code caisse gestionnaire	←	EF_ADR004.02	101-11	EF_CVIT00_04
03	Code centre gestionnaire	←	EF_ADR004.03	101-12	EF_CVIT00_05
EF_BS04	**Organisme AMO[AT par défaut]**		**EF_ADR004 [AT par défaut]**		
01	Code régime	←	EF_ADR004.01]	103-1 pos. 1-2	EF_CVIT13_01 pos. 1-2
02	Code caisse gestionnaire	←	EF_ADR004.02	103-1 pos. 3-5	EF_CVIT13_01 pos. 3-5
03	Code centre gestionnaire	←	EF_ADR004.03	103-1 pos. 6-9	EF_CVIT13_01 pos. 6-9

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

N° EF ou de la donnée	Libellé SFG		Support de droits AMO		
			Référence ADRi	Référence Carte Vitale #CDC	Référence Carte Vitale #DI
EF_BS04	**Organisme AMO[AT1 déclaré]**		**EF_ADR004[AT1]**		
01	Code régime	←	EF_ADR004.01	103-4 pos. 1-2	EF_CVIT13_05 pos. 1-2
02	Code caisse gestionnaire	←	EF_ADR004.02	103-4 pos. 3-5	EF_CVIT13_05 pos. 3-5
03	Code centre gestionnaire	←	EF_ADR004.03	103-4 pos. 6-9	EF_CVIT13_05 pos. 6-9
EF_BS04	**Organisme AMO[AT2 déclaré]**		**EF_ADR004[AT2]**		
01	Code régime	←	EF_ADR004.01	103-7 pos. 1-2	EF_CVIT13_09 pos. 1-2
02	Code caisse gestionnaire	←	EF_ADR004.02	103-7 pos. 3-5	EF_CVIT13_09 pos. 3-5
03	Code centre gestionnaire	←	EF_ADR004.03	103-7 pos. 6-9	EF_CVIT13_09 pos. 6-9
EF_BS05	**Service AMO famille**				
01	Code service AMO famille	←	EF_ADR005.01	102-1	EF_CVIT11_01
02	Date de début du service AMO famille	←	EF_ADR005.02	102-2	EF_CVIT11_02
03	Date de fin du service AMO famille	←	EF_ADR005.03	102-3	EF_CVIT11_03
EF_BS06	**Période droits AMO** [pour chaque occurrence 0..3]				
01	Date de début de droits AMO	←	EF_ADR006.01	105-1	EF_CVIT63_01
02	Date de fin de droits AMO	←	EF_ADR006.02	105-2	EF_CVIT63_02
EF_BS07	**Période de code couverture** [pour chaque occurrence 0..7]				
01	Code ALD	←	EF_ADR007.01	106-3	EF_CVIT64_01
02	Code situation	←	EF_ADR007.02	106-4	EF_CVIT64_02
03	Date de début de couverture	←	EF_ADR007.03	105-1	EF_CVIT64_03
04	Date de fin de couverture	←	EF_ADR007.04	105-2	EF_CVIT64_04
EF_BS09	**Situation administrative AMO**				
01	Rang de naissance	←	EF_ADR009.01	104-13	EF_CVIT02_07
02	Code qualité	←	EF_ADR009.02	104-14	EF_CVIT02_08
03	Code existence d'une déclaration de médecin traitant	←	EF_ADR009.03	104-18	EF_CVIT16_01
EF_BS22	**Accident du travail déclaré** [AT1]				
01	Identifiant accident du travail	←	EF_ADR022.01 [AT1]	103-6	EF_CVIT13_08
02	Code gestion assurance accident du travail déclaré	←	EF_ADR022.02 [AT1]	103-5	EF_CVIT61_03

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

N° EF ou de la donnée	Libellé SFG		Support de droits AMO – Référence ADRi	Support de droits AMO – Référence Carte Vitale #CDC	Support de droits AMO – Référence Carte Vitale #DI
03	Code support accident du travail déclaré	←	EF_ADR004.04 [AT1]	« Carte Vitale »	« Carte Vitale »
EF_BS22	**Accident du travail déclaré[AT2]**				
01	Identifiant accident du travail	←	EF_ADR022.01 [AT2]	103-9	EF_CVIT13_12
02	Code gestion assurance accident du travail déclaré	←	EF_ADR022.02 [AT2]	103-8	EF_CVIT61_04
03	Code support accident du travail déclaré	←	EF_ADR004.04 [AT2]	« Carte Vitale »	« Carte Vitale »
EF_BS24	Informations liées à l'organisme par défaut				
01	Code support accident du travail – organisme par défaut	←	EF_ADR004.04 [AT par défaut]	« Carte Vitale »	« Carte Vitale »

☞ **[SP11]** Forçage

Situations spécifiques

[SP09] Acquérir les données d'identification et de droits AMO en l'absence de support Vitale

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En l'absence de support Vitale, les données d'identification ci-dessous doivent être saisies :

- N° national d'immatriculation de l'assuré (EF_BS03_01)
- Clé du NIR de l'assuré (EF_BS03_02)
- Date de naissance (EF_BS02_07)
- Rang de naissance (EF_BS09_01)
- Qualité (EF_BS09_02)
- Code régime (EF_BS04_01)
- Caisse gestionnaire (EF_BS04_02)
- Centre gestionnaire (EF_BS04_03)

Des données de droits peuvent aussi être saisies.

☞ A noter que le rang de naissance est une information obligatoire pour le régime général.

[SP09] [SP10] Acquérir les données d'identification et de droits AMO en l'absence de support Vitale pour une facture anonymisée

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Règle

En l'absence de support Vitale, les données d'identification et de droits AMO peuvent ne pas être renseignées.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Dans ce cas, :

- la qualité [EF_BS09_02) prend automatiquement la valeur 1 (assuré) par défaut ;
- le rang de naissance (EF_BS09_01) prend automatiquement la valeur 1 par défaut ;
- la date de naissance doit être renseignée avec la valeur réelle si connue (si le Bénéficiaire des Soins accepte de la donner) ;
- les autres données peuvent être non renseignées.

Dans ce cas, seule une facture anonymisée pourra être élaborée.

Pour information

En fonction du contexte d'anonymisation les données de la facture seront renseignées comme suit,

- Le NIR de l'assuré, sera renseigné dans la facture à transmettre avec une valeur fictive (cf. RG_MFxx012[SP10]),
- La clé du NIR sera calculée en fonction du NIR fictif (cf. RG_MFxx025[SP10]),
- La date de naissance, si non renseignée avec la date de naissance exacte du bénéficiaire des soins, sera renseignée, dans certains contextes d'anonymisation, par une valeur fictive (cf. RG_MF2A096[SP09][SP10]) ;
- Les données de l'organisme gestionnaire ne seront pas utilisées pour déterminer l'organisme gestionnaire de la facture (cf. RG_CF310[SP10]).

[RG_BS_R6bis] Contrôler la clé du numéro national d'immatriculation (EF_BS03_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle n'a pas de comportement en mode nominal, i.e. en présence d'un support Vitale. Elle s'applique uniquement en l'absence de support Vitale, car dans ce cas le numéro national d'immatriculation est saisi directement par le Professionnel de santé.

Situations spécifiques

[SP09] Contrôler la clé du numéro national d'immatriculation (EF_BS03_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de vérifier la clé du numéro national d'immatriculation lorsque celui-ci est saisi par le Professionnel de Santé (en l'absence de support Vitale).

Cette vérification est faite à partir de l'algorithme de calcul suivant :

La clé est calculée à partir des 13 caractères significatifs ;

Il faut diviser par 97 le nombre constitué par les 13 caractères ;

Le complément à 97 du reste de cette division constitue la clé.

Pour les assurés nés en Corse, le couple 2A prend la valeur 19 et le couple 2B la valeur 18, pour le calcul de la clé.

Exemple :

NIR	=	1 29 02 78 551 031
divisé par 97	=	13301840732
reste		27
Complément	=	97 - 27 = 70

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

➔ **Clé = 70**

[RG_BS052] Déterminer le code indicateur Alsace-Moselle (EF_BS03_04)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce code indicateur est positionné par le système de facturation en fonction du code situation acquis à partir du support de droits AMO (EF_BS07_02).

Le tableau ci-après présente la liste des codes situation caractérisant une situation Alsace-Moselle ou Régime-Local et positionnant le code indicateur Alsace-Moselle à « Oui » :

Code situation (EF_BS07_02)		Code Indicateur Alsace-Moselle (EF_BS03_04)
0105	→	« O »
0106		
0107		
0108		
0109		
0110		
0205	→	« O »
0206		
0207		
0225		
0226		
0227		
Autre	→	« N »

Cas particuliers

[CP1] Absence de code situation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En l'absence de support Vitale et d'acquisition des données via le service ADRi, le code situation n'est pas connu. Le Professionnel de Santé indique alors si le bénéficiaire de soins bénéficie du régime Alsace-Moselle.

Si le Professionnel de Santé ne renseigne pas cet indicateur, cela équivaut à signifier que le bénéficiaire de soins ne bénéficie pas du régime Alsace-Moselle.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.8 BS21 : Déterminer les informations de droits complémentaires à retenir pour la facture

Vue générale

Nom BS21 ***Déterminer les informations de droits complémentaires à retenir pour la facture***

Description Cette opération a pour but de déterminer les informations de droits complémentaires à retenir pour la facture.

Les informations nécessaires à la prise en compte de la part complémentaire (informations d'identification, de tarification et de routage) sont soit issues de la carte Vitale soit issues ou saisies par le Professionnel de Santé à partir d'un support de droits AMC.

Cette opération a pour but d'acquérir les informations relatives à la part complémentaire

Le système de facturation :

- détermine le mode de gestion de l'organisme complémentaire (gestion séparée ou gestion unique),
- puis acquiert les droits complémentaires selon le mode de gestion.

Le support de droits AMC

Ce support est facultatif.

Il permet :

- soit d'attendre que la carte Vitale contienne toutes les données nécessaires à la gestion de la part complémentaire,
- soit de remplacer les données de gestion de la part complémentaire contenues dans la carte Vitale ou ADRi.

Il est propre à chaque organisme AMC dans son contenu et sa présentation, et comporte l'ensemble des informations d'identification, de tarification, et d'adressage. Il fait apparaître la nature des traitements possibles notamment le service Tiers Payant (TP) ou Hors Tiers Payant (HTP) pour la part complémentaire, et éventuellement la nature du flux attendu (flux SESAM-Vitale ou flux hors SESAM-Vitale).

Entrées	Données acquises via la carte Vitale (données de sortie de BS01.02)	**DF_CVIT**
	Bénéficiaire sélectionné (en sortie de BS03)	
	Données acquises via ADRi (données de sortie de BS05)	**DF_ADR**
	Autre support de droits AMC	
Sorties	Code support de droits complémentaire	EF_BS16_02
	Données en gestion unique	
	Contrat complémentaire en gestion unique	EF_BS13
	Période de droits en gestion unique	EF_BS14
	Garanties complémentaires en gestion unique	EF_BS15
	Type de convention en gestion unique	EF_BS20_01
	Données en gestion séparée	
	Contrat complémentaire en gestion séparée	EF_BS17
	Données routage DRE	EF_BS19
	Critères recherche conventionnelle type 1	EF_BS20

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

	Période de droits en gestion séparée	EF_BS23
Situations spécifiques	Bénéficiaire de la C2S	SP03
	Bénéficiaire sortant de la C2S	SP04
	Bénéficiaire de l'AME	SP06
	Forçage	SP11

Schéma

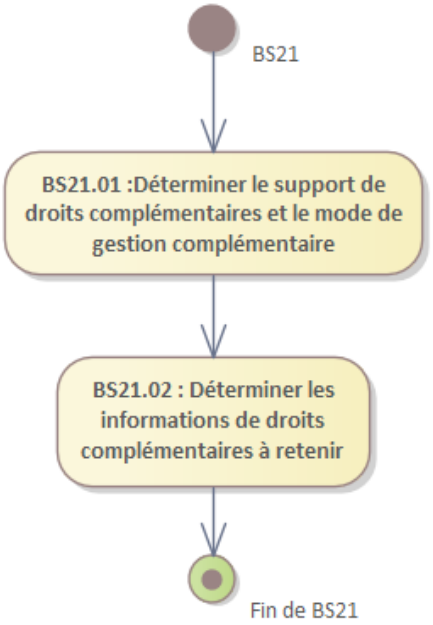


Figure 3 : [SC_BS21] Enchaînement des tâches de l'opération « BS21 : Déterminer les informations de droits complémentaires à retenir pour la facture »

Synthèse des RG

Le tableau ci-après présente les règles d'acquisition des données pour la part complémentaire en fonction du support de droits utilisé.

		Carte Vitale	ADRi	Attestation AMC	Fichier patient
BS21.01	**Mode de gestion par rapport au support**	RG_BS076	RG_BS076	RG_BS077	∅
	Mode de gestion pour la facture	RG_BS078			
	Support de droits complémentaires	RG_BS032			
BS21.02.01	**GU**-Informations de la complémentaire	RG_BS500		RG_BS326	RG_BS326
	GU-Identifiant de l'organisme complémentaire	RG_BS328		RG_BS330	RG_BS331

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

	GU-Recherche en table de correspondance	RG_BS366			
	GU-Type de convention	RG_BS622			
BS21.02.02	**GS**-Informations de la complémentaire	RG_BS351	Sans objet	RG_BS353	∅
	GS-Identifiant de l'assuré	RG_BS002			∅

3.8.1 BS21.01 : Déterminer le support de droits complémentaires et le mode de gestion complémentaire

Vue générale

Nom ***BS21.01 Déterminer le support de droits complémentaires et le mode de gestion complémentaire***

Description Le système de facturation doit déterminer s'il est en présence d'un organisme complémentaire en gestion séparée ou en gestion unique.

Cette opération a pour but de déterminer si les données complémentaires à acquérir concernent un organisme complémentaire en gestion séparée ou un organisme complémentaire en gestion unique et le support de droits retenu pour les données complémentaires.

Entrées	Données acquises via la carte Vitale (données de sortie de BS01.02)	**DF_CVIT**
	Bénéficiaire sélectionné (en sortie de BS03)	
	Données acquises via ADRi (données de sortie de BS05)	**DF_ADR**
	Autre support de droits AMC	
Sorties	Mode de gestion complémentaire	EF_BS16_01
	code support de droits complémentaire	EF_BS16_02
Situations spécifiques	Bénéficiaire de la C2S	SP03
	Bénéficiaire sortant de la C2S	SP04
	Bénéficiaire de l'AME	SP06

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

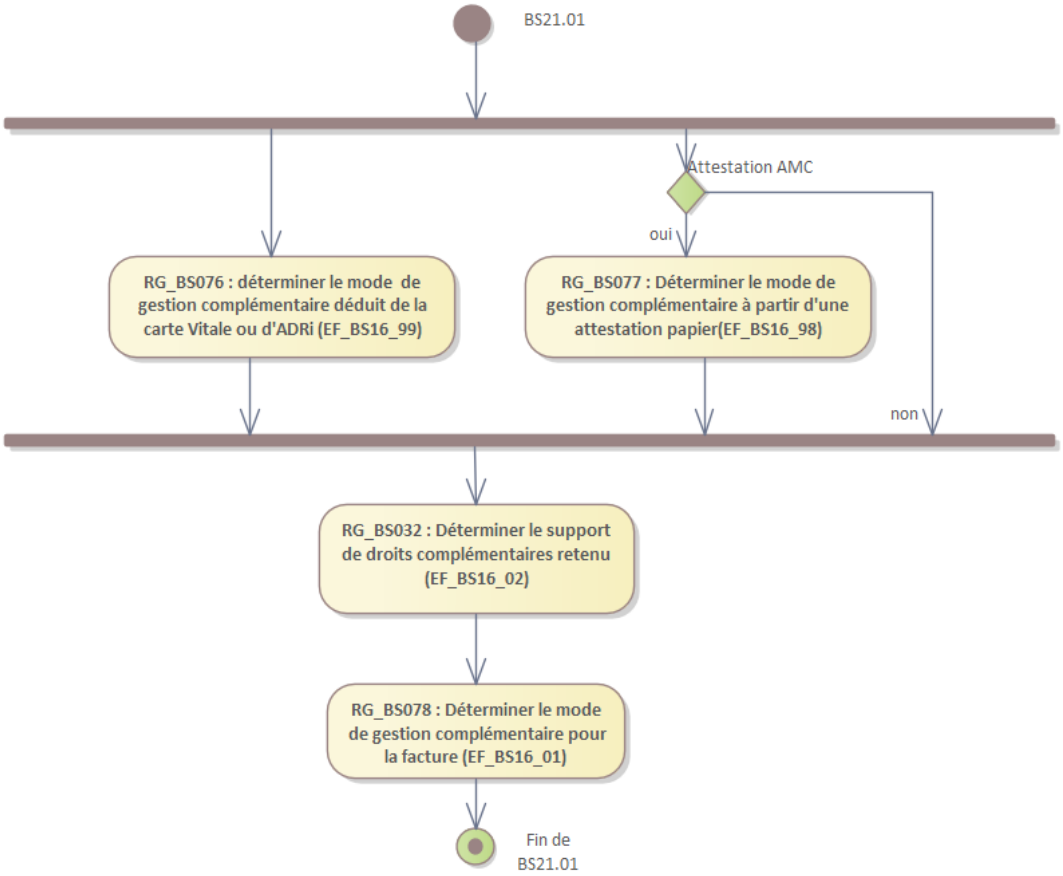


Figure 4 : [SC_BS21.01] Enchaînement des tâches de l'opération « BS21.01 : Déterminer le support de droits complémentaires et le mode de gestion complémentaire »

Règles de gestion

[RG_BS076] Déterminer le mode de gestion complémentaire déduit de la carte Vitale ou d'ADRi (EF_BS16_99)	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

Le système de facturation doit déterminer s'il est en présence d'un organisme complémentaire en gestion séparée ou en gestion unique en fonction de la présence des données complémentaires en carte Vitale ou reçues d'ADRi, selon le support de droits AMO retenu (EF_BS03_05).

Principe général

➢ ***Support de droits AMO retenu (EF_BS03_05) = Carte Vitale***

Dès lors qu'une zone mutuelle est renseignée, le mode de gestion de l'Organisme Complémentaire est « Gestion Unique ».

- Zone mutuelle : groupes 107 et 108

Dès lors qu'une zone AMC est présente en carte Vitale, le mode de gestion de l'Organisme Complémentaire est « Gestion Séparée ».

- Zone AMC : groupe 109

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

➢ ***Support de droits AMO retenu (EF_BS03_05) = ADRi***

Si une mutuelle est renseignée en retour d'ADRi (EF_ADR_013 renseigné), le mode de gestion de l'Organisme Complémentaire est « Gestion Unique ».

Synthèse

Le tableau ci-dessous récapitule les différentes situations :

Carte Vitale ou ADRi				
Code service AMO bénéficiaire EF_BS08_06	**Contrat spécifique du bénéficiaire (EF_BS08_07)**	**Données complémentaires en gestion séparée (1) Groupe 109 ou EF_CVIT14**	**Situation du BS au regard de la complémentaire**	**Mode de gestion déduit de la carte Vitale ou d'ADRi EF_BS16_99**
Absence zone Mutuelle et absence zone AMC				
non renseigné	non renseigné	non renseigné	Pas de complémentaire en carte ou reçue d'ADRi	Pas de déduction possible (2)
avec zone Mutuelle				
non renseigné	Différent de : • 99999997 • 88888888 • 55555551	non renseigné	Complémentaire en carte ou reçue d'ADRi	**Gestion unique**
avec zone AMC				
non renseigné	non renseigné	Données complémentaires en gestion séparée renseignées	Complémentaire en carte	**Gestion séparée**

(1) si le support de droits AMO est ADRi les données complémentaires en gestion séparée sont nécessairement non renseignées

(2) Autre support de droits AMC possible

Les données utilisées dans le tableau supra sont celles issues de la consultation du support de droits AMO (cf. RG_BS351).

Situations spécifiques

[SP03] Déterminer le mode de gestion complémentaire déduit (EF_BS16_99) de la carte Vitale ou d'ADRi pour un bénéficiaire de la C2S

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette détermination peut être modifiée dans certains cas par des informations fournies sur un autre support (colonne action du PS).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Carte Vitale ou ADRi				
Code service AMO bénéficiaire EF_BS08_06	**Contrat spécifique du bénéficiaire (EF_BS08_07)**	**Données complémentaires en gestion séparée Groupe 109 ou EF_CVIT14**	**Situation du BS au regard de la complémentaire**	**Mode de gestion déduit de la carte Vitale ou d'ADRi EF_BS16_99**
Absence zone Mutuelle et absence zone AMC				
01	non renseigné	non renseigné	C2S gérée par un organisme AMO	**Gestion unique (par assimilation)**
02	non renseigné	non renseigné	C2S géré par un organisme AMC en convention de gestion ou en délégation de gestion	**Gestion unique**
03	non renseigné	non renseigné	C2S gérée par un organisme AMC	Pas de déduction possible (1.3)
avec zone Mutuelle				
non renseigné	99999997	non renseigné	C2S gérée par un AMO	Assimilation au mode de **gestion unique**
non renseigné	88888888	non renseigné	C2S gérée par un AMC	Pas de déduction possible (2.2)
avec zone AMC				
03	non renseigné	Renseignée	C2S gérée par un AMC	**Gestion séparée (3.1)**

(1.3) Consultation attestation papier AMC pour voir si mode de gestion séparée possible sinon assimilation au mode de gestion unique cf. RG_BS078[SP03CP1]

(2.2) Consultation attestation papier AMC pour voir si mode de gestion séparée possible sinon assimilation au mode de gestion unique cf. RG_BS078[SP03CP1]

(3.1) Possibilité pour le PS d'accepter ou de refuser la transmission séparée, et dans ce dernier cas, faire du TP coordonné. (cf. RG_BS078[SP03CP1])

[SP04] Déterminer le mode de gestion complémentaire déduit de la carte Vitale ou d'ADRi (EF_BS16_99) pour un bénéficiaire sortant de la C2S

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

Carte Vitale ou ADRi				
Code service AMO bénéficiaire EF_BS08_06	**Contrat spécifique du bénéficiaire (EF_BS08_07)**	**Données complémentaires en gestion séparée Groupe 109ou EF_CVIT14**	**Situation du BS au regard de la complémentaire**	**Mode de gestion déduit de la carte Vitale ou d'ADRi EF_BS16_99**
Absence zone Mutuelle et absence zone AMC				
10	non renseigné	Non renseigné	Sortant de C2S	Pas de déduction possible(1.4)
avec zone Mutuelle				
10	différent de 55555551	non renseigné	Sortant de C2S avec complémentaire	**Gestion unique**(1.4)
non renseigné	55555551	non renseigné	Sortant de C2S	Pas de déduction possible(1.4)

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Carte Vitale ou ADRi				
Code service AMO bénéficiaire EF_BS08_06	**Contrat spécifique du bénéficiaire (EF_BS08_07)**	**Données complémentaires en gestion séparée Groupe 109ou EF_CVIT14**	**Situation du BS au regard de la complémentaire**	**Mode de gestion déduit de la carte Vitale ou d'ADRi EF_BS16_99**
Absence zone Mutuelle et absence zone AMC				
avec zone AMC				
10	non renseigné	non renseigné	Sortant de C2S avec complémentaire	**Gestion séparée**(1.4)

(1.4) Autre support de droits possible
Consultation attestation papier pour voir si mode de gestion séparée ou unique : cf. RG_BS077

[SP06] Déterminer le mode de gestion complémentaire déduit du support de droits AMO (EF_BS16_99)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour un bénéficiaire de l'AME identifié à partir du support de droits AMO, i.e. nécessairement à partir du service ADRi, c'est un mode de gestion unique qui est appliqué.

[RG_BS077] Déterminer le mode de gestion complémentaire à partir d'une attestation papier (EF_BS16_98)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé détermine visuellement si l'attestation est délivrée par un AMO ou par un AMC.

A partir d'une attestation papier AMC

Sauf mention particulière, la complémentaire est en gestion séparée si l'attestation papier présentée par l'Assuré est délivrée par un organisme d'Assurance Maladie Complémentaire.

Le Professionnel de Santé identifie que la complémentaire est en gestion unique si l'attestation papier délivrée par l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire comporte la mention « RO » dans le champ « type de convention ».

A partir d'une attestation papier AMO

Le Professionnel de Santé peut déterminer s'il est en présence d'un organisme en gestion unique si une complémentaire est renseignée sur l'attestation papier.

[RG_BS032] Déterminer le support de droits complémentaire à retenir (EF_BS16_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Tout support de droits complémentaires, **présenté ou choisi** par le bénéficiaire de soins, prévaut sur le contenu complémentaire de la carte Vitale ou du service ADRi.

Dans ce cadre,

- les informations acquises avec une carte Vitale, le service ADRi ou un autre support AMC priment sur les données d'un fichier patient,
- les informations complémentaires d'un organisme en gestion unique issues du service ADRi priment sur les données complémentaires en gestion unique de la carte Vitale ou d'un fichier patient,
- si le patient présente un support d'une AMC différente de celle de la carte Vitale ou du service ADRi, le progiciel doit effacer les données complémentaires précédemment

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

acquises et reprendre le processus d'acquisition des données (fonctionnalité BS) à partir du support présenté. Dans cette hypothèse, aucune des données précédemment acquises ne doit être utilisée.

Le progiciel doit déterminer s'il est en présence d'un organisme complémentaire en gestion séparée ou en gestion unique et mémoriser le type de support présenté par l'assuré (carte Vitale, service ADRi, attestation papier...) et utilisé pour la facture

En fonction de la complémentaire choisie, le système de facturation permet de déterminer le type de support retenu pour l'acquisition des données complémentaires.

Ce support peut être :

- la carte Vitale,
- le service ADRi,
- l'attestation papier (ou autre support complémentaire),
- le fichier patient
- les droits issus d'une prise en charge AMC.

Le système de facturation doit mémoriser le type de support présenté par l'assuré (carte Vitale, service ADRi, attestation papier...) et utilisé pour la facture.

[RG_BS078] Déterminer le mode de gestion complémentaire pour la facture (EF_BS16_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le mode de gestion pour la part complémentaire à utiliser pour la facture (EF_BS16_01) correspond :

- au mode de gestion déterminé à partir de l'attestation papier AMC (EF_BS16_98), si le PS a pris en compte une attestation papier pour les droits complémentaires, i.e. si le support de droits complémentaires retenu (EF_BS16_02) est l'attestation ;
- au mode de gestion déterminé à partir du support de droits AMO (EF_BS16_99) si le support de droits complémentaires retenu (EF_BS16_02) est ADRi ou la carte Vitale.

Situations spécifiques

[SP03][CP1] Bénéficiaire de la C2S / Gestion unique dans le cadre du tiers payant coordonné

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans un contexte de C2S, le tiers payant coordonné doit toujours être possible pour le PS.

Dans ce cas, le système de facturation assimile le tiers payant coordonné à de la gestion unique (EF_BS16_99 = « Gestion Unique »).

☞ Si des données en gestion séparée sont acquises, celles-ci ne sont pas retenues pour l'élaboration de la facture.

3.8.2 BS21.02 : Déterminer les informations de droits complémentaires à retenir

Vue générale

Nom BS21.02 Déterminer les informations de droits complémentaires à retenir

Description Cette opération a pour but de déterminer les informations de droits complémentaires à retenir pour la facture.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Entrées	Données acquises via la carte Vitale (données de sortie de BS01.02)	**DF_CVIT**
	Bénéficiaire sélectionné (en sortie de BS03)	
	Données acquises via ADRi (données de sortie de BS05)	**DF_ADR**
	Autre support de droits AMC	
Sorties	**Données en gestion unique**	
	Contrat complémentaire en gestion unique	EF_BS13
	Période de droits en gestion unique	EF_BS14
	Garanties complémentaires en gestion unique	EF_BS15
	Type de convention en gestion unique	EF_BS20_01
	Données en gestion séparée	
	Contrat complémentaire en gestion séparée	EF_BS17
	Données routage DRE	EF_BS19
	Critères recherche conventionnelle type 1	EF_BS20
	Période de droits en gestion séparée	EF_BS23
Situations spécifiques	Absence de support Vitale Forçage	SP11

Schéma

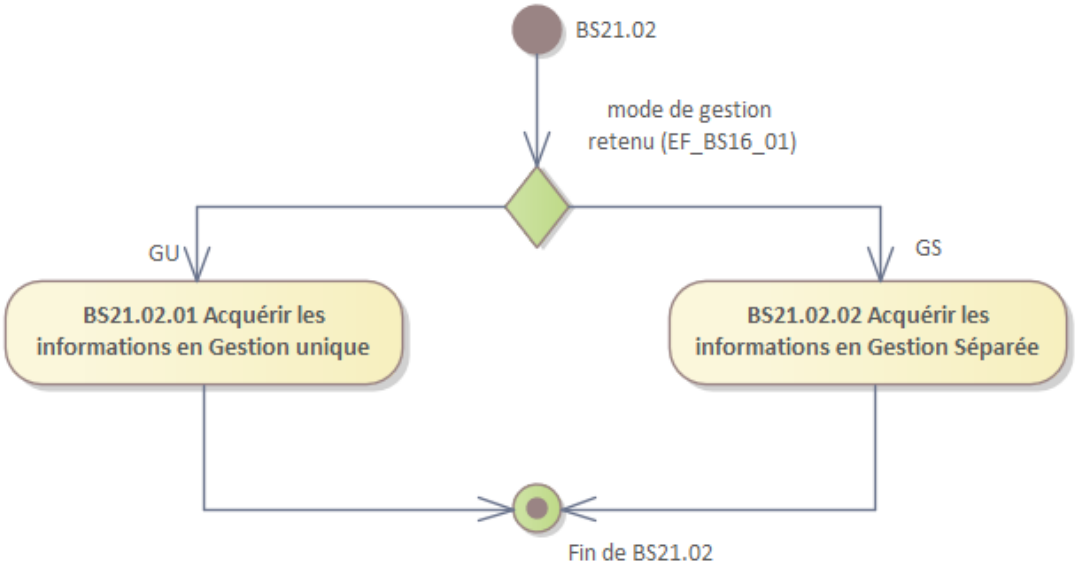


Figure 5 : [SC_BS21.02] Enchaînement des tâches de l'opération « BS21.02 : Déterminer les informations de droits complémentaires à retenir »

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.8.2.1 BS21.02.01 Acquérir les informations en Gestion unique

Vue générale

Nom	***BS21.02.01 Acquérir les informations en Gestion unique***	
Description	Cette opération a pour but de déterminer les informations de droits complémentaires à retenir lorsque la facture est en gestion unique.	
Entrées	Données acquises via la carte Vitale (données de sortie de BS01.02)	**DF_CVIT**
	Bénéficiaire sélectionné (en sortie de BS03)	
	Données acquises via ADRi (données de sortie de BS05)	**DF_ADR**
	Autre support de droits AMC	
Sorties	**Données en gestion unique**	
	Contrat complémentaire en gestion unique	EF_BS13
	Période de droits en gestion unique	EF_BS14
	Garanties complémentaires en gestion unique	EF_BS15
	Type de convention en gestion unique	EF_BS20_01
Situations spécifiques	Forçage	SP11

Règles de gestion

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

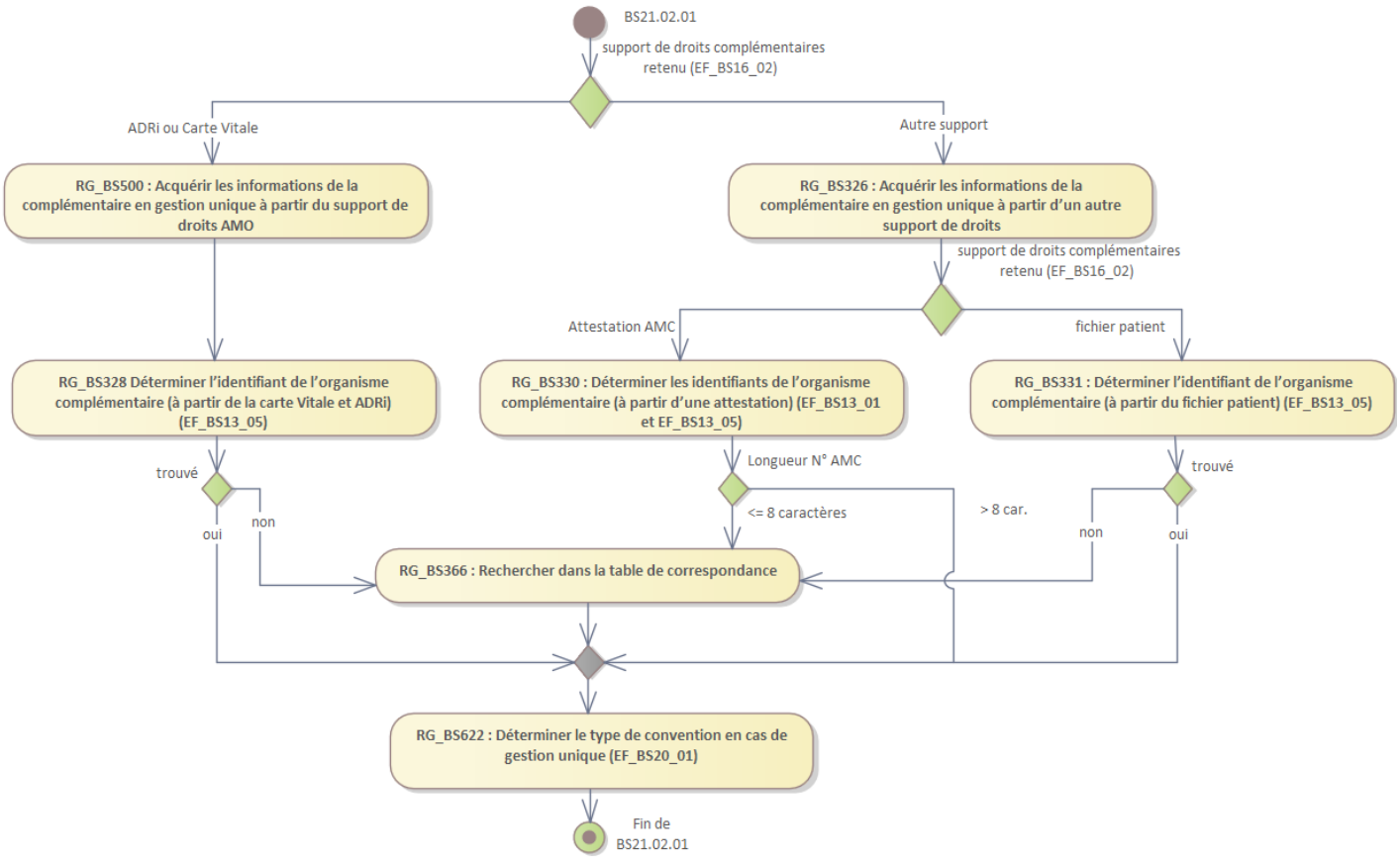


Figure 6 : [SC_BS21.02.01] Enchaînement des tâches de l'opération « BS21.02.02: Acquérir les informations en Gestion unique »

Règles de gestion

[RG_BS500] Acquérir les informations de la complémentaire en gestion unique à partir de la carte Vitale ou ADRi

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation doit permettre au professionnel de santé d'acquérir automatiquement les données de la complémentaire à partir de la carte Vitale ou du service ADRi.

Le tableau ci-dessous récapitule la correspondance des entités fonctionnelles acquises avec les données issues de la carte Vitale ou d'ADRi en fonction du support de droits complémentaires retenu (EF_BS16_02).

N° EF ou de la donnée	Libellé SFG	Support de droits complémentaires retenu (EF_BS16_02)		
		Référence ADRi	Référence Carte Vitale	
			#CDC	#DI
EF_BS13	Contrat complémentaire en gestion unique			

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

N° EF ou de la donnée	Libellé SFG		Support de droits complémentaires retenu (EF_BS16_02)		
			Référence ADRi	Référence Carte Vitale	
				#CDC	#DI
01	Identifiant de l'organisme complémentaire en gestion unique (MUTNUM)	←	EF_ADR013.01	107-1	EF_CVIT03_04
02	Code garanties effectives	←	EF_ADR013.02	107-2	EF_CVIT66_03
03	Code indicateur de traitement en gestion unique	←	EF_ADR013.03	107-3	EF_CVIT10_01
04	Type de service associés contrat en gestion unique	←	EF_ADR013.04	107-4	EF_CVIT10_04
05	Identifiant de l'organisme complémentaire (N° AMC)	←	RG_BS328	RG_BS328	RG_BS328
06	Code aiguillage STS en gestion unique	←	EF_ADR013.06	107-6	EF_CVIT10_06
EF_BS14	**Période de droits en gestion unique** [pour chaque occurrence 0..3]				
01	Date de début des droits en gestion unique	←	EF_ADR014.01	108-1	EF_CVIT66_01
02	Date de fin des droits en gestion unique	←	EF_ADR014.02	108-2	EF_CVIT66_02
EF_BS15	**Garanties complémentaires en gestion unique**				
01	Codes garanties complémentaire en gestion unique	←	EF_ADR015.01	111-1	EF_CVIT17_01

☞ **[SP11]** Forçage

[RG_BS326] Acquérir les informations de la complémentaire en gestion unique (à partir d'un autre support de droits)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation permet la saisie et/ou l'acquisition des informations de droits relatives à l'Assurance Maladie Complémentaire à partir de tout autre support de droits éventuel présenté par l'assuré

Le système de facturation doit permettre au Professionnel de Santé d'acquérir les données de la complémentaire à partir d'une attestation papier délivrée par un AMO ou un AMC.

La complémentaire portée sur l'attestation papier peut être identifiée par un « MUTNUM » ou un numéro d'organisme complémentaire.

La saisie des informations relatives à l'organisme complémentaire peut être réalisée soit au fur et à mesure des étapes du processus de facturation, soit en une seule fois.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Le système de facturation doit permettre la saisie de toutes les données décrites pour la lecture de la carte Vitale à l'exception des données « Zone commune complémentaire ». L'ensemble de ces données n'est pas systématiquement présent sur ce support.

Les données complémentaires peuvent aussi être récupérées à partir d'un fichier patient du Professionnel de Santé.

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

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information n'existe pas dans une carte V1 bis et peut être renseignée dans une carte V1 ter.

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

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

La donnée « services associés au contrat » correspond :

- en retour du service ADRi à la donnée EF_ADR013_05
- en carte Vitale au champ 107-5

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

Cas particuliers

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

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

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

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

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

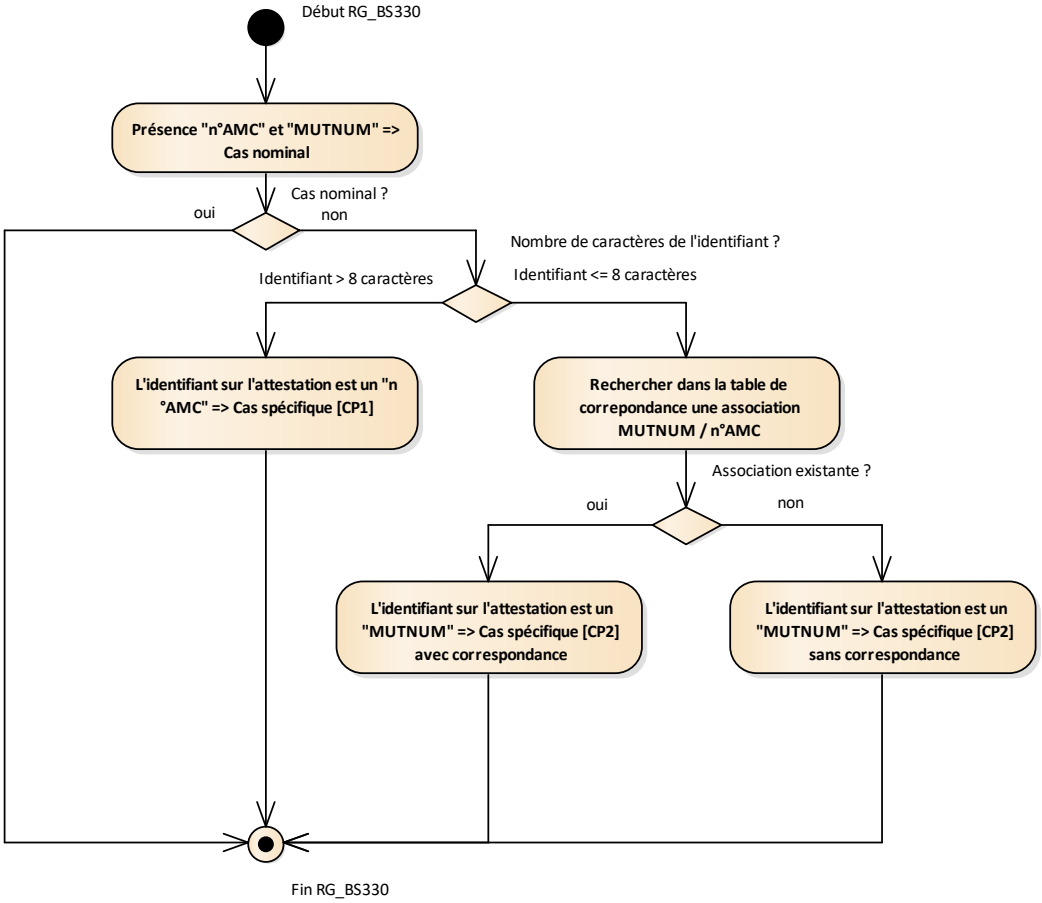
PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Principes

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

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma



Règles

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

Donnée		Règle
Référence	**Libellé**	
EF_BS13_01	Identifiant de l'organisme complémentaire en gestion unique (MUTNUM)	L'identifiant de l'organisme complémentaire en gestion unique (MUTNUM) est renseigné avec le « MUTNUM » présent sur l'attestation.
EF_BS13_05	Identifiant de l'organisme complémentaire (n° AMC)	L'identifiant de l'organisme complémentaire (n° AMC) est renseigné avec le « N°AMC » présent sur l'attestation.

Cas particuliers

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

Dans le cas où sur l'attestation ne figure que le « n°AMC » et que celui-ci est supérieur à 8 caractères alors il s'agit d'un identifiant de l'organisme complémentaire (n°AMC).

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

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Donnée		Règle
Libellé	**Référence**	
Identifiant de l'organisme complémentaire en gestion unique (MUTNUM)	EF_BS13_01	L'identifiant de l'organisme complémentaire en gestion unique (MUTNUM) est renseigné avec le « N° AMC » présent sur l'attestation.
Identifiant de l'organisme complémentaire (n° AMC)	EF_BS13_05	L'identifiant de l'organisme complémentaire (N°AMC) est renseigné avec le « N° AMC » présent sur l'attestation.

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

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où sur l'attestation ne figure que le « n°AMC » et que celui-ci est inférieur ou égale à 8 caractères alors le système recherche dans la table de correspondance une association « MUTNUM / n° AMC » (cf. RG_BS366).

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

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

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

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

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

Donnée		Règle
Libellé	**Référence**	
Identifiant de l'organisme complémentaire en gestion unique (MUTNUM)	EF_BS13_01	L'identifiant de l'organisme complémentaire en gestion unique (MUTNUM) est renseigné avec le « N° AMC » présent sur l'attestation.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Identifiant de l'organisme complémentaire (n° AMC)	EF_BS13_05	L'identifiant de l'organisme complémentaire (N°AMC) est renseigné avec le « N° AMC » présent sur l'attestation.

Les règles de recherche de l'identifiant de l'organisme complémentaire à partir de la table de correspondance sont décrites dans le chapitre décrivant les droits complémentaires en gestion unique à partir de la carte Vitale. (cf. RG_BS366).

[RG_BS331] Déterminer l'identifiant de l'organisme complémentaire (à partir du fichier patient) (EF_BS13_05)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information peut être acquise par le Professionnel de Santé à partir de sa base patient suite à la saisie d'une attestation papier.

Cas particuliers

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

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En l'absence de l'identifiant de l'organisme complémentaire dans la base patient, l'identifiant de l'organisme complémentaire est recherché à partir de la table de correspondance (Mutnum issu de la base patient =>N°AMC)

Les règles de recherche de l'identifiant de l'organisme complémentaire à partir de la table de correspondance sont décrites par la RG_BS366.

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

[RG_BS622] Déterminer le type de convention en cas de gestion unique (EF_BS20_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Quel que soit le support retenu, en cas de gestion unique (EF_BS16_01), le type de convention est égal à « RO ».

[RG_BS366] Rechercher dans la table de correspondance

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Valorisation des critères d'accès à la table de correspondance

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

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

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

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

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

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

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

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

3.8.2.2 BS21.02.02 Acquérir les informations en Gestion Séparée

Vue générale

Nom ***BS21.02.02 Acquérir les informations en Gestion Séparée***

Description Cette opération a pour but de déterminer les informations de droits complémentaires à retenir lorsque la facture est en gestion séparée.

Entrées

Données acquises via la carte Vitale (données de sortie de BS01.02)	**DF_CVIT**
Bénéficiaire sélectionné (en sortie de BS03)	
Données acquises via ADRi (données de sortie de BS05)	**DF_ADR**
Autre support de droits AMC	

Sorties **Données en gestion séparée**

Contrat complémentaire en gestion séparée	EF_BS17
Données routage DRE	EF_BS19
Critères recherche conventionnelle type 1	EF_BS20
Période de droits en gestion séparée	EF_BS23

Situations spécifiques Aucune

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

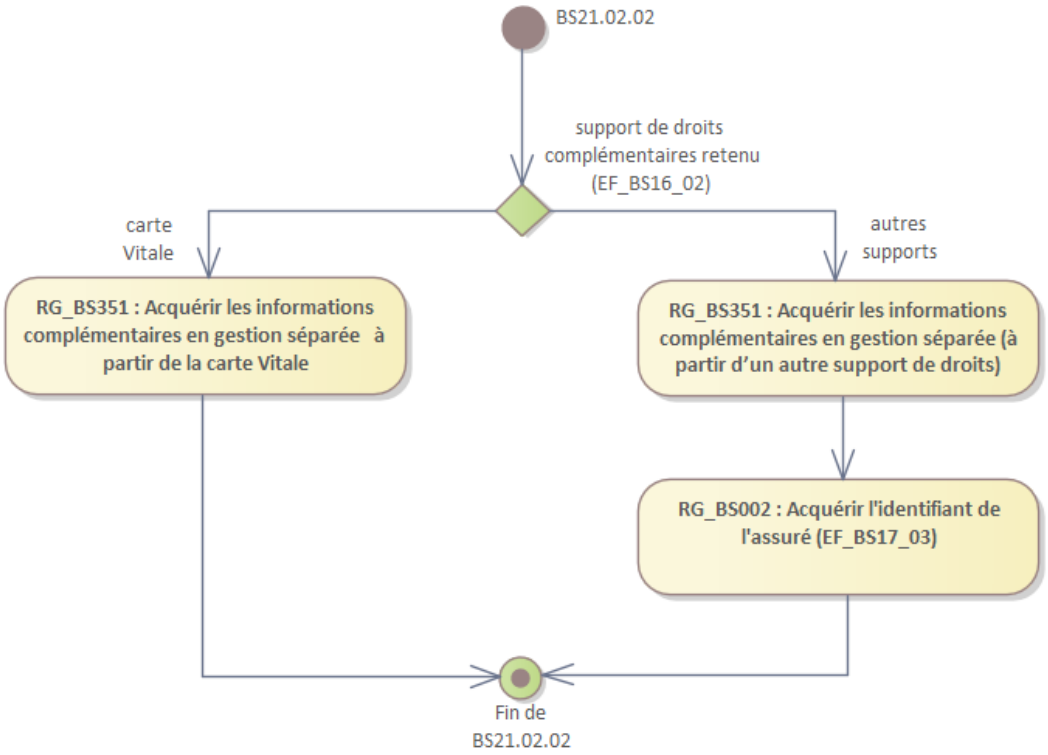


Figure 7 : [SC_BS21.02.02] Enchaînement des tâches de l'opération « BS21.02 .03: Acquérir les informations en Gestion Séparée »

Règles de gestion

[RG_BS351] Acquérir les informations complémentaires en gestion séparée à partir de la carte Vitale

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation doit permettre au professionnel de santé d'acquérir automatiquement les données de la complémentaire à partir de la carte Vitale.

☞ Si le support de droits complémentaires (EF_BS16_02) est ADRi, il n'y a pas d'information de gestion séparée.

Le tableau ci-dessous récapitule la correspondance des entités fonctionnelles acquises avec les données issues de la carte Vitale.

N° EF ou de la donnée	Libellé SFG		Référence Carte Vitale	
			#CDC	#DI
EF_BS17	**Contrat Complémentaire en gestion séparée**			
01	Identifiant de l'organisme complémentaire en gestion séparée	←	109-1	EF_CVIT14_01
02	Identifiant de l'adhérent	←	109-3	EF_CVIT14_03

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

N° EF ou de la donnée	Libellé SFG		Référence Carte Vitale	
			#CDC	#DI
03	Identifiant de l'assuré	←	Non renseigné	Non renseigné
04	Code indicateur de traitement en gestion séparée	←	109-4	EF_CVIT14_04
05	Type de service associés du contrat en gestion séparée	←	109-11	EF_CVIT14_11
06	Services associés au contrat en gestion séparée	←	109-12	EF_CVIT14_12
07	Code aiguillage STS en gestion séparée	←	109-10	EF_CVIT14_10
EF_BS18	**Garanties complémentaires en gestion séparée**			
01	Codes garanties complémentaire en gestion séparée	←	111-1	EF_CVIT17_01
EF_BS19	**Données de routage DRE**	*(1)*		
01	Code routage	←	109-7	EF_CVIT14_07
02	Identifiant de l'hôte	←	109-8	EF_CVIT14_08
03	Nom de domaine	←	109-9	EF_CVIT14_09
EF_BS20	**Critère recherche conventionnelle type 1**			
01	Type convention	←	109-2	EF_CVIT14_02
02	Code critère secondaire*(2)*	←	109-2	EF_CVIT14_02
EF_BS23	**Période de droit complémentaire en gestion séparée**			
01	Date de début des droits en gestion séparée	←	109-5	EF_CVIT67_01
02	Date de fin des droits en gestion séparée	←	109-6	EF_CVIT67_02

(1) **Données de routage** : **EF_BS19**
Les données de routage sont réputées complètes et utilisables seulement si les trois données code routage, identifiant de l'hôte et nom de domaine sont présentes en carte Vitale.
Si l'une de ces trois données est absente de la carte Vitale, les données de routage DRE (EF_BS19_01, EF_BS19_02, EF_BS19_03) ne sont pas renseignées.

(2) **Code critère secondaire**: **EF_BS20_02**
Cette information est utilisée pour définir les critères « type de convention » et « critère secondaire » pour l'accès aux tables des regroupements et des conventions.

Cette zone comporte 2 données :

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

Une description de type 1 comporte 1 type de convention et 1 critère secondaire.

- *Position 1* : valeur **1**
- *Position 2-3* : Type de convention (facultatif)
- *Position 4-6* : Critère secondaire (facultatif)

Une description de type 2 comporte 2 types de convention et 4 critères secondaires.

- *Position 1* : valeur **2**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- *Position 2-3* : Type de convention n° 1 (facultatif)
- *Position 4-5* : Type de convention n° 2 (facultatif)
- *Position 6-8* : Critère secondaire n° 1 (facultatif)
- *Position 9-11* : Critère secondaire n°2 (facultatif)
- *Position 12-14* : Critère secondaire n° 3 (facultatif)
- *Position 15-17* : Critère secondaire n° 4 (facultatif)

☞ Seuls les 17 premiers caractères de cette zone sont à prendre en compte.
Les 18ème et 19ème caractères sont réservés à un usage autre que la facturation ; ils doivent être ignorés par le système de facturation.

Cas particuliers

[CP1] Modification des données complémentaires en Gestion Séparée

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où le support de droits complémentaires (EF_BS16_02) est la carte Vitale, le système de facturation doit permettre au Professionnel de Santé de modifier la période de droits complémentaires (EF_BS23).

[RG_BS353] Acquérir les informations complémentaires en gestion séparée (à partir d'un autre support de droits)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation permet la saisie et/ou l'acquisition des informations de droits relatives à l'Assurance Maladie Complémentaire à partir de tout autre support de droits éventuel présenté par l'assuré

La saisie peut être réalisée à partir d'une attestation papier d'un organisme d'Assurance Maladie Complémentaire.

La saisie des informations relatives à l'organisme complémentaire peut être réalisée soit au fur et à mesure des étapes du processus de facturation, soit en une seule fois.

Le système de facturation doit permettre la saisie de toutes les données décrites pour la lecture de la carte Vitale à l'exception des données « Zone commune complémentaire » (EF_BS18). L'ensemble de ces données n'est pas systématiquement présent sur ce support de droits.

Les données complémentaires peuvent aussi être récupérées à partir d'un fichier patient du Professionnel de Santé.

[RG_BS002] Acquérir l'identifiant de l'assuré (EF_BS17_03) (à partir d'un autre support de droits)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

- Si présentation et utilisation de l'attestation papier, le système de facturation doit permettre la saisie à partir de l'attestation, de l'identifiant de l'assuré AMC (EF_BS17_03), sur au maximum 15 caractères.
  Cette information est saisie par le professionnel de santé.

☞ Cette donnée n'est pas présente en carte.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.9 BS22 : Identifier une situation spécifique pour le bénéficiaire

Vue générale

Nom BS22 ***Identifier une situation spécifique pour le bénéficiaire***

Description Le système de facturation permet d'identifier, à partir des données AMO, si le bénéficiaire de soins a une situation spécifique.

Ces situations spécifiques correspondent aux cas où le bénéficiaire de soins est :

- Bénéficiaire de la C2S,
- Bénéficiaire sortant de la C2S,
- Bénéficiaire de l'AME,
- Bénéficiaire migrant de passage.
- Bénéficiaire Victime d'attentat

Dans le système de facturation SESAM-Vitale, le bénéficiaire de soins ne peut bénéficier que d'une seule situation spécifique.

La situation spécifique « Victime d'Attentat » prime sur les autres situations particulières.

L'identification de la situation spécifique (SP) s'appuie soit sur une attestation papier spécifique présentée par le Bénéficiaire des soins, soit sur le support de droits AMO retenu (EF_BS03_05).

Entrées	**Données AMO déterminée dans BS20**	**DF_BS**
Sorties	Situation spécifique du bénéficiaire de soins	EF_BS08
Situations spécifiques	Bénéficiaire de la C2S	SP03
	Bénéficiaire sortant de la C2S	SP04
	Bénéficiaire de l'AME	SP06
	Bénéficiaire migrant de passage	SP08.1
	Bénéficiaire « autre situation de migrant »	SP08.2
	Bénéficiaire Victime d'attentat	SP18
	Forçage	SP11

Préambule

C2S

La situation de C2S peut être acquise à partir du support de droits AMO (service ADRi ou carte Vitale) ou d'une attestation présentée par le bénéficiaire de soins.

SP04 : sortant de C2S

Tout comme la C2S, la situation de sortant de C2S peut être acquise à partir du support de droits AMO (service ADRi ou carte Vitale) ou d'une attestation présentée par le bénéficiaire de soins.

SP06 : AME

Les bénéficiaires de l'AME n'ont pas de carte Vitale. La situation de bénéficiaire de l'AME peut donc être identifiée soit à partir d'une attestation, soit à partir du service ADRi.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

SP08 : Migrants

Les migrants de passage n'ont pas de carte Vitale. La situation de migrants de passage ne peut donc être identifiée qu'à partir d'une attestation.

SP18 : Victimes d'attentat

La situation de Victime d'Attentat est déterminée à partir d'une attestation.

Synthèse

Synthèse des données utilisées pour l'identification des Situations Spécifiques du bénéficiaire des soins en fonction du support de droits AMO :

SP	Libellé	Carte Vitale	ADRi	Attestation papier
SP03	C2S	Code service AMO ou Identifiant contrat spécifique	Code service AMO ou Identifiant contrat spécifique	OUI Forçage si carte Vitale présente (SP11)
SP04	Sortant de C2S	Code service AMO ou Identifiant contrat spécifique	Code service AMO ou Identifiant contrat spécifique	OUI Forçage si carte Vitale présente (SP11)
SP06	AME	Pas de carte Vitale	Identifiant contrat spécifique	OUI
SP08.1	Migrant de passage	Pas de carte Vitale	Pas d'information	OUI
SP08.2	Autre situation de migrant	Code régime + code gestion	Pas d'information	NON
SP18	Victime d'attentat	Carte Vitale mais sans l'information VA	Pas d'information	OUI complément d'information par rapport à la carte Vitale *(ce n'est pas un forçage)*

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

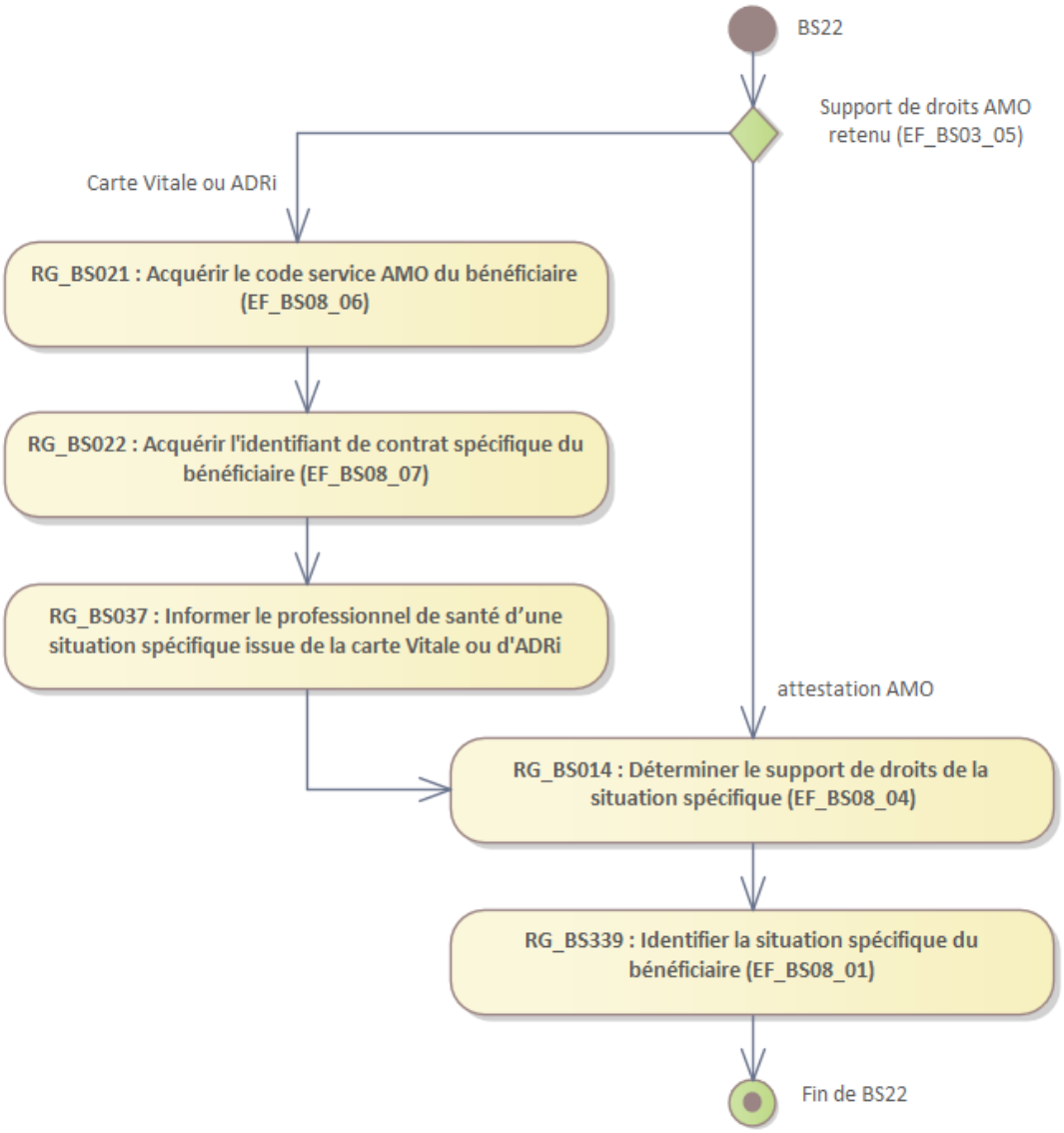


Figure 8 : [SC_BS22] Enchaînement des tâches de l'opération « BS22 : Identifier une situation spécifique pour le bénéficiaire »

Règles de gestion

[RG_BS021] Acquérir le code service AMO du bénéficiaire (EF_BS08_06)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

- Si le support de droits de la situation spécifique (EF_BS08_04) est ADRi , le code service AMO du bénéficiaire (EF_BS08_06) correspond :

  à la donnée EF_ADR008.01 retournée par le service ADRi.

- Si le support de droits de la situation spécifique (EF_BS08_04) est la carte Vitale, le code service AMO du bénéficiaire (EF_BS08_06) correspond :

  au champ 104-15 retourné par le service SSV

- Si le support de droits de la situation spécifique (EF_BS08_04) est une attestation spécifique, le code service AMO du bénéficiaire (EF_BS08_06) n'est pas renseigné.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_BS022] Acquérir l'identifiant de contrat spécifique du bénéficiaire (EF_BS08_07)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

- ***Support de droits spécifiques (EF_BS08_04) = Carte Vitale***

  En carte Vitale, une situation spécifique peut être caractérisée par la donnée MUTNUM. Cette donnée renseigne donc l'identifiant de contrat spécifique du bénéficiaire.

  Si le support de droits de la situation spécifique (EF_BS08_04) est la carte Vitale, l'identifiant de contrat spécifique du bénéficiaire (EF_BS08_07) correspond :

  au champ 107-1 du message de réponse SSV

- ***Support de droits spécifiques (EF_BS08_04) = ADRi***

  Si le support de droits de la situation spécifique (EF_BS08_04) est le service ADRi l'identifiant de contrat spécifique du bénéficiaire (EF_BS08_07) correspond à la donnée EF_ADR013.01 retournée par le service.

- ***Support de droits spécifiques (EF_BS08_04) = Attestation spécifique***

  Si le support de droits de la situation spécifique (EF_BS08_04) est une attestation spécifique, l'identifiant de contrat spécifique du bénéficiaire (EF_BS08_07) n'est pas renseigné.

[RG_BS037] Informer le professionnel de santé d'une situation spécifique issue de la carte Vitale ou d'ADRi

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pas d'affichage spécifique en l'absence de situation spécifique identifiée pour le bénéficiaire des soins.

Un affichage spécifique est prévu si le bénéficiaire des soins relève de certaines situations. Cf. Situations spécifiques ci-après

Situations spécifiques

[SP03] Informer le professionnel de santé d'une situation de C2S

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation informe le professionnel de santé si le bénéficiaire de soins est bénéficiaire de la C2S gérée par :

- un AMO (gestion unique) ; dans ce cas, le système de facturation affiche à l'écran la mention « complémentaire santé solidaire gérée par le régime obligatoire» ;
- un AMC en convention de gestion avec un AMO (gestion unique), dans ce cas, le système de facturation affiche à l'écran la mention « complémentaire santé solidaire gérée par un organisme en gestion unique » ;
- un AMC (gestion séparée) ; dans ce cas le système de facturation affiche à l'écran la mention « complémentaire santé solidaire – transmission directe possible » si des données sont présentes dans la zone AMC, sinon, le système de facturation affiche à l'écran « complémentaire santé solidaire – éventuelle attestation complémentaire pour transmission directe ».

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Code service AMO bénéficiaire	identifiant de contrat spécifique du bénéficiaire	Données AMC en carte	Signification	Affichage
EF_BS08_06	***EF_BS08_07***	**Groupe 109 ou EF_CVIT14**		
1	non pris en compte	non renseigné	C2S gérée par l'AMO	« complémentaire santé solidaire gérée par le régime obligatoire»
2	non pris en compte	non renseigné	C2S géré par un AMC en convention de gestion ou en délégation de gestion	« complémentaire santé solidaire gérée par un organisme en gestion unique »
3	non pris en compte	Oui	C2S gérée par une AMC	« complémentaire santé solidaire – transmission directe possible »
		Non		« complémentaire santé solidaire – éventuelle attestation complémentaire pour transmission directe ».
	non pris en compte	non		
Non renseigné	**99999997**	non	C2S géré par un AMO.	« complémentaire santé solidaire gérée par le régime obligatoire»
Non renseigné	**88888888**	Oui	C2S géré par un AMC.	« complémentaire santé solidaire – transmission directe possible »
		non		« complémentaire santé solidaire – éventuelle attestation complémentaire pour transmission directe ».

[SP04] Informer le professionnel de santé d'une situation de sortant de C2S

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le bénéficiaire de soins est identifié sortant de C2S, le système de facturation affiche alors à l'écran la mention « Sortant de complémentaire santé solidaire ».

Code service AMO bénéficiaire	identifiant de contrat spécifique du bénéficiaire	Affichage
EF_BS08_06	***EF_BS08_07***	
10	non renseigné	« Sortant de complémentaire santé solidaire »
Non renseigné	55555551	

[SP06] Informer le professionnel de santé d'une situation d'AME

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si l'identification mutuelle retourné par le service ADRi (EF_ADR013.01) correspond à la valeur « **75500025** »**,** le bénéficiaire de soins est identifié bénéficiaire de l'AME, le système de facturation affiche alors à l'écran la mention « AME ».

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_BS014] Déterminer le support de droit de la situation spécifique (EF_BS08_04)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le bénéficiaire des soins peut fournir une attestation papier justifiant des droits :

- soit à la C2S (délivrée par un AMO ou par un organisme complémentaire) ;
- soit de sortant de la C2S
- soit à l'AME
- soit de migrant de passage
- soit de Victime d'Attentat

Le support de droits de la situation spécifique (EF_BS08_04) correspond donc alors à l'attestation spécifique présentée par le bénéficiaire des soins.

Si le PS n'utilise pas d'attestation papier, le support de droits de la situation spécifique (EF_BS08_04) correspond soit au service ADRi soit à la carte Vitale, en fonction du support de droits AMO retenu en amont (EF_BS03_05).

[RG_BS339] Identifier la situation spécifique du bénéficiaire (EF_BS08_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Attestation spécifique

Le Professionnel de santé identifie une situation spécifique pour le bénéficiaire des soins à partir d'une attestation de droits à cette situation spécifique présentée par ce dernier

Le support de droits à la situation spécifique (EF_BS08_04) est donc l'Attestation spécifique dans ce cas-là.

En fonction de l'attestation fournie, la situation spécifique du bénéficiaire (EF_BS08_01) prend l'une des valeurs suivantes :

- C2S
- Sortant de C2S
- AME
- Migrant de passage
- Victime d'Attentat

Carte Vitale ou ADRi

Si le support de droits à la situation spécifique (EF_BS08_04) est soit la carte Vitale soit le service ADRi, la situation spécifique s'identifie à partir des données suivantes :

- Code service AMO bénéficiaire (EF_BS08_06) ou identifiant de contrat spécifique (EF_BS08_07)
- Code régime (EF_BS04_01) et code gestion (EF_BS03_03)

Ces données permettent d'identifier les situations spécifiques suivantes :

- C2S
- Sortant de C2S
- AME
- Autre situation de migrant

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

☞ L'identification de chacune de ces situations, en fonction du support de droits à la situation spécifique (EF_BS08_04) est détaillée ci-après dans la rubrique « Situations spécifiques » de la règle.

☞ **[SP11]** Forçage

Situations Spécifiques

[SP03] Identifier un bénéficiaire de C2S

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

➢ ***Support de droits spécifiques (EF_BS08_04) = Attestation spécifique***

Le bénéficiaire des soins peut être identifié bénéficiaire de la C2S s'il présente une attestation de droits à la C2S.

➢ ***Support de droits spécifiques (EF_BS08_04) = Carte Vitale ou ADRi***

Le système de facturation identifie à partir des données issues de la Vitale ou d'ADRi si le bénéficiaire de soins bénéficie de droits à la C2S.

L'identification est d'abord réalisée à partir de la donnée « code service AMO » si elle est renseignée, sinon à partir de l'identifiant de contrat spécifique.

Les différentes situations sont présentées dans le tableau suivant :

Situation spécifique du bénéficiaire			***Code service AMO bénéficiaire***	**Identification de contrat spécifique**
EF_BS08_01	**libellé**		***EF_BS08_06***	***EF_BS08_07***
SP03	**Bénéficiaire de la C2S**	←	01	Ignoré
			02	Ignoré
			03	Ignoré
			non renseigné	99999997
			non renseigné	88888888

☞ A noter qu'avec ADRi le code service AMO est toujours renseigné et qu'il n'y a donc jamais lieu de considérer l'Identifiant de contrat spécifique.

[SP04] Identifier un bénéficiaire sortant de C2S

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

➢ ***Support de droits spécifiques (EF_BS08_04) = Attestation spécifique***

Le bénéficiaire des soins est sortant de la C2S s'il présente une attestation de droit de sortant de C2S.

➢ ***Support de droits spécifiques (EF_BS08_04) = Carte Vitale ou ADRi***

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Le système de facturation identifie à partir des données issues de la Vitale ou d'ADRi si le bénéficiaire de soins bénéficie de droits à la C2S.

L'identification est d'abord réalisée à partir de la donnée « code service AMO » si elle est renseignée, sinon à partir de l'identifiant de contrat spécifique.

Les différentes situations sont présentées dans le tableau suivant :

Situation spécifique du bénéficiaire			***Code service AMO bénéficiaire***	**Identification de contrat spécifique**
EF_BS08_01	**libellé**		***EF_BS08_06***	***EF_BS08_07***
SP04	**Sortants de C2S**	←	10	Ignoré
			non renseigné	55555551

☞ A noter qu'avec ADRi le code service AMO est toujours renseigné et qu'il n'y a donc jamais lieu de considérer l'Identifiant de contrat spécifique.

[SP06] Identifier un bénéficiaire de l'AME

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

- ***Support de droits spécifiques (EF_BS08_04) = Attestation spécifique***

Ces personnes ne possèdent pas de carte Vitale **mais** uniquement une attestation de droits AME (Attestation d'admission à l'aide médicale de l'Etat).

Sur production de cette attestation, le Professionnel de Santé indique qu'il s'agit d'une AME.

Un bénéficiaire de l'AME est caractérisé sur l'attestation spécifique par son identifiant mutuelle égal à 75500017.

☞ Dans ce cas l'identifiant de contrat spécifique du bénéficiaire (EF_BS08_07) = **75500017** (cf. RG_BS022)

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

- ***Support de droits spécifiques (EF_BS08_04) = ADRi***

La situation de l'AME, non gérée en carte Vitale, peut être obtenue à partir du service ADRi : si l'identification mutuelle retourné par le service (EF_ADR013.01) correspond à la valeur « **75500025** »**,** la situation spécifique du bénéficiaire (EF_BS08_01) correspond à l'AME.

Dans ce cas l'identifiant de contrat spécifique du bénéficiaire (EF_BS08_07) = **75500025** (cf. RG_BS022).

☞ A noter que ce n'est pas cette valeur d'identification Mutuelle qui est transmise dans la FSE. → cf. MF2A119 [SP06]

[SP08.1] Identifier un bénéficiaire migrant de passage

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

➢ ***Support de droits spécifiques (EF_BS08_04) = Attestation spécifique***

Ces personnes ne possèdent pas de carte Vitale **mais** uniquement une attestation de droits spécifique.

Ces personnes sont identifiées par un NIR ayant une structure spécifique.

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

[SP08.2] Identifier un bénéficiaire « autre situation de migrant »

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

➢ ***Support de droits spécifiques (EF_BS08_04) = carte Vitale ou ADRi***

Le bénéficiaire « autre situation de migrant » est identifié par son code régime (EF_BS04_01) égal à 01 et par un code gestion Assurance Maladie de l'assuré (EF_BS03_03) égal à 70.

[SP18] Identifier un bénéficiaire victime d'attentat

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

➢ ***Support de droits spécifiques (EF_BS08_04) = Attestation spécifique***

Le bénéficiaire des soins peut être identifié bénéficiaire Victime d'Attentat s'il présente une attestation de droit Victime d'Attentat et que les soins sont en rapport avec les actes de terrorisme.

[RG_BS020] Acquérir la période de la situation spécifique du bénéficiaire (EF_BS08_02 ; EF_BS08_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La période de la situation spécifique correspond :

- à la date de début (EF_BS08_02)
- et de la date de fin de droits (EF_BS02_03).

Elle est connue uniquement quand le support d'identification de la situation spécifique (EF_BS08_04) est ADRi ou la carte Vitale.

Elle est renseignée comme suit :

			ADRi	Carte Vitale	
EF_BS08	**Situation particulière du bénéficiaire de soins**			#CDC	#DI
02	Date de début de la situation particulière	←	EF_ADR008.02	104-16	EF_CVIT12_02
03	Date de fin de la situation particulière	←	EF_ADR008.03	104-17	EF_CVIT12_03

Si le support d'identification de la situation spécifique (EF_BS08_04) est une attestation spécifique, ces informations ne sont pas renseignées.

Situations spécifiques

[SP06] Acquérir la période de droits à l'AME à partir d'ADRi

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Si le bénéficiaire est identifié bénéficiaire de l'AME à partir du service ADRi, i.e. si l'identifiant de contrat spécifique du bénéficiaire (EF_BS08_07) = 75500025, la période de droits à l'AME correspond aux dates suivantes :

EF_BS08	Situation particulière du bénéficiaire de soins		
02	Date de début de la situation particulière	←	EF_ADR014.02
03	Date de fin de la situation particulière	←	EF_ADR014.03

☞ **[SP11]** Forçage

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.10 BS30 : Déterminer le support Vitale

Vue générale

Nom BS30 ***Déterminer le support Vitale***

Description Cette tâche a pour but de déterminer le support Vitale présenté par le bénéficiaire de soins, à savoir la carte Vitale ou l'ApCV.

Aucune règle de priorité sur le choix de ces supports n'est définie.

Sorties Code support Vitale EF_BS25_01

Situations spécifiques Aucune

Règles de gestion

[RG_BS901] Déterminer le support Vitale (EF_BS25_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information permet d'indiquer le support Vitale présenté par le bénéficiaire de soins au Professionnel de Santé et utilisé pour le processus d'acquisition des informations du bénéficiaire de soins.

Le système de facturation détermine s'il s'agit de la carte Vitale ou de l'ApCV.

☞ Si c'est une carte Vitale, la lecture de la carte Vitale, puis une préparation et un affichage des informations qu'elle contient sont effectués (BS01 et BS02).

Si c'est une ApCV, l'acquisition d'un contexte ApCV puis un affichage des informations qu'il contient sont effectués (BS11 et BS12).

L'acquisition des informations du support Vitale par le système de facturation est imposée au moins une fois au début de l'élaboration de la facture.

Cas particuliers

[CP1] Changement de support Vitale à l'initiative du PS

PR			AM		LB	PH	FR	TR
M	CD	SF						

La mixité des données entre supports Vitale n'est pas autorisée.

Si en cours de facturation, le Professionnel change de support Vitale, cela entraine la perte des données précédemment acquises. Les informations issues du support Vitale précédent sont ainsi effacées.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

4 SP11 : Situation spécifique de forçage

Vue générale

Nom BS : Forcer les informations contenues en carte Vitale

Description Cette situation spécifique trace les cas où le professionnel de santé saisit des informations en complément ou en remplacement de celles acquises en carte Vitale.

Entrées

Sortie

Code indicateur de forçage service AMO famille	EF_BS05_04
Code indicateur de forçage de la situation spécifique	EF_BS08_05
Code indicateur de forçage organisme complémentaire	EF_BS16_03

4.1 Impact BS20 : Déterminer les informations d'identification et de droits AMO à retenir pour la facture

[RG_BS617] [SP11] Forcer les informations service AMO famille (EF_BS05_04)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dès lors qu'une attestation papier est présentée et justifiant des droits y afférents, le professionnel de santé peut élaborer une facture en rapport avec ces droits lorsque ces droits ne sont pas présents en carte Vitale (EF_CVIT11 non renseigné)

Le système de facturation valorise le code indicateur de forçage service AMO famille (EF_BS05_04).

4.2 Impact BS21.02.02 : Acquérir les informations en gestion unique

Préambule

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

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

Règles de gestion

[RG_BS500] [SP11] Forcer les informations de la complémentaire en gestion unique (EF_BS16_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

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

Le système de facturation valorise le code indicateur de forçage organisme complémentaire (EF_BS16_03).

➢ ***Forçage de la période de droits complémentaires et garanties effectives***

Le système de facturation doit permettre au Professionnel de Santé de modifier la période de droits complémentaires issue de la carte Vitale (EF_BS14).

Il doit également permettre de modifier le champ « garantie effective » (EF_BS13_02).

4.3 Impact BS22 : Identifier une situation particulière à partir de la carte Vitale

Règles de gestion

[RG_BS339] [SP11] Forcer la situation spécifique du bénéficiaire (EF_BS08_01) en complément de la carte Vitale (EF_BS08_05)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dès lors qu'une attestation papier est présentée et justifiant des droits

- à la C2S
- ou de sortant de C2S

le Professionnel de Santé peut élaborer une facture en rapport avec ces droits lorsque ces droits ne sont pas présents en carte.

Le système de facturation valorise le code indicateur de forçage de la situation particulière (EF_BS08_05).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

5 DF_BS : Domaine d'informations « Bénéficiaire de soins »

Ce chapitre contient :

- le modèle de données « Bénéficiaire de soins »,
- la liste des données fonctionnelles pour chaque entité fonctionnelle citée.

5.1 Modèle de données

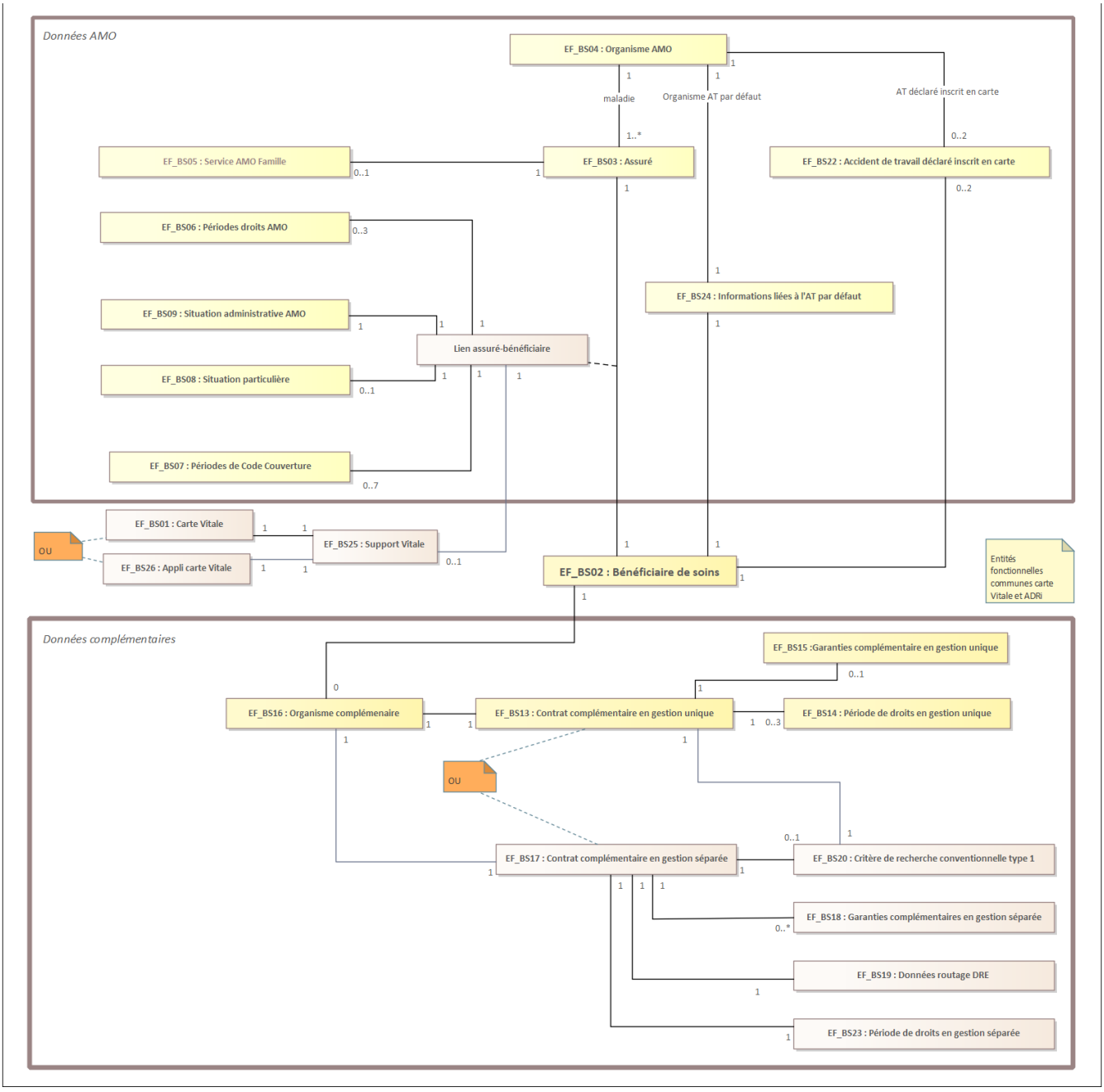


Figure 9 : [DF_BS] Modèle de données « Bénéficiaire de soins » : DF_BS

☞ Remarque

A noter que l'entité fonctionnelle EF_BS04 : organisme AMO est multi-occurente :

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- organisme « maladie/mater » (lié à EF_BS03)
- organisme « AT par défaut » (lié à EF_BS24)
- organisme « AT1 » (lié à EF_BS22)
- organisme « AT2 » (lié à EF_BS22)

Le nom de l'occurrence utilisée est nécessairement mentionnée quand il s'agit des organismes liés aux AT.

Dans le cas contraire, i.e. si le nom de l'occurrence utilisée n'est pas précisé , il s'agit de l'organisme « maladie/mater »

5.2 Liste des données fonctionnelles pour chaque entité

N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG_BS
EF_BS01	Carte Vitale	01	Numéro de série de la carte Vitale	N	352
		02	Type de carte Vitale	C	352
		03	Type d'identification du porteur de la carte	C	350
		04	Date de fin de validité de la carte Vitale	D	352
		93	Date de consultation des données	D	307
		95	Top compatibilité carte Vitale carte PS	T	010
		97	Top validité de la date de la carte Vitale	T	010
		98	Top non opposition de la carte Vitale	T	008
		99	Code validité physique de la carte Vitale	T	010
EF_BS02	Bénéficiaire de soins	01	Nom usuel	L	617
		02	Nom de famille	L	617
		03	Prénom	L	617
		04	NIR certifié	L	617
		05	Clé du NIR certifié	K	617
		06	Date de certification du NIR	D	617
		07	Date de naissance	D	617
		08	Adresse ligne 1	L	617
		09	Adresse ligne 2	L	617
		10	Adresse ligne 3	L	617
		11	Adresse ligne 4	L	617
		12	Adresse ligne 5	L	617
		98	Date de naissance corrigée	D	311

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG_BS
EF_BS03	Assuré	01	NIR de l'assuré	L	617
		02	Clé du NIR de l'assuré	K	617
		03	Code gestion assurance maladie de l'assuré	C	617
		04	Code indicateur Alsace-Moselle	C	052
		05	Code support de droits AMO	C	618
EF_BS04	Organisme AMO	01	Code régime	C	617
		02	Code caisse gestionnaire	C	617
		03	Code centre gestionnaire	C	617
EF_BS05	Service AMO famille	01	Code service AMO famille	C	617
		02	Date de début du service AMO famille	D	617
		03	Date de fin du service AMO famille	D	617
		04	Code indicateur de forçage service AMO famille	C	617
EF_BS06	Période droits AMO	01	Date de début de droits AMO	D	617
		02	Date de fin de droits AMO	D	617
EF_BS07	Période de code couverture	01	Code ALD	C	617
		02	Code situation	C	617
		03	Date de début de couverture	D	617
		04	Date de fin de couverture	D	617
EF_BS08	Situation spécifique du bénéficiaire de soins	01	Code situation spécifique	C	339
		02	Date de début de la situation spécifique	D	020
		03	Date de fin de la situation spécifique	D	020
		04	Code support de droits situation spécifique	C	014
		05	Code indicateur de forçage de la situation spécifique	C	339
		06	Code service AMO bénéficiaire		021
		07	Identifiant de contrat spécifique		022

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG_BS
EF_BS09	Situation administrative AMO	01	Rang de naissance	L	617
		02	Code qualité	C	617
		03	Code existence d'une déclaration de médecin traitant	C	617
EF_BS13	Contrat complémentaire en gestion unique	01	Identifiant de l'organisme complémentaire en gestion unique (MUTNUM)	L	500 330
		02	Code garanties effectives	C	500
		03	Code indicateur de traitement en gestion unique	C	500
		04	Type de service associés contrat en gestion unique	C	500
		05	Identifiant de l'organisme complémentaire (N° AMC)	L	328 330 331 500
		06	Code aiguillage STS en gestion unique	C	500
EF_BS14	Période de droits en gestion unique	01	Date de début des droits en gestion unique	D	500
		02	Date de fin des droits en gestion unique	D	500
EF_BS15	Garanties complémentaires en gestion unique	01	Codes garanties complémentaire en gestion unique	C	500
EF_BS16	Organisme complémentaire	01	Code mode de gestion complémentaire	C	078
		02	Code support de droits complémentaire	C	032
		03	Code indicateur de forçage organisme complémentaire	C	500
		98	mode de gestion complémentaire attestation		077
		99	mode de gestion complémentaire déduit		076
EF_BS17		01	Identifiant de l'organisme complémentaire (N° AMC)	L	351

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG_BS
	Contrat complémentaire en gestion séparée	02	Identifiant de l'adhérent	L	351
		03	Identifiant de l'assuré	L	002
		04	Code indicateur de traitement en gestion séparée	C	351
		05	Type de service associés du contrat en gestion séparée	C	351
		06	Services associés au contrat en gestion séparée	L	351
		07	Code aiguillage STS en gestion séparée	C	351
EF_BS18	Garanties complémentaires en gestion séparée	01	Codes garanties complémentaire en gestion séparée	C	351
EF_BS19	Données routage DRE	01	Code routage	C	351
		02	Identifiant de l'hôte	L	351
		03	Nom de domaine	L	351
EF_BS20	Critères recherche conventionnelle type 1	01	Type convention	C	622 351
		02	Code critère secondaire	C	351
EF_BS22	Accident du travail déclaré	01	Identifiant accident du travail	L	617
		02	Code gestion assurance accident du travail déclaré	C	617
		03	Code support de droits accident du travail déclaré	C	617
EF_BS23	Période de droits en gestion séparée	01	Date de début des droits en gestion séparée	D	351
		02	Date de fin des droits en gestion séparée	D	351
EF_BS24	Informations liées à l'organisme par défaut	01	Code support de droits accident du travail – organisme par défaut	C	617
EF_BS25	Support Vitale	01	Code support Vitale	C	901

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG_BS
EF_BS26	ApCV	01	Numéro de série de l'ApCV	N	902
		02	Type de l'ApCV	C	902
		03	Identifiant du contexte ApCV	N	902
		04	Date de fin de validité du contexte ApCV	D	902

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

6 Liste des règles de gestion

BS01 Lire et contrôler la carte Vitale 10

BS01.02 Lire les données de la carte Vitale 10

[RG_BS307] Déterminer la date de consultation des données de la carte Vitale (EF_BS01_93) 11
[RG_BS010] Lire les données de la carte Vitale 11
[CP1] Carte PS ne permettant pas de lire les données de droits AMO (EF_BS01_96) 11
[CE1] Carte Vitale absente ou inexploitable 11
[CE2] Carte Vitale non valide (EF_BS01_99) 12
[CE3] Carte Vitale non authentifiée 12
[CE4] Cartes incompatibles (EF_BS01_95) 12
[CE5] Date de fin de validité dépassée (EF_BS01_97) 13

BS01.03 Contrôler l'opposabilité de la carte Vitale 13

[RG_BS008] Contrôler l'opposition de la carte Vitale (EF_BS01_98) 13
[CE1] Carte Vitale en opposition 14

BS01.04 Acquérir les informations relatives à la carte Vitale 14

[RG_BS352] Acquérir les informations du support carte Vitale (EF_BS01) 14
[RG_BS350] Déterminer le type d'identification du porteur de la carte (EF_BS01_03) 14

BS02 Afficher les informations contenues dans la carte Vitale 16

[RG_BS324] Afficher le contenu de la carte Vitale 16
[CP1] Affichage des données en zone Mutuelle et en zone AMC 16
[CP2] Affichage de la donnée « zone commune complémentaire » 16
[RG_BS003] Afficher l'information d'existence de la déclaration d'un médecin traitant 16
[RG_BS314] Ne pas afficher les périodes de droits AMO 17
[CP1] Pas de période de droit AMO déterminée 17
[CP2] Bénéficiaire de soins affilié à la CFE 17
[SP08.2] Mettre à disposition les périodes de droits AMO 17

BS03 Sélectionner le bénéficiaire de soins 18

[RG_BS016] Sélectionner le bénéficiaire de soins 18

BS05 Acquérir les droits en ligne avec le service ADRi 19

[RG_BS625] Récupérer les données de droits du bénéficiaire de soins issues du service ADRi 19
[SP09] Appeler ADRi en l'absence de support Vitale 22
[RG_BS904] Appeler systématiquement ADRi en présence d'une ApCV (EF_BS25.01) 22
[CE1] ADRi est en échec en présence d'une ApCV 23

BS11 Acquérir un contexte ApCV 24

[RG_BS902] Acquérir le contexte ApCV issu de la demande d'authentification de l'utilisateur de l'ApCV 24
[CP1] ApCV de démonstration 25
[CP2] ApCV de test 25
[CE1] Erreur lors de la récupération du contexte ApCV 26
[CE2] Date de fin de validité du contexte ApCV 26

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

BS12 Afficher les informations du contexte ApCV 27

[RG_BS903] Afficher les informations contenues dans le contexte ApCV 27

BS20 Déterminer les informations de droits à retenir sur pour la part obligatoire 28

[RG_BS618] Déterminer le support de droits AMO retenu (EF_BS03_05) 29
[SP09] Déterminer le support de droits AMO retenu (EF_BS03_05) en l'absence de support Vitale 30
[RG_BS311] Corriger le siècle de naissance du bénéficiaire 30
[RG_BS617] Déterminer les données AMO du bénéficiaire des soins 30
[SP09] Acquérir les données d'identification et de droits AMO en l'absence de support Vitale 33
[SP09] [SP10] Acquérir les données d'identification et de droits AMO en l'absence de support Vitale pour une facture anonymisée 33
[RG_BS_R6bis] Contrôler la clé du numéro national d'immatriculation (EF_BS03_02) 34
[SP09] Contrôler la clé du numéro national d'immatriculation (EF_BS03_02) 34
[RG_BS052] Déterminer le code indicateur Alsace-Moselle (EF_BS03_04) 35
[CP1] Absence de code situation 35

BS21 Déterminer les informations de droits complémentaires à retenir pour la facture 36

BS21.01 Déterminer le support de droits complémentaires et le mode de gestion complémentaire 38

[RG_BS076] Déterminer le mode de gestion complémentaire déduit de la carte Vitale ou d'ADRi (EF_BS16_99) 39
[SP03] Déterminer le mode de gestion complémentaire déduit (EF_BS16_99) de la carte Vitale ou d'ADRi pour un bénéficiaire de la C2S 40
[SP04] Déterminer le mode de gestion complémentaire déduit de la carte Vitale ou d'ADRi (EF_BS16_99) pour un bénéficiaire sortant de la C2S 41
[SP06] Déterminer le mode de gestion complémentaire déduit du support de droits AMO (EF_BS16_99) 42
[RG_BS077] Déterminer le mode de gestion complémentaire à partir d'une attestation papier (EF_BS16_98) 42
[RG_BS032] Déterminer le support de droits complémentaire à retenir (EF_BS16_02) 42
[RG_BS078] Déterminer le mode de gestion complémentaire pour la facture (EF_BS16_01) 43
[SP03][CP1] Bénéficiaire de la C2S / Gestion unique dans le cadre du tiers payant coordonné 43

BS21.02 Déterminer les informations de droits complémentaires à retenir 43

BS21.02.01 Acquérir les informations en Gestion unique 45

[RG_BS500] Acquérir les informations de la complémentaire en gestion unique à partir de la carte Vitale ou ADRi 46
[RG_BS326] Acquérir les informations de la complémentaire en gestion unique (à partir d'un autre support de droits) 47
[RG_BS328] Déterminer l'identifiant de l'organisme complémentaire (à partir de la carte Vitale et ADRi) (EF_BS13_05) 48
[CP1] Absence de l'identifiant de l'organisme complémentaire représenté 48
[RG_BS330] Déterminer les identifiants de l'organisme complémentaire (à partir d'une attestation) (EF_BS13_01 et EF_BS13_05) 48
[CP1] « N° AMC » sur l'attestation a une longueur > 8 caractères 49

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[CP2] « N° AMC » sur l'attestation a une longueur inférieure ou égale à 8 caractères 50
[RG_BS331] Déterminer l'identifiant de l'organisme complémentaire (à partir du fichier patient) (EF_BS13_05) 51
[CP1] Absence de l'identifiant de l'organisme complémentaire représenté 51
[RG_BS622] Déterminer le type de convention en cas de gestion unique (EF_BS20_01) 51
[RG_BS366] Rechercher dans la table de correspondance 51

BS21.02.02 Acquérir les informations en Gestion Séparée 52

[RG_BS351] Acquérir les informations complémentaires en gestion séparée à partir de la carte Vitale 53
[CP1] Modification des données complémentaires en Gestion Séparée 55
[RG_BS353] Acquérir les informations complémentaires en gestion séparée (à partir d'un autre support de droits) 55
[RG_BS002] Acquérir l'identifiant de l'assuré (EF_BS17_03) (à partir d'un autre support de droits) 55

BS22 Identifier une situation spécifique pour le bénéficiaire 56

[RG_BS021] Acquérir le code service AMO du bénéficiaire (EF_BS08_06) 58
[RG_BS022] Acquérir l'identifiant de contrat spécifique du bénéficiaire (EF_BS08_07) 59
[RG_BS037] Informer le professionnel de santé d'une situation spécifique issue de la carte Vitale ou d'ADRi 59
[SP03] Informer le professionnel de santé d'une situation de C2S 59
[SP04] Informer le professionnel de santé d'une situation de sortant de C2S 60
[SP06] Informer le professionnel de santé d'une situation d'AME 60
[RG_BS014] Déterminer le support de droit de la situation spécifique (EF_BS08_04) 61
[RG_BS339] Identifier la situation spécifique du bénéficiaire (EF_BS08_01) 61
[SP03] Identifier un bénéficiaire de C2S 62
[SP04] Identifier un bénéficiaire sortant de C2S 62
[SP06] Identifier un bénéficiaire de l'AME 63
[SP08.1] Identifier un bénéficiaire migrant de passage 63
[SP08.2] Identifier un bénéficiaire « autre situation de migrant » 64
[SP18] Identifier un bénéficiaire victime d'attentat 64
[RG_BS020] Acquérir la période de la situation spécifique du bénéficiaire (EF_BS08_02 ; EF_BS08_03) 64
[SP06] Acquérir la période de droits à l'AME à partir d'ADRi 64

BS30 Déterminer le support Vitale 66

[RG_BS901] Déterminer le support Vitale (EF_BS25_01) 66
[CP1] Changement de support Vitale à l'initiative du PS 66

SP11 Forçage 67

[RG_BS617] [SP11] Forcer les informations service AMO famille (EF_BS05_04) 67
[RG_BS500] [SP11] Forcer les informations de la complémentaire en gestion unique (EF_BS16_03) 67
[RG_BS339] [SP11] Forcer la situation spécifique du bénéficiaire (EF_BS08_01) en complément de la carte Vitale (EF_BS08_05) 68

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Facturation SESAM-Vitale

Ordonnance du 24/04/1996

1.40 - Addendum 8

Mai 2024

IP : Acquérir les Informations des Prestations

Version	8.50
Date	05/01/2024
Référence	FACT-SFG-013
Information	RESTREINTE
Etat	PROVISOIRE

GIE SESAM-Vitale
5, boulevard Marie et Alexandre Oyon – 72 019 LE MANS Cedex 2
www.sesam-vitale.fr

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.

TABLE DES MATIERES

1 INTRODUCTION 5

1.1 OBJET DU DOCUMENT 5
1.2 POSITIONNEMENT DU DOCUMENT 5
1.3 CONTENU DU DOCUMENT 5
1.4 DOCUMENTS DE REFERENCE 5
1.5 ABREVIATIONS 5
1.6 DEFINITIONS 5
1.7 GUIDE DE LECTURE 5

2 PRESENTATION DE « ACQUERIR LES INFORMATIONS DES PRESTATIONS » 6

2.1 POSITIONNEMENT DE LA FONCTIONNALITE 6
2.2 DESCRIPTION DE LA FONCTIONNALITE 7

3 DESCRIPTION DETAILLEE DE LA FONCTIONNALITE « IP : ACQUERIR LES INFORMATIONS DES PRESTATIONS » 11

3.1 IP01 : ACQUERIR ET CONTROLER LES INFORMATIONS DE NIVEAU FACTURE 11
Règles Date de facturation 11
Règles Identification de la prescription 12
Règles Arrêt de travail 25
3.2 IP02 : ACQUERIR ET CONTROLER UNE PRESTATION 26
3.2.1 IP02.01 : Acquérir les informations détaillées de la prestation 29
Règles Prestation CCAM 29
Règles Prestation Biologie 32
Règles Délivrance de médicaments 32
Règles Prestation LPP 39
3.2.2 IP02.02 : Contrôler les informations détaillées de la prestation 42
Règles Prestation CCAM 42
Règles Prestation LPP 46
Règles Prestation de délivrance de médicaments 46
3.2.3 IP02.03 : Acquérir les informations générales de la prestation 48
Règles Coefficient de la prestation 49
Règles Quantité de la prestation 50
Règles Dénombrement de la prestation 51
Règles Montant des honoraires de la prestation 52
3.2.4 IP02.04 : Acquérir les informations supplémentaires de la prestation 55
3.2.5 IP02.05 : Contrôler les informations générales de la prestation 60
Règles Contrôle de la Date d'exécution 60
Règles Contrôle du Code prestation 61
Règles Coefficient 65
3.2.6 IP02.06 : Contrôler les informations supplémentaires de la prestation 66
Règles Complément de prestation 66
Règles Autres informations 67
3.2.7 IP02.07 : Acquérir les caractéristiques de la prestation 69
3.2.7.1 IP02.07.01 : Acquérir le code affiné de la prestation 70
3.2.7.2 IP02.07.02 : Acquérir le code acte de la prestation 80
3.2.8 IP02.08 : Acquérir et déterminer les informations d'exécution de la prestation 87
Règles Date d'exécution 88
Règles Lieu d'exécution 91
Règles Professionnel de sante exécutant salarié 94
3.3 IP03 : DETERMINER LES INFORMATIONS FINALES DES PRESTATIONS CCAM 96
3.4 IP04 : DETERMINER LES INFORMATIONS COMMUNES FINALES DE NIVEAU FACTURE 99
3.5 IP05 : CONTROLER LA COHERENCE DES PRESTATIONS 104
Règles Prestations entre elles 106
Règles Informations communes de la facture par rapport aux prestations 110
Règles Prestations CCAM 110
Règles Autres natures de prestations 113

4 SP11 : SITUATION SPECIFIQUE DE FORÇAGE 119

4.1.1 Impact IP02.01 : Acquérir les informations détaillées de la prestation 129
4.1.2 Impact IP02.02 : Contrôler les informations détaillées de la prestation 132
4.1.3 Impact IP02.05 : Contrôler les informations générales de la prestation 138

4.1.4 Impact IP02.06 : Contrôler les informations supplémentaires de la prestation 140
4.1.5 Impact IP02.07.02 : Acquérir le code acte de la prestation 141
4.1.6 Impact IP05 : Contrôler la cohérence des prestations 143

5 DF_IP : DOMAINE D'INFORMATION « INFORMATIONS PRESTATION » 145

5.1 MODELE DE DONNEES 145
5.2 LISTE DES DONNEES FONCTIONNELLES POUR CHAQUE ENTITE 146

6 LISTE DES REGLES DE GESTION 151

SCHEMAS DES OPERATIONS

FIGURE 1 : [IP] PERIMETRE DE "ACQUERIR INFORMATION PRESTATION" 6
FIGURE 2 : [SC_IP] ENCHAINEMENT DE IP : "ACQUERIR LES INFORMATIONS DES PRESTATIONS" 9
FIGURE 3 : [SC_IP02] ENCHAINEMENT DE IP02 : « ACQUERIR ET CONTROLER UNE PRESTATION » 27
FIGURE 4 : [SC_IP02.07] ENCHAINEMENT DE IP02.07 : « ACQUERIR LES CARACTERISTIQUES DE LA PRESTATION » 70
FIGURE 5 : [SC_IP02.08] ENCHAINEMENT DE IP02.08 : " ACQUERIR ET DETERMINER LES INFORMATIONS D'EXECUTION DE LA PRESTATION " 88
FIGURE 6 : [DF_IP] MODELE DE DONNEES DE LA FONCTIONNALITE IP « INFORMATIONS PRESTATION » : DF_IP 145

1 Introduction

1.1 Objet du document

Ce document a pour but de spécifier la fonctionnalité « IP : Acquérir les informations des Prestations ».

1.2 Positionnement du document

Cf. Guide de lecture référencé FACT-SFG-009.

1.3 Contenu du document

Outre ce chapitre introductif, ce document de spécifications fonctionnelles générales comporte les chapitres suivants :

- le chapitre 2 présente la fonctionnalité « IP : Acquérir les informations des Prestations »,
- le chapitre 3 décrit les opérations de la fonctionnalité « IP : Acquérir les informations des Prestations »,
- le chapitre 4 décrit les situations spécifiques,
- le chapitre 5 contient la synthèse des entités fonctionnelles,
- le chapitre 6 contient la liste des règles de gestion.

1.4 Documents de référence

Les documents de référence sont présentés dans le document GD (référencé FACT-SFG-009) du package documentaire.

1.5 Abréviations

Les abréviations utilisées sont répertoriées dans le document GD (référencé FACT-SFG-009) du package documentaire.

1.6 Définitions

Les définitions sont répertoriées dans le document GD (référencé FACT-SFG-009) du package documentaire.

1.7 Guide de lecture

Cf. document spécifique GD (référencé FACT-SFG-009).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

2 Présentation de « Acquérir les informations des prestations »

2.1 Positionnement de la fonctionnalité

Dans le processus de facturation SESAM-Vitale, l'acquisition des informations liées à la prestation intervient après l'acquisition des informations du professionnel de santé et du bénéficiaire de soins. Les données des prestations sont ensuite utilisées en lien avec les données de contexte de facturation de l'assurance maladie pour la valorisation de la facture.

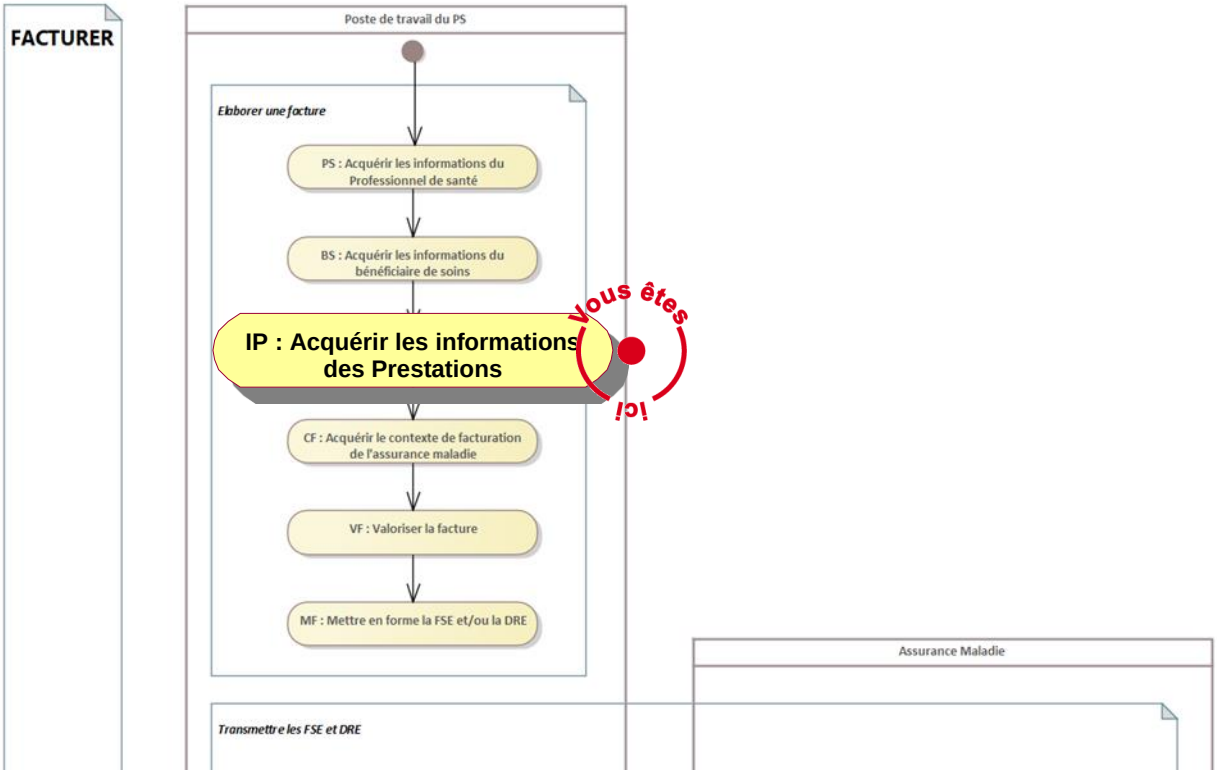


Figure 1 : [IP] Périmètre de "Acquérir information prestation"

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

2.2 Description de la fonctionnalité

Vue générale

Nom **IP : Acquérir les informations des prestations**

Description L'objet de cette fonctionnalité est d'acquérir l'ensemble des informations liées exclusivement à la (ou aux) prestation(s) réalisée(s) par le professionnel de santé auprès d'un bénéficiaire de soins, et ne dépendant pas du contexte de facturation du bénéficiaire de soins vis-à-vis de l'assurance maladie.

Exemple :

- le code prestation ou la date d'exécution des soins sont des informations caractérisant la prestation médicale réalisée par le Professionnel de santé.
  A ce titre elles relèvent du domaine de la fonctionnalité IP.

Contre Exemple :

- La nature d'assurance (maladie, maternité, AT) ou le contexte du parcours de soins (MT, hors parcours…) sont des informations liées à l'assurance maladie et à la façon dont les prestations seront prises en charge par l'assurance maladie, i.e. au contexte de facturation AM
  A ce titre elles relèvent du domaine de la fonctionnalité CF.

Il peut s'agir d'une prestation de soin (acte médical, paramédical ou dentaire, délivrance de médicament, acte de biologie, etc., i.e. une prestation de type support) ou d'une prestation associée (déplacement, majoration, etc., i.e. une prestation de type secondaire).

L'acquisition de ces informations doit également permettre de vérifier la cohérence des actes entre eux, mais aussi au regard des caractéristiques personnelles du professionnel de santé (spécialité, lieu d'exercice, etc.) et du bénéficiaire de soins (âge, etc.).

Cette fonctionnalité consiste pour le professionnel de santé, à fournir deux types d'informations pour les prestations effectuées : celles communes à l'ensemble de la facture et celles propres à chaque prestation.

L'acquisition et le contrôle des informations communes à l'ensemble de la facture sont répartis comme suit :

- d'une part, au début de la fonctionnalité, l'opération **IP01** permet d'acquérir toutes les données communes de la facture indépendantes des prestations,
  Exemple : « date de la facture »
- d'autre part, en fin de fonctionnalité, l'opération **IP04** permet d'acquérir les données communes de la facture dépendant de l'ensemble des prestations saisies.
  Exemple : « nombre de prestations de la facture »

L'acquisition des informations propres à chaque prestation est découpée en 2 opérations distinctes :

- d'une part l'opération **IP02** pour l'acquisition des informations caractérisant la prestation indépendamment des autres prestations,
  Exemple : « code prestation »
- d'autre part l'opération **IP03** pour l'acquisition des informations de chaque prestation nécessitant une connaissance d'ensemble de toutes les prestations constituant la facture. Ces informations concernent uniquement des prestations CCAM, et plus particulièrement la gestion des associations d'actes.
- Enfin, lorsque l'acquisition de toutes les prestations est effectuée, les informations sont contrôlées au regard de la facture (contrôles de niveau facture).

Entrées	Domaine Fonctionnel « Professionnel santé »	**DF_PS**
	Domaine Fonctionnel « Bénéficiaire soins »	**DF_BS**
Sorties	Domaine Fonctionnel « Informations Prestation »	**DF_IP**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Situations spécifiques	Bénéficiaire de la CMU complémentaire	SP03
	Forçage	SP11
	Victime d'attentat	SP18

Remarques générales

Cotation et montant des prestations

La cotation et le montant des prestations citées dans les exemples peut être déphasée par rapport à l'évolution de la réglementation. Ceux-ci sont donnés à titre indicatif.

Lettre clé Z

La mise en place de la CCAM pour les catégories de Professionnels de Santé concernés entraîne la disparition de la lettre clé Z.

Les règles et exemples concernant cette lettre-clé seront alors caduques.

Actes gratuits

La gratuité d'un acte support n'entraîne pas automatiquement la gratuité des actes secondaires qui lui sont rattachés.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

Le schéma ci-dessous présente l'enchaînement des opérations de la fonctionnalité « Acquérir les informations des prestations ».

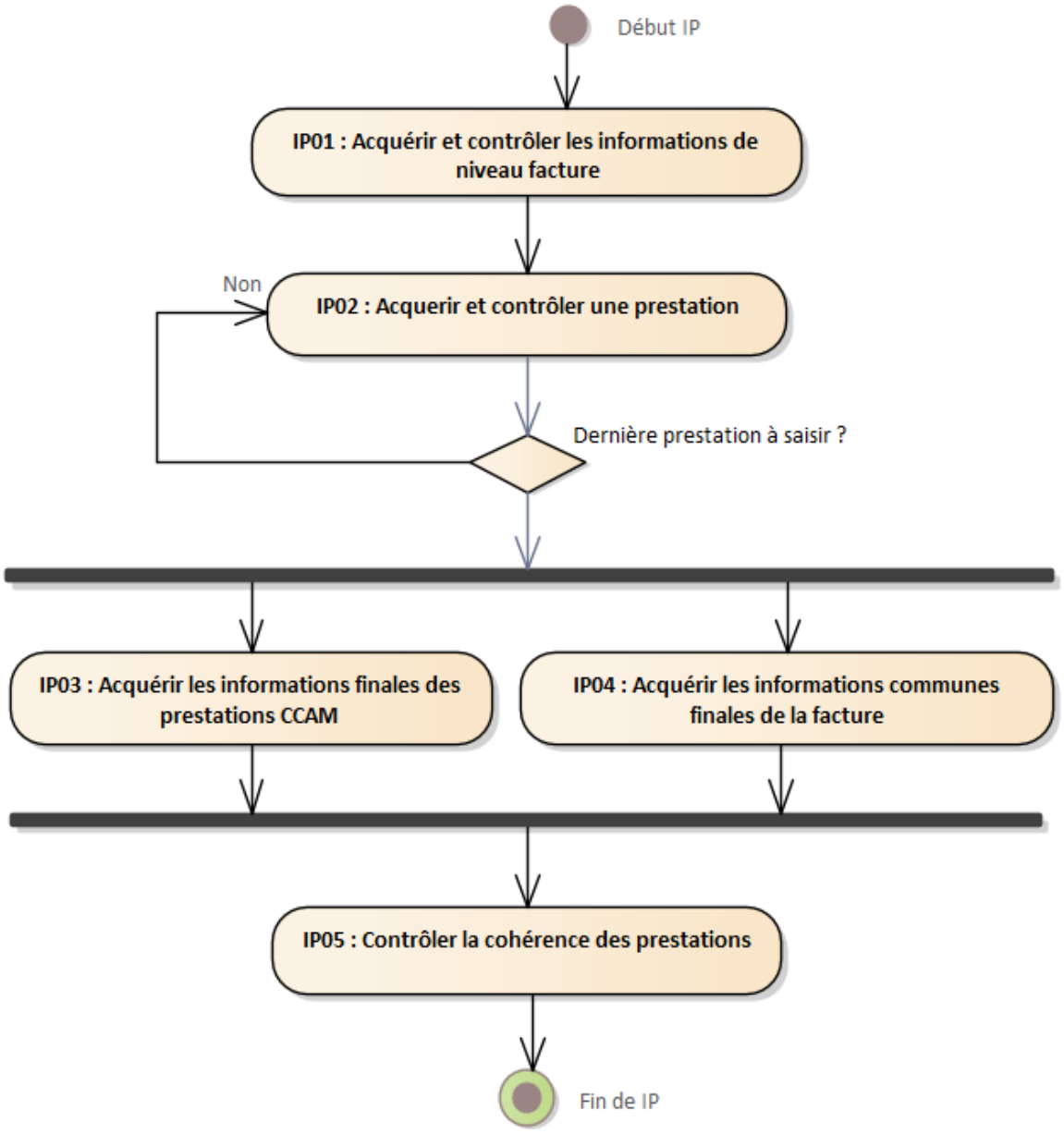


Figure 2 : [SC_IP] Enchaînement de IP : "Acquérir les informations des prestations"

Préambule

La fonctionnalité IP : "Acquérir les informations des prestations" comporte des règles qui ne relèvent pas d'une opération ou d'une tâche spécifique mais sont générales à toute la fonctionnalité. Ces règles sont présentées ci-après.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Réponse de prise en charge

Pour toutes les familles de Professionnel de Santé, seuls doivent figurer dans la facture, les actes, les produits et prestations figurant sur la réponse de prise en charge de l'organisme d'assurance maladie complémentaire. En conséquence, les éventuels produits et prestations facturés en sus de ceux figurant sur la prise en charge de l'organisme d'assurance maladie complémentaire doivent être facturés à part.

☞ Remarque : le circuit de la demande de prise en charge n'est pas dans le périmètre du système de facturation SESAM-Vitale.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3 Description détaillée de la fonctionnalité « IP : Acquérir les informations des prestations »

3.1 IP01 : Acquérir et contrôler les informations de niveau facture

Vue générale

Nom ***IP01*** ***Acquérir et contrôler les informations de niveau facture***

Description L'objet de cette opération est d'acquérir les informations des prestations effectuées par le professionnel de santé communes à l'ensemble de la facture.

Cette opération consiste à saisir :

- la date de facturation,
- pour les prescrits, les informations d'identification du prescripteur et de la prescription associée à la prestation dispensée,
- pour les professionnels de santé réalisant des soins dentaires, la date de début de soins,
- les informations relatives aux arrêts de travail.

Entrées Aucune

Sorties

Date de la facture	**EF_IP01_01**
Arrêt travail	**EF_IP02**
Prescription	**EF_IP03**

Situations spécifiques Aucune

Règles de gestion

Les règles de gestion concernant cette opération sont regroupées ci-après par thème.

Règles Date de facturation

[RG_IP305] Acquérir la Date de la facture (EF_IP01_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La date de la facture est renseignée par le Professionnel de Santé.

La date de la facture ne doit pas être postérieure à la date du jour (date système) de sécurisation de la facture, et ce quel que soit le mode de sécurisation appliqué.

Cas particuliers

[CP1] Actes en série ou série d'actes

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Dans le cas des actes en série ou lorsque sont en cause plusieurs actes ou prestations rapprochées relevant d'un même traitement, la date d'élaboration de la facture (EF_IP01_01) est renseignée dans la feuille de soins électronique, selon le choix du PS soit à :

- la date de paiement par l'assuré des actes ou prestations servies,
- la date de réalisation ou date de délivrance du dernier acte ou de la dernière prestation.

☞ **Remarque** : Un contrôle de cette date d'élaboration de la facture est prévu au niveau de l'opération IP05.

Règles Identification de la prescription

Préambule

Soins soumis à prescription

Le terme « prescription » doit être pris au sens large c'est-à-dire tous types de prescriptions : pharmacie mais aussi actes par auxiliaires médicaux, laboratoire, radios, articles de la LPP …

PS autorisés à prescrire

Outre les Professionnel de Santé de la famille « Prescripteurs » les autres familles de Professionnels de Santé peuvent également prescrire, dans les limites de la réglementation en vigueur.

Un suivi des prescriptions exécutées en ville est mis en place, en particulier pour les prescriptions issues des prescripteurs salariés des hôpitaux publics, mais aussi pour celles de tout autre prescripteur dès lors que les informations nécessaires figurent sur l'ordonnance.

L'objectif est d'obtenir, à la source, lors de l'exécution de la prescription, les informations d'identification des professionnels prescripteurs et leur condition d'exercice.

Identification du prescripteur

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

L'exécutant de la prescription (hospitalière ou non) doit pouvoir renseigner, dans sa facture, les informations d'identification du prescripteur et ces données devront être véhiculées dans les flux SESAM-Vitale.

Le prescripteur est identifié par son n° RPPS, et éventuellement le n° de structure dans laquelle il exerce, i.e. dans laquelle la prescription a été établie.

Lorsque les prestations facturées sont réalisées suite à une prescription, le système de facturation permet au Professionnel de Santé de saisir les informations d'identification du prescripteur à partir de la prescription à savoir :

- le n° d'identification de facturation du prescripteur, (EF_IP03_04)
- la clé du n° d'identification de facturation du prescripteur (EF_IP03_05)
- le n° de RPPS du prescripteur, (EF_IP03_07)
- la clé du n° RPPS du prescripteur (EF_IP03_08)

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- la date de la prescription, (EF_IP03_02)
- le code spécialité du prescripteur (uniquement pour les prescripteurs salariés ou bénévoles), (EF_IP03_06)
- l'identification de la structure dans laquelle le prescripteur exerce. (EF_IP03_09)
- l'identification de la prescription (EF_IP03_01)
- le code condition d'exercice du prescripteur (EF_IP03_10)

Prise en charge des soins soumis à prescription

Extrait de l'article 5 de la NGAP : « seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'assurance maladie, [...], les actes effectués personnellement par un auxiliaire médical, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale écrite qualitative et quantitative et qu'ils soient de leur compétence ».

Extrait de l'article 1er de la NABM : « la nomenclature, [...], établit avec leur cotation, la liste des actes susceptibles d'être pris en charge par l'assurance maladie qu'effectuent les directeurs, les directeurs adjoints et, sous leur responsabilité, les techniciens de laboratoires d'analyse de biologie médicale, dans la limite de leur compétence. »

Dans le cadre de l'exécution d'une ordonnance SMG, aucune autre pièce ne devra être demandée à l'assuré.

La prescription est obligatoire pour la délivrance des produits de la LPP par les familles : « Fournisseurs », « Pharmacien », « Auxiliaires-médicaux », et « Laboratoires d'analyse de biologie médicale ».

Les produits et prestations inscrits sur la LPP ne peuvent être remboursés par l'assurance maladie que sur prescription de certains Professionnels de Santé :

- sur prescription médicale d'un médecin, d'un chirurgien dentiste pour les produits et prestations nécessaires à l'exercice de son art,
- sur prescription médicale d'une sage-femme pour certains produits visés par arrêté,
- sur prescription d'auxiliaires médicaux, (masseurs kinésithérapeutes, infirmiers, pédicure podologues …).

Pour ces deux dernières puces, les limites de prescription sont fixées réglementairement. (Articles L4311-1 et L4321-1 du Code de la Santé Publique).

Délivrance d'un contraceptif à la mineure

Dans le cas de la délivrance d'un contraceptif autre que le contraceptif d'urgence, cette délivrance doit faire l'objet d'une facturation isolée des autres produits éventuellement mentionnés sur la prescription.

☞ Dans le cas de la délivrance du contraceptif d'urgence, cette délivrance doit faire nécessairement l'objet d'une facturation isolée du fait de l'absence de prescription.

Télémédecine

Le tableau ci-après présente une synthèse des cas particuliers liés à la facturation en télémédecine pour le renseignement des données liées à la prescription.

Ces cas particuliers sont spécifiés ci-après dans la partie « Règles de gestion ».

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règle	Donnée		En cas de télémédecine	Obligatoire / facultatif
	Référence	libellé		
[RG_IP307] [CP3]	(EF_IP03_04)	Numéro de prescripteur	Utilisé pour identifier à la place du PS prescripteur : le PS1 par le PS2 facturant ou le PS2 par le PS1 facturant	Obligatoire*
[RG_IP308] [CP3]	(EF_IP03_05)	Clé du numéro de prescripteur		Obligatoire*
[RG_IP367] [CP1]	(EF_IP03_07)	Numéro RPPS du prescripteur		Facultatif
[RG_IP368] [CP1]	(EF_IP03_08)	Clé du numéro RPPS du prescripteur		Facultatif
[RG_IP309] [CP1]	(EF_IP03_06)	Code spécialité du prescripteur		Obligatoire*
[RG_IP369] [CP1]	(EF_IP03_09)	Numéro de la structure du prescripteur		Facultatif
[RG_IP385] [CP1]	(EF_IP03_10)	Code condition d'exercice du prescripteur		Obligatoire*
[RG_IP311] [CP3]	(EF_IP03_02)	Date de prescription	Date de prescription de l'acte de télémédecine ou date de l'acte de télémédecine	Obligatoire*

O* : Obligatoire pour les situations de télémédecine suivantes :

- Accompagnement
- Télé expertise
- Télésoin

Non obligatoire dans les autres cas, à savoir :

- Téléconsultation
- Télésurveillance

Ces situations sont caractérisées par la valeur du groupe fonctionnel secondaire du code prestation (EF_IP05_04):

Règles de gestion

~~***[RG_IP390] Acquérir le code contraceptif à la mineure (EF_IP01_04)***~~

~~PR~~ ~~M~~ ~~CD~~ ~~SF~~ ~~AM~~ ~~LB~~ ~~PH~~ ~~FR~~ ~~TH~~

~~Le Professionnel de Santé a la possibilité d'indiquer au système de facturation que la facture fait l'objet d'une délivrance de contraceptif d'urgence à une mineure et, dans le cas de la délivrance d'un contraceptif autre que le contraceptif d'urgence, si la mineure demande à bénéficier de la confidentialité. Ce code peut donc prendre l'une des valeurs suivantes :~~

- ~~contraceptif d'urgence~~
- ~~contraceptif hors urgence avec confidentialité~~
- ~~contraceptif hors urgence sans confidentialité~~
- ~~OUI : facture en lien avec la délivrance d'un contraceptif d'urgence~~
- ~~NON : facture sans lien avec la délivrance de contraceptif d'urgence~~

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_IP397] Acquérir le code contexte de santé sexuelle (EF_IP01_07)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé a la possibilité d'indiquer au système de facturation que la facture est réalisée dans un contexte de santé sexuelle.

La donnée « Contexte santé sexuelle » peut prendre les valeurs :

- OUI : facture en contexte de santé sexuelle
- NON : facture hors contexte de santé sexuelle

☞ **Remarque :** ce contexte est notamment utilisé pour les examens médicaux ou les analyses de biologie médicale ou les produits de santé (hors contraceptif d'urgence), en lien avec la santé sexuelle tel que défini par la règlementation. Pour les bénéficiaires masculins, cela concerne la première consultation de contraception (CCP) ainsi que la délivrance de préservatifs pris en charge par l'Assurance Maladie.

[CP1] Délivrance de préservatifs

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas de la délivrance de préservatif pris en charge par l'Assurance Maladie, le système de facturation positionne ce code à la valeur OUI dès que le code prestation LPP dédié est saisi par le Professionnel de Santé.

[RG_IP394] Déterminer le code anonymisation de la facture santé sexuelle (EF_IP01_05)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Par défaut la facture santé sexuelle n'est pas anonymisée pour un bénéficiaire mineur.

Lors de la facturation d'examens médicaux ou de biologie médicale relatifs à la santé sexuelle contraception des mineures, la patiente ou le patient peut demander à bénéficier de la confidentialité. Dans ce cas le Professionnel de Santé renseigne cette information et le LPS positionne le code anonymisation de la facture contraception des mineures à la valeur « Anonymisation des examens pour contraception des mineures ».

Dans ce cas, si le code contexte santé sexuelle (EF_IP01_07) est à oui :

- le LPS positionne le code anonymisation de la facture à « Anonymisation de la facture santé sexuelle » si le bénéficiaire a moins de 18 ans ;
- le LPS positionne le code anonymisation de la facture à « Pas d'anonymisation de la facture santé sexuelle » si le bénéficiaire a plus de 18 ans.

Dans tous les cas, le ou la bénéficiaire peut demander à ne pas bénéficier de la confidentialité. Dans ce cas, le PS repositionne le code anonymisation de la facture à « Pas d'anonymisation de la facture ».

En revanche, un bénéficiaire majeur ne peut pas demander à bénéficier de la confidentialité.

☞ A noter que ces examens font l'objet d'une facturation isolée d'autres examens non relatifs à la santé sexuelle et qu'ils sont facturés dans le respect des tarifs opposables. contraception des mineures.

☞ Dans les cas de délivrance d'un contraceptif d'urgence, ce code anonymisation de la facture n'est pas utilisé.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

~~***[RG_IP395] Déterminer le code anonymisation de la facture IVG (EF_IP01_06)***~~

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

~~Lors de la facturation d'actes relatifs à l'interruption volontaire de grossesse (EF_IP05_03 = IVG) le PS choisit de transmettre la facture d'IVG anonymisée ou non (sur consigne de la caisse par exemple).~~

~~La valeur par défaut du code anonymisation de la facture IVG dépend du paramétrage choisi par le PS (RG_AP55_01). Pour autant le PS peut modifier cette valeur pour la facture qu'il est en train de réaliser.~~

~~La donnée peut prendre les valeurs :~~

- ~~OUI : anonymisation de la facture~~
- ~~NON : pas d'anonymisation de la facture~~

~~À noter que ces examens font l'objet d'une facturation isolée d'autres prestations qui ne sont pas en rapport avec l'IVG, d'où la notion de facture d'IVG.~~

[RG_IP307] Acquérir le Numéro de prescripteur (EF_IP03_04)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information est :

- soit issue du code à barre présent sur l'ordonnance et scanné par le PS ;
- soit inscrite sur l'ordonnance et saisie par le PS ;
- soit déduite du référentiel PS (DF_REF_PS) si cette donnée n'est pas présente sur l'ordonnance.
  Cette déduction s'appuie sur la règle de recherche RG_IP502.
  Dans tous les cas, le LPS laisse la possibilité au PS de modifier les informations issues du référentiel PS proposées par le LPS.
  Le LPS doit laisser la possibilité au PS de renseigner manuellement les informations du prescripteur.

Pour les prescripteurs exerçant comme salariés dans les établissements de santé et centres de santé, ce numéro est le n° FINESS de l'établissement.

Cas particuliers

~~***[CP1] Délivrance du contraceptif d'urgence ou de préservatifs à la mineure***~~

FR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

~~Lors de la délivrance du contraceptif d'urgence à la mineure (EF_IP01_04 = « contraceptif d'urgence »), le numéro de prescripteur est renseigné avec un numéro fictif yy199999 où yy représente le numéro du département du lieu d'implantation de la pharmacie.~~

~~Lors de la délivrance du contraceptif d'urgence ou de préservatifs pris en charge par l'Assurance Maladie (EF_IP01_04 = « OUI » ou facture le lien avec la délivrance de préservatifs contenant un code prestation LPP dédié), le numéro de prescripteur est renseigné avec un numéro fictif yy199999 où yy représente le numéro du département du lieu d'implantation de la pharmacie.~~

~~Dans ce cas, la clé du numéro d'identification du prescripteur est calculée à partir du numéro fictif précédent.~~

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[CP1] Absence d'ordonnance

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En l'absence d'ordonnance, le numéro de prescripteur est renseigné avec un numéro fictif communiqué par l'Assurance Maladie.

Dans ce cas, la clé du numéro d'identification du prescripteur est calculée à partir du numéro fictif précédent.

➢ ***Situation spécifique pour ce cas particulier***

[CP1][SP10] Facture anonymisée

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour certains contextes d'anonymisation de la facture, l'ordonnance est absente.

Il s'agit des contextes de :

- Délivrance de contraceptif d'urgence (EF_IP01_09 = CTX_CU)
- Délivrance de préservatifs remboursés à 100% (EF_IP01_09 = CTX_P100)

Dans ces cas, le numéro de prescripteur est renseigné avec un numéro fictif yy199999 où yy représente le numéro du département du lieu d'implantation de la pharmacie.

Par ailleurs, la clé du numéro d'identification du prescripteur est calculée à partir du numéro fictif précédent.

[CP2] Prescripteur remplaçant

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où la prescription a été établie par un Professionnel de Santé remplaçant, ce champ doit être renseigné avec le N° d'identification de facturation du PS remplacé.

[CP3] Facturation de Télémédecine

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de facturation de télémédecine, i.e. si la facture comporte au moins une prestation de télémédecine, (groupe fonctionnel : EF_IP05_03 = « Télémédecine »), cette information est utilisée pour identifier, à la place du PS prescripteur, le second PS en contact avec le PS facturant :

- soit le PS1 dans le cas d'une facture élaborée par le PS2 ;
- soit le PS2 dans le cas d'une facture élaborée par le PS1 ;

Cette information est obligatoire pour les actes de téléexpertise, ou accompagnement. (EF_IP05_04).

[RG_IP350] Contrôler le Numéro de prescripteur (EF_IP03_04)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas général, le numéro de prescripteur n'est pas contrôlé.

Cas particuliers

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[CP1] Facturation de prestations de télémédecine

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si la facture comporte au moins une prestation de télémédecine (EF_IP05_03 = « Télémédecine »), le n° de prescripteur, renseigné avec le n° d'identification du deuxième PS, doit être différent du n° d'identification du PS facturant (EF_PS03_09), hormis en cas de facturation en centre de santé (EF_PS04_11).

[CP2] Facturation de prestations d'accompagnement à la téléconsultation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si la facture comporte au moins une prestation d'accompagnement à la téléconsultation (EF_IP05_04 = « Accompagnement »), le LPS doit avertir le PS que le n° de prescripteur à saisir est celui du PS téléconsultant et que, de ce fait, la présence d'autres prestations sur la même facture n'est possible que pour des prestations prescrites par ce même PS.

[RG_IP308] Acquérir la clé du numéro de prescripteur (EF_IP03_05)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

L'acquisition de la clé est faite selon le même mode (saisie, scan ou référentiel PS) que celui utilisé pour le numéro auquel elle appartient : cf. RG_IP307

Cas particuliers

~~***[CP1] Délivrance du contraceptif d'urgence ou de préservatifs à la mineure***~~

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

~~Lors de la délivrance du contraceptif d'urgence à la mineure (EF_IP01_04 = « contraceptif d'urgence »), la clé du numéro d'identification du prescripteur est calculée à partir du numéro fictif.~~

~~Lors de la délivrance du contraceptif d'urgence ou de préservatifs pris en charge par l'Assurance Maladie (EF_IP01_04 = « OUI » ou facture le lien avec la délivrance de préservatifs contenant un code prestation LPP dédié), la clé du numéro d'identification du prescripteur est calculée à partir du numéro fictif.~~

[CP1] Numéro de prescripteur fictif

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La clé du numéro d'identification du prescripteur est calculée à partir du numéro de prescripteur fictif précédent.

☞ [SP10] : ce cas particulier inclut les cas de facture anonymisées réalisées en l'absence d'ordonnance (cf ; RG_IP307[CP1][SP10])

[CP2] Prescripteur remplaçant

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où la prescription a été établie par un Professionnel de Santé remplaçant, ce champ doit être renseigné avec la clé du n° d'identification de facturation du PS remplacé.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[CP3] Facturation de Télémédecine

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de facturation de télémédecine, i.e. si la facture comporte au moins une prestation de télémédecine, (groupe fonctionnel : EF_IP05_03 = « Télémédecine »), cette information est utilisée pour identifier, à la place du PS prescripteur, le second PS en contact avec le PS facturant :

- soit le PS1 dans le cas d'une facture élaborée par le PS2 ;
- soit le PS2 dans le cas d'une facture élaborée par le PS1 ;

Cette information est obligatoire pour les actes de téléexpertise, ou accompagnement. (EF_IP05_04).

[RG_IP367] Acquérir le numéro RPPS du prescripteur (EF_IP03_07)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information est :

- soit issue du code à barre présent sur l'ordonnance et scanné par le PS ;
- soit inscrite sur l'ordonnance et saisie par le PS ;
- soit déduite du référentiel PS (DF_REF_PS) si cette donnée n'est pas présente sur l'ordonnance.
  Cette déduction s'appuie sur la règle de recherche RG_IP502.
  Dans tous les cas, le LPS laisse la possibilité au PS de modifier les informations issues du référentiel PS proposées par le LPS.
  Le LPS doit laisser la possibilité au PS de renseigner manuellement les informations du prescripteur.

Cas particuliers

[CP1] Facturation de Télémédecine

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de facturation de télémédecine, i.e. si la facture comporte au moins une prestation de télémédecine, (groupe fonctionnel : EF_IP05_03 = « Télémédecine »), cette information est utilisée pour identifier, à la place du PS prescripteur, le second PS en contact avec le PS facturant :

- soit le PS1 dans le cas d'une facture élaborée par le PS2 ;
- soit le PS2 dans le cas d'une facture élaborée par le PS1 ;

[RG_IP368] Acquérir la clé du numéro RPPS du prescripteur (EF_IP03_08)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

L'acquisition de la clé est faite selon le même mode (saisie, scan ou référentiel PS) que celui utilisé pour le numéro auquel elle appartient : cf. RG_IP367

Cas particuliers

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[CP1] Facturation de Télémédecine

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de facturation de télémédecine, i.e. si la facture comporte au moins une prestation de télémédecine, (groupe fonctionnel : EF_IP05_03 = « Télémédecine »), cette information est utilisée pour identifier, à la place du PS prescripteur, le second PS en contact avec le PS facturant :

- soit le PS1 dans le cas d'une facture élaborée par le PS2 ;
- soit le PS2 dans le cas d'une facture élaborée par le PS1 ;

[RG_IP_R6] Contrôler la clé des numéros de prescripteur (EF_IP03_05) et (EF_IP03_08)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de vérifier la clé des numéros de prescripteur après saisie de ces numéros par l'exécutant

Cette règle a pour objet de contrôler :

- d'une part la clé du numéro de facturation du prescripteur (EF_IP03_05),
- d'autre part la clé du numéro RPPS du prescripteur (EF_IP03_08).

Cette vérification est faite à partir de l'algorithme de calcul suivant :

- Numéroter les chiffres du numéro de la droite vers la gauche
- Multiplier par 1 les chiffres de rang pair
- Multiplier par 2 les chiffres de rang impair
- Additionner l'ensemble de ces résultats, chiffre par chiffre
- Déterminer le complément à 10 du chiffre unitaire de cette somme : il constitue la clé.

Cas particuliers

[CP1] Présence de lettres dans le numéro

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas de numéros renfermant des lettres, le calcul de clé se réalise par transposition de la lettre par un chiffre de la manière suivante :
A par 1, B par 2, C par 3, D par 4 etc…

La clé ainsi calculée doit être égale à la clé saisie

[RG_IP309] Acquérir le Code spécialité du prescripteur (EF_IP03_06)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La spécialité du professionnel de santé ayant établi l'ordonnance est demandée :

- Lorsque le prescripteur est salarié ou bénévole (d'un établissement de soins ou d'une structure) pour les actes facturés soumis à prescription (ce code ne figure pas en clair sur l'ordonnance mais il est à déduire du libellé de la spécialité du prescripteur salarié qui figure sur l'ordonnance).

Cette information est :

- soit inscrite sur l'ordonnance et saisie par le PS ;

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- soit déduite du référentiel PS (DF_REF_PS) si cette donnée n'est pas présente sur l'ordonnance.
  Cette déduction s'appuie sur la règle de recherche RG_IP502.
  Dans tous les cas, le LPS laisse la possibilité au PS de modifier les informations issues du référentiel PS proposées par le LPS.
  Le LPS doit laisser la possibilité au PS de renseigner manuellement les informations du prescripteur.

Cas particuliers

[CP1] Facturation de Télémédecine

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de facturation de télémédecine, i.e. si la facture comporte au moins une prestation de télémédecine, (groupe fonctionnel : EF_IP05_03 = « Télémédecine »), cette information est utilisée pour identifier, à la place du PS prescripteur, le second PS en contact avec le PS facturant :

- soit le PS1 dans le cas d'une facture élaborée par le PS2 ;
- soit le PS2 dans le cas d'une facture élaborée par le PS1 ;

Cette information est obligatoire si le PS à identifier est salarié, i.e. si sa condition d'exercice (EF_IP03_10) est différente de la valeur « L »: Libéral.

[RG_IP310] Acquérir le Code prescription établie par un médecin SNCF (EF_IP03_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce code, demandé dans certains cas de tarification (voir règles RG_VF_T2bis, RG_VF_T2ter, RG_VF_T2quater), indique si la prescription a été établie par un médecin SNCF.

Cette information est saisie par le Professionnel de Santé. Elle n'est pas transmise dans la facture mais sert de donnée intermédiaire pour certaines règles de la fonctionnalité VF « Valoriser Facture ».

[RG_IP311] Acquérir la Date de prescription (EF_IP03_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information est la date à laquelle la prescription a été établie. Elle est à prendre sur l'ordonnance et saisie par le PS.

Cette date doit impérativement être antérieure ou égale à la date de la prestation la plus ancienne de la facture.

Cas particuliers

[CP1] Soins dentaires

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle est spécifique aux professionnels de santé réalisant des soins dentaires (obligatoire pour les chirurgiens-dentistes (EF_PS04_10 = « CD ») et les spécialités de médecin pouvant réaliser des soins dentaires à savoir les spécialités 18, 44, 45 et 69 et les médecins généralistes (spécialités 01, 22, 23).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Lorsqu'un professionnel de santé soigne un patient sur plusieurs séances pour plusieurs problèmes non liés, il indique la date d'exécution du soin le plus ancien sauf s'il y a une prothèse dentaire ou soins d'orthopédie dento-faciale, la date de prescription (EF_IP03_02) correspond alors à la date de proposition.

En cas de soins consécutifs à un bilan bucco-dentaire (BBD), cette date doit être obligatoirement renseignée avec la date du BBD.

~~*[CP2] Délivrance du contraceptif d'urgence ou de préservatifs à la mineure*~~

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

~~Lors de la délivrance du contraceptif d'urgence ou de préservatifs pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie à la mineure (EF_IP01_04 = « OUI » ou facture le lien avec la délivrance de préservatifs contenant un code prestation LPP dédié) (EF_IP01_04 = « contraceptif d'urgence »), la date de prescription correspond à la date de délivrance du contraceptif d'urgence.~~

[CP3] Facturation de Télémédecine

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de facturation de télémédecine, i.e. si la facture comporte au moins une prestation de télémédecine, (groupe fonctionnel : EF_IP05_03 = « Télémédecine »), cette information correspond à la date de prescription de l'acte de télémédecine ou la date de l'acte de télémédecine.

Cette information est obligatoire pour les actes de téléexpertise, ou accompagnement (EF_IP05_04)

[RG_IP326] Contrôler la Date de prescription (EF_IP03_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette date est nécessairement :

- antérieure ou égale à la date de facturation (EF_IP01_01)
- et postérieure ou égale à la date de naissance du bénéficiaire des soins (EF_BS02_07).

[RG_IP317] Acquérir le n° d'Identification de la prescription (EF_IP03_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information est prévue dans le cadre d'une utilisation future. Elle n'est pas renseignée dans la présente version.

Elle est prévue pour être renseignée avec le n° d'ordre de la prescription (à prendre sur l'ordonnance électronique).

[RG_IP369] Acquérir le numéro de la structure du prescripteur (EF_IP03_09)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information est :

- soit issue du code à barre présent sur l'ordonnance et scanné par le PS ;
- soit inscrite sur l'ordonnance et saisie par le PS ;

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- soit déduite du référentiel PS (DF_REF_PS) si cette donnée n'est pas présente sur l'ordonnance.
  Cette déduction s'appuie sur la règle de recherche RG_IP502.
  Dans tous les cas, le LPS laisse la possibilité au PS de modifier les informations issues du référentiel PS proposées par le LPS.
  Le LPS doit laisser la possibilité au PS de renseigner manuellement les informations du prescripteur.

Cette information inclut la clé du numéro de structure.

Cas particuliers

[CP1] Facturation de Télémédecine

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de facturation de télémédecine, i.e. si la facture comporte au moins une prestation de télémédecine, (groupe fonctionnel : EF_IP05_03 = « Télémédecine »), cette information est utilisée pour identifier, à la place du PS prescripteur, le second PS en contact avec le PS facturant :

- soit le PS1 dans le cas d'une facture élaborée par le PS2 ;
- soit le PS2 dans le cas d'une facture élaborée par le PS1 ;

[RG_IP385] Acquérir le code condition d'exercice du prescripteur (EF_IP03_10)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information est saisie par le PS. Elle précise si le prescripteur a agi en tant que :

- Libéral valeur « L »,
- Salarié valeur « S »,
- Bénévole valeur « B ».

Cas particuliers

[CP1] Facturation de Télémédecine

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de facturation de télémédecine, i.e. si la facture comporte au moins une prestation de télémédecine, (groupe fonctionnel : EF_IP05_03 = « Télémédecine »), cette information est utilisée pour identifier, à la place du PS prescripteur, le second PS en contact avec le PS facturant :

- soit le PS1 dans le cas d'une facture élaborée par le PS2 ;
- soit le PS2 dans le cas d'une facture élaborée par le PS1 ;

Cette information est obligatoire pour les actes de téléexpertise, ou accompagnement (EF_IP05_04)

[RG_IP386] Acquérir le code origine de la prescription (EF_IP03_11)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Le système de facturation doit permettre au professionnel de santé exécutant une prescription de renseigner dans sa facture l'origine de la prescription.
Cette information permet de préciser :

- soit le contexte de la prescription par rapport au parcours de soins : pour une prescription établie par un prescripteur concerné par le parcours de soins, le Professionnel de Santé réalisant la facture indique si la prescription a été établie
  - par le médecin traitant,
  - par un médecin correspondant,
  - par un autre médecin dans le respect du parcours de soins,
  - hors parcours de soins.

Il est à noter que les Professionnels de Santé de la famille Fournisseurs ne sont pas concernés par le renseignement du code origine de la prescription pour le contexte du parcours de soins.

- soit le contexte de renouvellement, dans le cadre de la délivrance de l'optique pour indiquer si le Professionnel de Santé délivre un renouvellement sans disposer d'une nouvelle ordonnance. Le code origine de la prescription prend l'une des valeurs suivantes :
  - Renouvellement Adapté (cas de l'optique)
  - Renouvellement à l'Identique de la prescription Initiale (cas de l'optique)

Ces informations sont exclusives, le code origine de la prescription ne peut prendre qu'une signification à la fois.

Cette information est lue, le cas échéant, par le professionnel de santé exécutant sur l'ordonnance.

[RG_IP502] Rechercher une donnée à partir du référentiel PS

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si cette donnée n'est pas présente sur l'ordonnance, le Référentiel PS (DF_REF_PS) est utilisé selon les modalités décrites dans le tableau ci-dessous :

N° présents sur l'ordonnance		**Utilisation du Référentiel PS par le LPS**	
N° FINESS	**N° RPPS**	**Données recherchées**	**Critères de recherche**
x	x	Code spécialité	N° RPPS La recherche est réalisée avec uniquement le n° RPPS.
x		N° RPPS Code spécialité	N° FINESS + si nécessaire, autres données présentes sur l'ordonnance et disponibles dans le référentiel PS (nom, prénom…) Si aucune donnée n'est trouvée en utilisant le N° FINESS, une autre recherche est réalisée avec uniquement les autres critères.
	x	N° FINESS Code spécialité	Coordonnées de l'établissement +

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

			si nécessaire, autres données présentes sur l'ordonnance et disponibles dans le référentiel PS
		N° RPPS N° FINESS Code spécialité	Données présentes sur l'ordonnance et disponibles dans le référentiel PS (coordonnées de l'établissement, nom, prénom, …)

Si le LPS trouve dans le référentiel PS plusieurs prescripteurs répondant aux critères de recherche, le LPS demande au PS de sélectionner un prescripteur.

Cette recherche peut être utilisée pour règles suivantes :

[RG_IP307]	***Acquérir le Numéro de prescripteur (EF_IP03_04)***
[RG_IP309]	***Acquérir le Code spécialité du prescripteur (EF_IP03_06)***
[RG_IP367]	***Acquérir le numéro RPPS du prescripteur (EF_IP03_07)***
[RG_IP369]	***Acquérir le numéro de la structure du prescripteur (EF_IP03_09)***

[RG_IP504] ***Scanner le code à barre de l'ordonnance***

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si un code à barre est présent sur l'ordonnance, le LPS doit offrir la possibilité au Professionnel de Santé de le scanner.

Règles Arrêt de travail

[RG_IP312] ***Acquérir le nombre de jours d'Arrêt de Travail (EF_IP02_01)***

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information est saisie par le PS.

☞ Remarque : cette information n'est ni utilisée ni transmise dans la facture. Cette acquisition est prévue pour utilisation future

[RG_IP313] ***Acquérir la Date de fin d'Arrêt de Travail (EF_IP02_02)***

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information est saisie par le PS.

☞ Remarque : cette information n'est ni utilisée ni transmise dans la facture. Cette acquisition est prévue pour utilisation future

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.2 IP02 : Acquérir et contrôler une prestation

Vue générale

Nom ***IP02 Acquérir et contrôler une prestation***

Description L'objet de cette opération est d'acquérir les informations propres à la prestation réalisée à l'attention du bénéficiaire de soins. Cette prestation peut être une prestation de soins (acte médical, délivrance de médicaments, analyse, etc.), une prestation de type déplacement, une prestation de majoration….

La notion de prestation correspond à une ligne d'acte de la facture, i.e. un code prestation (EF_IP04_01).

Cette opération consiste pour le professionnel de santé, à renseigner les informations générales, supplémentaires et détaillées relatives à la prestation d'un point de vue médical et métier du PS.

- Les informations générales sont les informations à renseigner systématiquement dans tous les cas.
- Les informations supplémentaires sont les informations à renseigner facultativement selon les cas.
- Les informations détaillées sont les informations liées à la codification affinée de la prestation.

Ces informations sont ensuite contrôlées.

Objet de l'acquisition des informations relatives à la prestation
Le système de facturation permet la saisie et l'acquisition des informations relatives aux prestations effectuées, au type de facturation applicable, etc.

Entrées Aucune

Sorties		
	Prestation	EF_IP04
	Type prestation	EF_IP05
	Lieu d'exécution prestation	EF_IP06
	PS Exécutant salarié	EF_IP07
	Supplément de prestation	EF_IP08
	Détail prestation CCAM	EF_IP09
	Détail prestation CCAM-modificateurs	EF_IP10
	Détail prestation CCAM dentaire	EF_IP11
	Détail prestation biologie	EF_IP12
	Détail prestation pharmacie	EF_IP13
	Détail code CIP	EF_IP14
	Détail prestation LPP	EF_IP15
Situations spécifiques	Forçage	SP11
	Victime d'attentat	SP18

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

Le schéma ci-dessous présente l'enchaînement des tâches de l'opération « Acquérir prestation ».

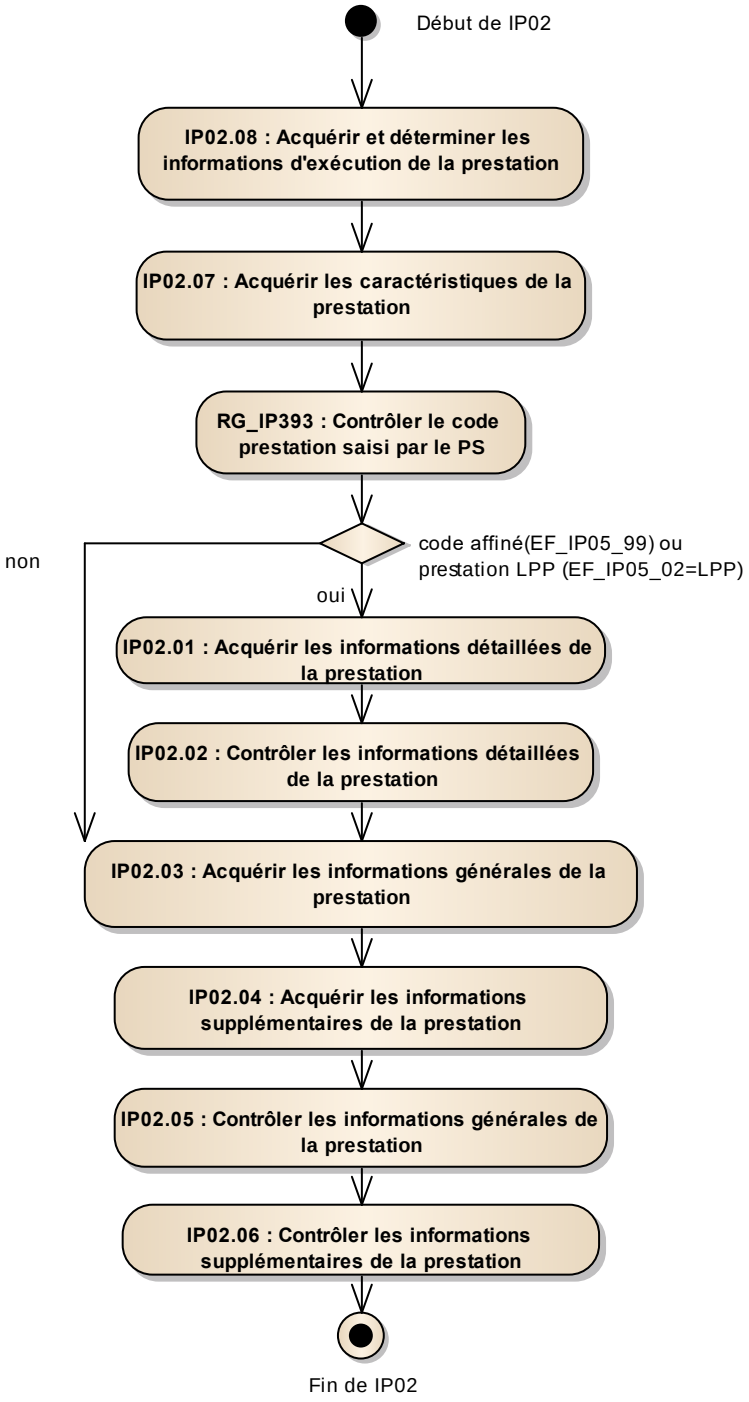


Figure 3 : [SC_IP02] Enchaînement de IP02 : « Acquérir et contrôler une prestation »

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

☞ **Remarque** : L'acquisition des données affinées s'effectue avant les données générales. En effet, pour une prestation donnée, il est nécessaire de connaître les informations de niveau détaillé pour en déduire les informations de niveau général.

Règles de gestion

[RG_IP393] Contrôler le code prestation saisi par le PS (EF_IP04_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

- soit à un code prestation présent en table 1 de l'annexe 2bis (EF_A2_T1) et de code origine « PS » (EF_IP05_06= « PS »)
- soit à un code prestation non présent en table 1 de l'annexe 2bis (EF_A2_T1) (cas de forçage)

Il ne doit en aucun cas correspondre à un code prestation présent en table 1 de l'annexe 2bis (EF_A2_T1) et de code origine « LPS » (EF_IP05_06= « LPS »)

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.2.1 IP02.01 : Acquérir les informations détaillées de la prestation

Vue générale

Nom ***IP02.01 Acquérir les informations détaillées de la prestation***

Description L'objet de cette tâche est d'acquérir les informations détaillées relatives à la prestation dispensée par le professionnel de santé au bénéficiaire de soins, dès lors que cette prestation se caractérise par une prestation affinée.

L'acquisition de ces informations est liée à la nature de la prestation. Il peut s'agir :

- d'une prestation CCAM
- d'une prestation de pharmacie (ex. : médicament)
- d'une prestation de biologie ou anatomo-cyto-pathologie (ex. : analyse)
- d'une prestation LPP (ex. : dispositif médical)

Entrées	Date d'exécution de la prestation	EF_IP04_02
	Base CCAM	DF_CCAM
Sorties	Détail prestation CCAM	EF_IP09
	Détail prestation CCAM dentaire	EF_IP10
	Détail prestation CCAM modificateurs	EF_IP11
	Détail prestation biologie	EF_IP12
	Détail prestation pharmacie	EF_IP13
	Détail attributs code CIP	EF_IP14
	Détail prestation LPP	EF_IP15
Situations spécifiques	Forçage	SP11

Règles de gestion

Les règles de gestion concernant cette opération sont regroupées ci-après par thème.

Règles Prestation CCAM

Préambule

Informations détaillées de la prestation CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

- Données facultatives :
  - Code modificateur CCAM AMO (EF_IP10_01)
  - Code association CCAM (EF_IP09_04)
  - Numéro de dents (EF_IP11_01)
  - Code supplément de charge CCAM (EF_IP09_05)
    - Données renseignées automatiquement par le système de facturation :
  - Code modificateur CCAM AMC. (EF_IP10_02)

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- Données non renseignées :
  - Code extension documentaire (EF_IP09_06)

Règles de gestion

[RG_IP_CC9] Acquérir les codes modificateurs CCAM AMO (EF_IP10_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La valeur de chaque modificateur saisi par le Professionnel de Santé et transmis dans la facture doit être connu dans la base CCAM (DF_CCAM)

- à la date d'exécution de la prestation (EF_IP04_02),
- et pour le contexte tarifaire de la prestation.

  Le contexte tarifaire de la prestation est constitué :
  - du contexte tarifaire PS de la prestation (EF_IP04_08),
  - et du contexte tarifaire BS de la prestation (EF_IP04_09).

La mise en œuvre de cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règles CC9 et CC9b.

☞ Remarque

- Cette règle est à appliquer autant de fois que de modificateurs saisis par le Professionnel de Santé.

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

[RG_IP_CC1] Acquérir le Code association CCAM (EF_IP09_04)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le code association CCAM est saisi par le Professionnel de Santé selon les règles suivantes :

- Pour une prestation (acte/activité/phase) n'appartenant à aucune association, cette donnée est non renseignée.
- Lorsque la prestation appartient à une association d'actes, le code association doit être transmis pour chaque acte/activité/phase de cette association. Deux cas de figure sont possibles :
  - Association non prévue : pour une association d'actes non prévue, le code association transmis est renseigné par le professionnel de santé.

    La valeur du code association CCAM saisi par le professionnel de santé, et transmis dans la facture pour chaque acte d'une association non prévue, doit être connue dans la base CCAM (DF_CCAM)

  - à la date d'exécution de la prestation (EF_IP04_02),
  - et pour le contexte tarifaire de la prestation (EF_IP04_08 / EF_IP04_09).
  - Association prévue : pour une association d'actes prévue, le code association CCAM transmis est nécessairement non renseigné.

La mise en œuvre de cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règle CC1.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

☞ Le système de facturation détermine l'existence d'associations d'actes et leur nature (cf. IP03). En fonction de ces informations, le système peut demander au Professionnel de santé, pour chaque prestation appartenant à une association non prévue, la saisie du code association si celui-ci n'a pas été renseigné.

☞ Remarque : Un contrôle de ce code association CCAM est prévu au niveau de l'opération IP05

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

[RG_IP391] Acquérir les Numéros de dents traitées en CCAM (EF_IP11_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type CCAM (EF_IP05_02= « CCAM »), concernant des actes dentaires pour lesquels il est possible de préciser les n° de dents traitées, le Professionnel de Santé indique le numéro de chaque dent traitée.

Il est possible d'indiquer jusqu'à 16 numéros de dent.

Numérotation des dents

La numérotation des dents à utiliser se conforme à la norme ISO 3960-1984 et permet de numéroter chaque dent ainsi que les sextants et les maxillaires.

Numérotation des dents

1er caractère : indication du quadrant : 1 à 4 pour les dents définitives, 5 à 8 pour les dents de lait

2ème caractère : localisation de la dent dans un même quadrant : de 1 à 8.

Numérotation sextants et maxillaires :

01	maxillaire supérieur
02	mandibule (maxillaire inférieur)
03	Sextant supérieur droit
04	Sextant antéro-supérieur
10	Quadrant supérieur droit
20	Quadrant supérieur gauche

05	Sextant supérieur gauche
06	Sextant inférieur gauche
07	Sextant antéro-inférieur
08	Sextant inférieur droit
30	Quadrant inférieur gauche
40	Quadrant inférieur droit

☞ Ces précisions concernant la numérotation des dents sont données à titre indicatif. Le système de facturation n'est pas tenu de réaliser de contrôle sur la validité du n° de dent saisi par le Professionnel de Santé.

☞ Les contrôles portant sur les n° de dents des prestations CCAM sont spécifiés par les règles RG_IP_R43, RG_IP_RC14 et RG_IP_CC5.

[RG_IP_CC14] Acquérir le Code supplément de charges CCAM (EF_IP09_05)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour certaines prestations, un supplément de charges est prévu pour le cas où elles seraient effectuées en " Cabinet ".

Dans ce cas, le Professionnel de santé doit renseigner le code supplément de charges CCAM (EF_IP09_05) à la valeur « C ».

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Une prestation est considérée effectuée en cabinet si le code lieu d'exécution de la prestation (EF_IP06_01) est valorisé à zéro et que le lieu d'exécution de l'acte (EF_IP06_02) n'est pas renseigné.

La mise en œuvre de cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règle CC14

Le progiciel est tenu d'utiliser le service SRT proposé quel que soit l'acte CCAM saisi.

Le service SRT inclut la vérification du type de l'acte à contrôler (acte dentaire ou non).

[RG_IP318] Acquérir le code extension documentaire (EF_IP09_06)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le code extension documentaire affine le code de l'acte à un niveau d'information supplémentaire, mais non utile à la tarification.

Il est renseigné par le Professionnel de santé.

[RG_IP_CC13] Déterminer les codes modificateurs CCAM AMC (EF_IP10_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour chaque code modificateur AMO tarifant* renseigné par le Professionnel de santé (EF_IP10_01), il convient de déterminer le code modificateur à transmettre à l'organisme d'assurance maladie complémentaire (EF_IP10_02).

Ces codes modificateurs destinés à l'organisme d'assurance maladie complémentaire sont transmis dans la facture.

La table de correspondance entre les valeurs de « code modificateur CCAM AMO » et « code modificateur CCAM AMC » est contenue dans la table TB15 de la base CCAM (DF_CCAM).

* Par définition, les N premiers modificateurs saisis par le Professionnel de santé sont tarifants. Les suivants ne le sont pas.
Le nombre N de modificateurs tarifants se trouve dans la table TB19 de la base CCAM (DF_CCAM).

La mise en œuvre de cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règle CC13 et A1-C pour la consultation de la table TB19.

Règles Prestation Biologie

[RG_IP342] Acquérir le numéro d'ordre d'analyse dans la journée (EF_IP12_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de santé saisit pour chaque prestation détaillée de biologie le n° d'ordre de l'analyse à laquelle cette prestation correspond.

Cette numérotation est utilisée pour le contrôle des prestations liées aux actes sanguins (cf. RG_IP_R23)

Règles Délivrance de médicaments

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Préambule

Indicateur du médicament délivré

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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 non 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.

Informations de traçabilité

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La délivrance d'un médicament nécessite un ou plusieurs conditionnements.

Chaque conditionnement est identifié par un n° de lot et éventuellement un n° de série.

Le Professionnel de Santé identifie les numéros de lot et éventuellement les numéros de série des conditionnements délivrés ou utilisés (cas du déconditionnement).

Facturation des médicaments déconditionnés

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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.

Ces modalités s'appliquent également aux antibiotiques définis par l'article R. 5132-42-2 du code de la santé publique conformément à l'arrêté du 01 mars 2022.

Par ailleurs, ces modalités concernent de façon générale tout médicament prévu par la réglementation en fonction des évolutions de celle-ci.

Dans ce cas :

- si le nombre d'unités prescrites correspond au nombre exact d'unités conditionnées dans une ou plusieurs boites : il convient de facturer le nombre de boites complètes **sans déconditionnement (**top déconditionnement EF_IP13_05 non renseigné),
- dans le cas contraire, la facturation de ce médicament est entièrement effectuée en unités : il convient de facturer **une seule ligne de facturation** avec saisie :
  - d'une quantité de conditionnements (boites utilisées) (EF_IP13_03),
  - de la quantité d'unités délivrées (EF_IP13_02),
  - et positionnement du top déconditionnement (EF_IP13_05) à la valeur « D »

Substitution des médicaments

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La délivrance par le pharmacien de médicaments génériques et le respect des engagements conventionnels y afférents, impliquent l'exercice du droit de substitution dont dispose ce professionnel de santé (article L.5125-23 du Code de Santé Publique).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

L'exercice de ce droit peut, dans certains cas, être tributaire de certaines situations :

- Mention par le prescripteur sur l'ordonnance du caractère non substituable des produits prescrits. A compter du 1er janvier 2020 (arrêté du 12 novembre 2019), la loi fait évoluer pour le médecin les modalités d'inscription sur l'ordonnance du caractère « Non substituable » d'un médicament : une justification médicale est attendue.
- Mention par le pharmacien du caractère non substituable des produits prescrits. L'arrêté du 30 janvier 2020 permet au pharmacien de justifier un refus de substitution et autorise le recours à la mention « non substituable ». Dans ce cas le pharmacien reporte cette mention sur l'ordonnance (sous forme manuscrite).
- Refus de la substitution par l'assuré. L'article 66 de la loi de financement 2019 prévoit que les assurés qui refusent la substitution d'un médicament princeps par un médicament générique ou hybride, sans justificatif du médecin ni du pharmacien, soient facturés sans Tiers Payant et soient remboursés sur la base du prix du générique le plus cher du même groupe du princeps.
- Délivrance en urgence du médicament générique

Le tableau ci-après précise les différentes situations et les informations à renseigner dans la facture :

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Situation terrain		Tiers-Payant AMO (*)	Facture SESAM-Vitale	
Sur l'ordonnance	**Délivrance pharmacien**		**Mode de prescription (EF_IP13_04)**	**Indicateur de substitution (EF_IP13_07)**
Le médecin a indiqué un critère de non substitution sur l'ordonnance	Le pharmacien délivre le princeps	Autorisé	Valeur correspondant au critère de non substitution présent sur l'ordonnance et. dans la table 65 de l'Annexe 2bis	blanc
	Le pharmacien ne dispose pas du princeps. Il délivre un générique	Autorisé	Valeur correspondant au critère de non substitution présent sur l'ordonnance et. dans la table 65 de l'Annexe 2bis	U
Pas de mention sur l'ordonnance ou critère de non substitution non valide	Le pharmacien délivre le générique	Autorisé	blanc	blanc
	Le Pharmacien délivre le princeps par application de l'arrêté du 30 janvier en reportant la mention « Non substituable (MTE-PH) » sur l'ordonnance	Autorisé	P	blanc
	Le patient refuse le générique, le pharmacien délivre et facture le princeps, la base de remboursement appliquée est calculée à partir du tarif ajusté.	Non autorisé	blanc	N
	Le pharmacien délivre le princeps car il ne dispose pas du générique	Autorisé	blanc	U

(*) cette information est fournie à titre réglementaire, un contrôle n'est pas demandé sur le poste de travail du PS, pour en vérifier la bonne application

Règles de gestion

[RG_IP375] Acquérir le type de code CIP (EF_IP14_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information permet d'identifier le type de code CIP utilisé pour identifier le médicament.

Elle correspond toujours à la valeur "B" qui signifie « code CIP du médicament sur 13 caractères ».

Il convient de renseigner le type du code CIP du médicament délivré (EF_IP14_01 occurrence « délivré »).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Par ailleurs, il est également possible de renseigner, dans le cas d'une substitution, le type du code CIP du médicament prescrit (EF_IP14_01 occurrence « prescrit »).

Cependant ce renseignement n'est pas obligatoire, il est prévu à ce jour pour utilisation future.

[RG_IP322] Acquérir le code indicateur de substitution (EF_IP13_07)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce code est non renseigné par défaut (blanc).

Le Professionnel de Santé indique éventuellement le motif ou le refus de substitution du médicament prescrit :

- N : refus de substitution.
- U : substitution pour Urgence ou Accord du médecin.

Cas particuliers

[CP1] Mode de prescription non valide

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de mode de prescription invalide à la date de prescription (cf. RG_IP_R65), le PS positionne ce code en fonction de la réponse du bénéficiaire des soins et du médicament délivré:

- N : refus de substitution et le médicament délivré est le princeps ;
- blanc : acceptation de substitution et le médicament délivré est le générique.

[RG_IP324] Acquérir le PU du conditionnement ou de l'unité (EF_IP13_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le prix unitaire d'un conditionnement (boite de médicament) est acquis par le système de facturation à partir de la vignette (code à barre) du médicament.

Hors déconditionnement, le prix unitaire du médicament correspond au prix unitaire d'un conditionnement de médicament délivré.

En cas de déconditionnement du médicament (EF_IP13_05 = « D »), le prix unitaire du médicament correspond au prix de l'unité délivrée. Ce prix correspond au prix du conditionnement divisé par le nombre d'unité de ce conditionnement.

Remarque :

Il y a lieu d'appliquer les règles d'arrondi habituelles. Cf. RG_VF300

Exemple :

Pour une boite de 30 comprimés, ayant un prix à 15 €, le PU de l'unité délivrée est : 15 € divisé par 30 comprimés = 0,50 €

Cas particuliers

[CP1] Refus de substitution d'un médicament princeps par le bénéficiaire des soins

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

En cas de délivrance d'un médicament princeps non soumis à un tarif forfaitaire de responsabilité, pour lequel un tarif ajusté est présent dans la base médicaments et ayant fait l'objet d'une demande de non substitution par le bénéficiaire des soins (EF_IP13_07 = 'N'), le PU du conditionnement ou de l'unité correspond :

- Hors déconditionnement, au tarif ajusté lu en base médicaments,
- En cas de déconditionnement, au tarif ajusté lu en base médicament divisé par le nombre d'unité de ce conditionnement.

[RG_IP325] Acquérir la quantité du médicament de conditionnements ou d'unités (EF_IP13_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Hors déconditionnement, la quantité du médicament (EF_IP13_02) correspond au nombre de conditionnement (boites du médicament) délivrés. Cette quantité est renseignée par le Professionnel de Santé.

En cas de déconditionnement du médicament (EF_IP13_05-= « D »), la quantité du médicament (EF_IP13_02) correspond au nombre total d'unités délivrées (EF_IP13_06).

La quantité du médicament ne peut être égale à 0.

[RG_IP376] Acquérir l'indicateur du médicament (EF_IP13_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information est renseignée par le Professionnel de Santé et prend l'une des valeurs suivantes :

- **0** : médicament n'appartenant pas à un groupe générique
- **1** : médicament générique non soumis à TFR
- **4** : référent du groupe générique non soumis à TFR
- **5** : référent du groupe générique soumis à TFR
- **7** : générique soumis à TFR

Cette information est facultative.

[RG_IP377] Acquérir le mode de prescription (EF_IP13_04)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le cas échéant, le Professionnel de Santé indique soit directement le mode de prescription soit le libellé (long ou court) et à partir duquel le LPS renseigne le mode de prescription.

Le LPS détermine le mode de prescription en fonction du libellé (long ou court) mentionné le cas échéant sur l'ordonnance et renseigné par le Professionnel de Santé Pharmacien.

La liste des valeurs admises fait l'objet de la table 65 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T65).

[RG_IP378] Acquérir le top déconditionnement (EF_IP13_05)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé indique si le médicament est déconditionné.

- **D** : le médicament est déconditionné
- **blanc** : pas de déconditionnement.

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_IP379] Acquérir le nombre de conditionnement en cas de déconditionnement (EF_IP13_06)

En cas de déconditionnement du médicament (EF_IP13_05-= « D »), cette information est obligatoire. Elle indique le nombre de conditionnements nécessaires pour la délivrance de la quantité d'unités prescrites.

Exemple :

30 comprimés délivrés, issus de boites de 14 unités, le nombre de conditionnements utilisés est donc de 3.

Dans le cas contraire cette information n'est pas renseignée.

[RG_IP380] Acquérir les conditions particulières de prise en charge (EF_IP13_08) du médicament

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information n'est pas renseignée dans la présente version du système de facturation. Elle est prévue pour utilisation future.

[RG_IP381] Acquérir les numéros de lot des conditionnements (EF_IP17_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le professionnel de Santé est tenu d'indiquer les différents numéros de lot des conditionnements (boites de médicament) délivrés.

Il est possible d'indiquer de 1 à 30 lots différents pour la délivrance d'un même médicament.

[RG_IP382] Acquérir la quantité de conditionnement du lot (EF_IP17_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour chaque lot de conditionnements délivrés différent, le Professionnel de Santé indique le nombre de conditionnement appartenant au même lot.

Si le numéro de série est renseigné, la quantité de conditionnement est nécessairement égale à 1.

[RG_IP383] Acquérir le top conditionnement déconditionné (EF_IP17_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information est renseignée uniquement en cas de déconditionnement. Le Professionnel de Santé indique si au moins un des conditionnements appartenant au lot est déconditionné.

[RG_IP384] Acquérir le n° de série du conditionnement délivré (EF_IP17_04)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où un seul conditionnement correspond au n° du lot, (i.e. la quantité (EF_IP17_02) est nécessairement égale à 1), le Professionnel de Santé indique éventuellement le n° de série du conditionnement en question.

Cette information est renseignée dans la mesure où elle figure sur la vignette du médicament.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles Prestation LPP

Préambule

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Informations renseignées

Les informations suivantes doivent être renseignées :

- Le code Type de prestation détaillée LPP (EF_IP15_02)
- Le Numéro SIRET pour la prestation détaillée LPP (EF_IP15_03)
- La Date de début pour la prestation détaillée LPP (EF_IP15_04)
- La Date de fin pour la prestation détaillée LPP (EF_IP15_05)
- Le Prix unitaire public LPP détaillée (EF_IP15_06)
- Le montant du Tarif LPP (EF_IP15_07)
- Le Nombre d'unités de la prestation détaillée LPP (EF_IP15_08)
- Le Montant total de la prestation détaillée LPP (EF_IP15_09)
- Le Montant total facturé de la prestation détaillée LPP (EF_IP15_10)

Modalités de facturation de la location.

Pour le matériel en location, le Professionnel de Santé effectue une tarification hebdomadaire. Le tarif de prise en charge est un tarif forfaitaire global. Il intègre la fourniture de l'appareil et de certains accessoires nécessaires à son fonctionnement, la rémunération correspondant aux manipulations liées à sa délivrance, la maintenance et la reprise du matériel.

A noter qu'ainsi, toute période de location commencée est due. La facturation intervient ainsi à période échue. L'assurance maladie n'est tenue en effet de ne rembourser que des prestations effectivement servies.

Cas particulier d'un appareillage « assistance respiratoire » :

En cas de location d'un appareillage « assistance respiratoire » (code prestation AAR), le type de prestation (1730-3) doit prendre la valeur « S » (Service) et non « L » (Location).

Règles de gestion

[RG_IP304] Changer de tarif LPP

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de changement de tarif en cours de période de location, il convient de créer autant de prestations (couples code acte / code affiné) que de tarifs différents pour la fourniture LPP en question.

[RG_IP328] Acquérir le type de prestation détaillée LPP (EF_IP15_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le code type de prestation LPP permet d'indiquer, pour un code détaillé LPP (EF_IP15_01), le type de prestation fournie au malade, à savoir :

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- Achat
- Entretien
- Location
- Frais de port
- Service (par exemple assistance respiratoire)
- Réparation
- Livraison

Cette information est renseignée par le Professionnel de Santé

☞ A ce jour, seuls les fournisseurs et les pharmaciens louent des produits de la LPP. Même si les pédicures podologues sont concernés par la LPP, ils ne sont pas concernés par la location.

[RG_IP329] Acquérir le n° SIRET pour la prestation détaillée LPP (EF_IP15_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce numéro correspond au n° SIRET du fabricant ou de l'importateur.

Cette information n'est pas renseignée. Elle est réservée pour une utilisation future.

[RG_IP330] Acquérir la date de début de la prestation détaillée LPP (EF_IP15_04)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La date de début de la prestation détaillée LPP correspond selon le cas :

- soit à la date de début de location du matériel
- soit à la date d'achat du matériel
- soit à la date de délivrance du matériel
- soit à la date de début du service

Cette date est renseignée par le Professionnel de Santé.

En cas de facturation partielle d'une location, la date de début de location correspond à la date de début de facturation de la période concernée.

[RG_IP331] Acquérir la date de fin de la prestation détaillée LPP (EF_IP15_05)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La date de fin de la prestation détaillée LPP correspond à la date de fin de location du matériel ou la date de fin de service.

Cette date est renseignée par le Professionnel de Santé

La date de fin de location est obligatoire en cas de location ou de service. En cas de facturation partielle d'une location, la date de fin de location correspond à la date de fin de facturation de la période concernée.

[RG_IP332] Acquérir le prix unitaire public LPP détaillée (EF_IP15_06)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information correspond au prix public unitaire TTC de la prestation LPP détaillée à la date de délivrance (date d'exécution de la prestation EF_IP04_02).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Elle ne doit pas être nulle.

Cette information est renseignée par le Professionnel de Santé

[RG_IP333] Acquérir le montant du tarif LPP (EF_IP15_07)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information correspond au tarif unitaire de la prestation LPP détaillée ou le prix unitaire « sur devis » en cas de délivrance d'articles sur facture à la date de délivrance (date d'exécution de la prestation EF_IP04_02) (articles hors LPP délivrés sur autorisation expresse du médecin conseil de l'assurance maladie).

Elle ne doit pas être nulle.

Cette information est renseignée par le Professionnel de Santé

[RG_IP334] Acquérir le nombre d'unité de la prestation détaillée LPP (EF_IP15_08)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information indique le nombre de fois où le prix unitaire public LPP détaillée (EF_IP15_06) est facturé. Elle correspond pour les locations au nombre de jours, semaines ou mois facturés.

Elle ne doit pas être nulle.

Cette information est renseignée par le Professionnel de Santé

[RG_IP335] Déterminer le montant total prestation détaillée LPP (EF_IP15_09)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce montant est obtenu en multipliant le montant du tarif LPP (EF_IP15_07) par le nombre d'unités de la prestation détaillée LPP (EF_IP15_08).

Ce montant ne peut pas être nul.

[RG_IP336] Acquérir le montant total facturé prestation détaillée LPP (EF_IP15_10)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce montant est obtenu en multipliant le prix unitaire public LPP détaillée (EF_IP15_06) par le nombre d'unités de la prestation détaillée LPP (EF_IP15_08) et en appliquant à ce résultat une remise éventuelle.

Ce montant ne doit pas être nul (cas d'une prestation gratuite).

Cette donnée est renseignée par le Professionnel de Santé.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.2.2 IP02.02 : Contrôler les informations détaillées de la prestation

Vue générale

Nom ***IP02.02 Contrôler les informations détaillées de la prestation***

Description L'objet de cette tâche est de contrôler les informations détaillées relatives à la prestation affinée.

Entrées	Spécialité du Professionnel de Santé	EF_PS03_14
	Code spécialité de l'exécutant salarié	EF_IP07_03
	Code agrément radio de l'exécutant	EF_PS03_17
	Date d'exécution de la prestation	EF_IP04_02
	Age du bénéficiaire à la date de la prestation	EF_IP04_07
	Détail prestation CCAM	EF_IP09
	Détail prestation CCAM-modificateurs	EF_IP10
	Détail prestation CCAM dentaire	EF_IP11
	Détail prestation LPP	EF_IP15
Sorties	Aucune	
Situations spécifiques	Forçage	SP11

Règles de gestion

Les règles de gestion concernant cette opération sont regroupées ci-après par thème.

Règles Prestation CCAM

[RG_IP_CC12] Contrôler la présente d'un acte CCAM avec un code regroupement

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation CCAM (EF_IP05_02 = CCAM), il est nécessaire que les données CCAM associées soient renseignée : l'entité EF_IP09 est obligatoirement présente.

[RG_IP_CC8] Contrôler la Validité du code acte CCAM (EF_IP09_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Tout code de l'acte CCAM saisi dans la facture est nécessairement issu de la base CCAM (DF_CCAM) et valide à la date d'exécution de la prestation (EF_IP04_02) i.e. :

la date d'exécution de la prestation (EF_IP04_02) doit être supérieure ou égale à la date de création du code connue en base et inférieure ou égale à la date de fin de code si cette dernière est renseignée dans la base CCAM (DF_CCAM).

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

La date de création d'un code est contenue dans le champ CCAM-18 de la base CCAM (DF_CCAM).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

La date de fin d'un code est contenue dans le champ CCAM-19 de la base CCAM (DF_CCAM).

La mise en œuvre de cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règle CC8

[RG_IP_RC1] Contrôler la Compatibilité entre le code acte CCAM (EF_IP09_01) et le code activité CCAM (EF_IP09_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de vérifier que le code acte CCAM et le code activité sont compatibles

Le code activité transmis par le Professionnel de Santé doit exister dans la base CCAM (DF_CCAM) pour le code de l'acte.

La liste des activités autorisées pour un acte donné est contenue dans le champ n°2 de l'acte dans la base CCAM (DF_CCAM).

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

La mise en œuvre de cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règle RC1

[RG_IP_RC5] Contrôler la Compatibilité entre le couple code acte CCAM / code activité CCAM (EF_IP09_01 / EF_IP09_02) et la spécialité de l'exécutant (EF_IP07_03 ou EF_PS03_14)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Un acte/activité ne peut être exécuté que par certaines classes de spécialité de Professionnel de Santé exécutant.

Cette règle a pour objet de vérifier que la classe de spécialité du Professionnel de Santé exécutant et le code acte / activité sont compatibles.

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

Ce contrôle est à mettre en œuvre via un service du module SRT du CDC-Editeurs. cf. A1-A1 règle RC5

[RG_IP_RC9] Contrôler la Compatibilité entre l'acte CCAM (EF_IP09_01) et le code agrément radio de l'exécutant (EF_PS03_17)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Lorsque le code acte / activité est un acte radiologique, le code agrément du Professionnel de Santé exécutant doit être différent de « sans agrément ».

Le code agrément du Professionnel de Santé exécutant est lu sur la carte du Professionnel de Santé.

Ce contrôle est à mettre en œuvre via un service du module SRT : cf. A1-A1 règle RC9.

[RG_IP_RC2] Contrôler la Compatibilité entre le couple code acte CCAM / code activité CCAM (EF_IP09_01/EF_IP09_02) et le code phase de traitement (EF_IP09_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de vérifier que le couple acte / activité et le code phase de traitement sont compatibles.

Le code phase de traitement (EF_IP09_03) doit exister dans la base CCAM (DF_CCAM) pour le code de l'acte/code activité.

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Le nombre de phases de traitement autorisées pour un acte/activité donné est contenu dans le champ CCAM-4a de la base CCAM (DF_CCAM) :

☞ Quand une seule phase de traitement est autorisée pour le code acte/activité saisi, le code phase doit être valorisé à « 0 » (zéro)

☞ Quand plusieurs phases de traitement sont autorisées pour le code acte/activité, le code phase contient le n° de la phase et doit nécessairement être différent de la valeur « 0 » (zéro).

La mise en œuvre de cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règle RC2

[RG_IP_RC13] Contrôler la Compatibilité des actes dentaires (EF_IP11_01) avec l'âge du bénéficiaire à la date de la prestation (EF_IP04_07)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet d'assurer la compatibilité entre l'âge du bénéficiaire (EF_IP04_07) et l'acte / activité / phase. Cette règle s'applique aux actes dentaires.

Ce contrôle est à mettre en œuvre via un service du module SRT : cf. A1-A1 règle RC13

[RG_IP_RC3] Contrôler la Compatibilité entre le couple code acte CCAM / code activité CCAM (EF_IP09_01 / EF_IP09_02) et les codes modificateurs CCAM AMO (EF_IP10_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les actes effectués dans certaines circonstances donnent lieu à une majoration de la valeur de l'acte.

Cette règle a pour objet de vérifier que le couple acte / activité et le(s) code(s) modificateur(s) associé(s) sont compatibles.

Les codes modificateurs transmis par le Professionnel de Santé doivent exister dans la base CCAM (DF_CCAM) pour le code de l'acte/activité.

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

La liste des codes modificateurs autorisés pour un acte/activité donné est contenue dans le champ CCAM-6 de la base CCAM (DF_CCAM).

La mise en œuvre de cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règle RC3

☞ Remarque

Cette règle est à appliquer autant de fois que de modificateurs saisis par le Professionnel de Santé pour la prestation.

[RG_IP_RC11] Contrôler la Compatibilité entre la date d'exécution (EF_IP04_02) et le code modificateur férié (EF_IP10_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le modificateur férié peut être facturé le samedi, le dimanche ou un jour férié (national ou local).

La liste des jours fériés légaux nationaux ainsi que celle des jours fériés spécifiques à certaines caisses sont référencées dans la base CCAM (DF_CCAM).

La mise en œuvre de cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règle RC11

[RG_IP_RC4] Contrôler la Compatibilité entre le code modificateur CCAM AMO (EF_IP10_01) et l'âge du bénéficiaire à la date de la prestation (EF_IP04_07)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Cette règle a pour objet de vérifier que le(s) code(s) modificateur(s) et l'âge du bénéficiaire des soins sont compatibles à la date d'exécution de l'acte.

☞ Remarque

Cette règle est à appliquer autant de fois que de modificateurs saisis par le Professionnel de Santé pour la prestation.

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

Ce contrôle est à mettre en œuvre via un service du module SRT cf. A1-A1 règle RC4.

[RG_IP_RC12] Contrôler la Compatibilité entre codes modificateurs CCAM AMO (EF_IP10_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de vérifier que les codes modificateurs retenus par l'exécutant pour un acte/activité/phase sont compatibles entre eux, à la date d'exécution.

Certains codes modificateurs ne sont pas compatibles entre eux et ne peuvent donc être associés simultanément pour une même prestation CCAM.

La liste des codes modificateurs compatibles entre eux est contenue dans la base CCAM (DF_CCAM).

☞ Remarque

Cette règle est à appliquer autant de fois que de modificateurs saisis par le Professionnel de Santé pour la prestation.

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

La mise en œuvre de cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règle RC12

[RG_IP_RC14] Contrôler la compatibilité code CCAM (EF_IP09_01) / numéro de dent (EF_IP11_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Lorsque l'acte / activité est un acte dentaire et que le nombre minimum de dents à traiter est différent de 0 pour l'acte / activité / phase, il est nécessaire de vérifier la cohérence entre les numéros de dents saisis par le Professionnel de Santé et les numéros de dents incompatibles précisés dans la base.

Ce contrôle est à mettre en œuvre pour tout code acte CCAM.

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

Ce contrôle est à mettre en œuvre via un service du module SRT cf. A1-A1 règle RC14.

☞ Si l'acte n'est pas un acte dentaire, tout numéro de dent sera déclaré en sortie comme incompatible.

[RG_IP_CC5] Contrôler le nombre de dents traités (EF_IP11) pour une prestation CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour tout code acte/activité, les n° de dents sont à renseigner en fonction d'un nombre minimum de dents à traiter associé à l'acte/activité/phase dans la base CCAM (DF_CCAM).

Il faut renseigner dans la facture au moins autant de n° de dents que le nombre minimum de dents à traiter associé à l'acte/activité/phase.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

Pour un acte/activité donné, le « nombre de dents à traiter » est contenu dans le champ CCAM-43a de la base CCAM (DF_CCAM).

Cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règle CC5

Cas particuliers

[CP1] Pas de dents à traiter

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le nombre minimum de dents à traiter est égal à zéro ou non renseigné, les numéros de dents transmis dans la facture sont non significatifs.

Règles Prestation LPP

[RG_IP_R32] Contrôler la date de fin de location : date de fin pour la LPP détaillée (EF_IP15_05)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de vérifier la nécessité d'une date de fin de location lorsque le type de prestation est à la valeur " Location " ou " Service ".

La date de facturation ne peut pas être antérieure à la date de fin de location ou Service.

Cette règle concerne les prestations de la nomenclature « LPP ».

Tables utilisées

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T1)

Référence réglementaire :

- LPP(ex TIPS)

Règles Prestation de délivrance de médicaments

[RG_IP347] Contrôler la cohérence entre le type de code CIP (EF_IP14_01) et la longueur du code CIP (EF_IP14_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le contrôle consiste à s'assurer de la cohérence entre le type du code CIP du médicament **délivré** (EF_IP14_01) avec la longueur du code CIP associé (EF_IP14_02).

Type du code CIP	Longueur du code CIP
A	7
6	7
7	7
B	13

Ainsi si le type du code a pour valeur 'A', '6' ou '7' alors le code CIP doit avoir une longueur égale à 7. Sinon si le type du code a pour valeur 'B', alors le code CIP correspondant doit avoir une longueur égale à 13.

Sinon la longueur du code doit être égale à '7' ou '13'.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Ce contrôle est réalisé pour le médicament délivré (occurrence « délivré » de EF_IP14) ainsi que pour le médicament prescrit si ce dernier est renseigné (occurrence « prescrit » de EF_IP14).

Cas d'erreur

[CE1] Type et longueur de code CIP incompatibles

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le type et la longueur du code CIP sont incompatibles, il convient de modifier l'une des 2 informations concernées.

[RG_IP_R65] Contrôler la validité du mode de prescription à la date de prescription

c			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le logiciel doit vérifier que la valeur saisie par le Pharmacien est valide à la date de prescription. La liste des valeurs compatibles et leur date d'effet font l'objet de la table 65 de l'annexe2 (EF_A2_T65).

Cas d'erreur

[CE1] Le mode de prescription n'existe pas

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le mode de prescription n'est pas présent dans la table, le logiciel doit alerter le Professionnel de Santé et bloquer la facturation.

[CE2] Le mode de prescription n'est pas valide à la date de prescription

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le mode de prescription n'est pas valide à la date de prescription, le logiciel doit alerter le Professionnel de Santé sans bloquer le processus de facturation.
Le Professionnel de Santé alerté propose la substitution et indique au LPS l'accord ou le refus de substitution du bénéficiaire des soins. (cf. RG_IP322).

[RG_IP_R66] Contrôler la compatibilité entre le mode de prescription et l'indicateur de substitution

c			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de délivrance d'un médicament princeps non soumis à un tarif forfaitaire de responsabilité et pour lequel il existe un tarif ajusté en base médicaments, le logiciel doit vérifier que les valeurs du mode de prescription (EF_IP13_04) et de l'indicateur de substitution (EF_IP13_07) sont compatibles. La liste des valeurs compatibles fait l'objet de la table 66 de l'annexe2 (EF_A2_T66).

Cas d'erreur

[CE1] Mode de prescription et indicateur de substitution incompatibles ou non valorisés

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le mode de prescription et l'indicateur sont incompatibles ou sont tous les deux non renseignés, le logiciel doit alerter le Professionnel de Santé et bloquer la facturation

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.2.3 IP02.03 : Acquérir les informations générales de la prestation

Vue générale

Nom ***IP02.03 Acquérir les informations générales de la prestation***

Description L'objet de cette tâche est d'acquérir les informations générales relatives à la prestation dispensée par le professionnel de santé exécutant au bénéficiaire de soins.

Par définition, l'acquisition de ces informations générales est obligatoire pour tout type de prestation.

Le professionnel de santé renseigne les informations générales de la prestation, conformément à la nomenclature relative à ladite prestation.

☞ Cette opération est également appelée par les opérations :

- VF07.01.01 pour l'acquisition et la détermination des données d'une prestation ATD automatiquement générée par le système de facturation.
- VF07.02.01 pour l'acquisition et la détermination des données de la prestation de supplément APIAS (DAT) automatiquement générée par le système de facturation
- VF08 pour l'acquisition et la détermination des données d'une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat automatiquement générée par le système de facturation.

Entrées	Spécialité du Professionnel de Santé	EF_PS03_14
	Code spécialité de l'exécutant salarié	EF_IP07_03
	Détail prestation CCAM	EF_IP09
	Détail prestation biologie	EF_IP12
	Détail prestation pharmacie	EF_IP13
	Détail code CIP	EF_IP14
	Détail prestation LPP	EF_IP15
	Table 1 de l'annexe 2bis	EF_A2_T1
Sorties	Prestation	EF_IP04
Situations spécifiques	Victime d'attentat	SP18

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Préambule

Informations renseignées

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les informations suivantes doivent être renseignées :

- Coefficient
- Quantité
- Dénombrement
- Montant des honoraires

Règles de gestion

Les règles de gestion concernant cette opération sont regroupées ci-après par thème.

Règles Coefficient de la prestation

[RG_IP341] Acquérir le coefficient de la prestation (EF_IP04_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le coefficient est soit renseigné par le Professionnel de Santé, soit à défaut renseigné à la valeur 1 par le système.

Le coefficient est exprimé en centièmes.

Cas particuliers

[CP1] Prestations CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La valeur du coefficient est toujours 1 pour une prestation CCAM.

[CP2] prestations de biologie

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de regroupement de plusieurs codes affinés d'actes de biologie (EF_IP12-1) sous le même code prestation (EF_IP04_01), la valeur du coefficient est égale à la somme des coefficients représentatifs des codes affinés (EF_IP12_01).

Une prestation de biologie est caractérisée par son type de nomenclature (EF_IP05_02) égale à « NABM »

[CP3] Prestation de déplacement

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de prestation de déplacement le coefficient en toujours égal à 1

Une prestation de déplacement est caractérisée par son groupe fonctionnel général (EF_IP05_03) à la valeur « Indemnité de Déplacement ».

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[CP4] Honoraire de Dispensation généré

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La valeur du coefficient est toujours 1 pour une prestation de type Honoraire de Dispensation générée par le système (EF_IP05_03 = « Honoraire » et EF_IP03_06= « LPS »).

Règles Quantité de la prestation

[RG_IP320] Acquérir la quantité de la prestation (EF_IP04_04)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La quantité est soit renseignée par le Professionnel de Santé, soit à défaut renseigné à la valeur 1 par le système.

Cas particuliers

[CP1] Prestations CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La valeur de la quantité est toujours 1 pour une prestation CCAM.

[CP2] Regroupement de prestations

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de cumul de prestations identiques, la valeur de la quantité prend la valeur cumulée des quantités des prestations regroupées.

[CP3] Cas de la biologie

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas de la biologie, la quantité est toujours égale à 1.

Chaque analyse fait l'objet d'une prestation spécifique, et ce, même dans le cas d'une analyse répétée plusieurs fois au cours d'une même journée et faisant alors l'objet d'une même facture (cf. RG_IP302 [CP01]).

[CP4] Cas d'un déplacement (EF_IP05_03= « Indemnité de Déplacement »)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La quantité à renseigner correspond :

- dans le cas d'une indemnité forfaitaire de déplacement (EF_IP05_03= « Indemnité de Déplacement » et EF_IP05_04 = « Forfaitaire ») au nombre de forfaits facturés
- dans le cas d'une indemnité kilométrique de déplacement (EF_IP05_03= « Indemnité de Déplacement » et EF_IP05_04 = « Kilométrique ») au nombre de kilomètres facturés par séance de soins et après abattement.

[CP5] Honoraire de Dispensation simple

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Pour une prestation de type Honoraire de Dispensation simple (EF_IP05_03 = « Honoraire » et EF_IP05_04 = « simple »), la quantité est égale au nombre de boites de médicament de la prestation ayant déclenché l'honoraire, à savoir :

- soit le nombre de conditionnements en cas de déconditionnement (EF_IP13_06) si le top déconditionnement (EF_IP13_05) est renseigné,
- soit la quantité de conditionnements ou d'unité (EF_IP13_02) dans le cas contraire.

[CP6] Honoraire de Dispensation global

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La valeur de la quantité est toujours 1 pour une prestation de type Honoraire de Dispensation global (EF_IP05_03 = « Honoraire » et EF_IP05_04 = « global »).

Règles Dénombrement de la prestation

[RG_IP337] Acquérir le dénombrement de la prestation (EF_IP04_05)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le dénombrement de la prestation est soit renseigné par le Professionnel de Santé, soit à défaut renseigné à la valeur 1 par le système.

Cette information ne doit jamais être nulle.

Cas particuliers

[CP1] Prestations CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La valeur du dénombrement de la prestation est toujours **1** pour une prestation CCAM.

[CP2] Cas de la délivrance de médicaments

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La valeur du dénombrement de la prestation demeure 1.

[CP3] Cas la biologie

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de prestation de biologie caractérisées par un ou plusieurs codes affinés, la valeur du dénombrement de la prestation correspond au nombre de codes affinés (EF_IP12) qui s'y rattachent.

[CP4] Cas d'un déplacement (EF_IP05_03= « Indemnité de Déplacement »)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La valeur du dénombrement de la prestation demeure 1.

[CP5] Soins effectués par un Auxiliaire-Médical

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Pour les auxiliaires-médicaux, le dénombrement d'une ligne de prestation correspond au nombre de séances de soins (cf. RG_IP302 [CP3]).

[CP6] Cas de la LPP

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La valeur du dénombrement de la prestation correspond au nombre de prestation détaillées LPP (EF_IP15) qui s'y rattachent.

[CP7] Honoraire de Dispensation généré

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La valeur du dénombrement de la prestation est toujours **1** pour une prestation de type Honoraire de Dispensation générée par le système (EF_IP05_03 = « Honoraire » et EF_IP03_06= « LPS »).

Règles Montant des honoraires de la prestation

[RG_IP_R24] Acquérir du taux d'abattement (EF_IP04_10)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet d'acquérir le taux d'abattement utilisé pour le calcul du montant de l'indemnité kilométrique concernant les infirmiers

Le taux d'abattement est soit calculé par le logiciel du PS, soit saisi pas le PS.

Si le taux d'abattement est calculé par le logiciel du PS, le PS doit pouvoir modifier ce taux si nécessaire.

À noter que le calcul de ce taux d'abattement par le logiciel du PS ne fait pas partie du périmètre de la facturation SESAM-Vitale et n'est donc pas spécifié ici.

Le taux d'abattement doit correspondre à un des taux définis réglementairement et être valide à la date d'exécution du déplacement. Ce contrôle s'appuie sur la table 24 de l'annexe 2bis (EF_A2_T24).

[RG_IP351] Acquérir le montant PS des honoraires de la prestation (EF_IP04_06)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le montant de la prestation est renseigné par le Professionnel de Santé. Ce montant correspond au montant facturé par le Professionnel de Santé pour la prestation, dépassement compris.

Le renseignement par le Professionnel de Santé de cette information est facultatif. Dans le cas où le Professionnel de Santé ne renseigne pas le montant des honoraires, cette information est renseignée ultérieurement par le système avec le montant de la base de remboursement. (cf. VF « Valoriser la Facture »). Dans ce cas, il n'y a donc pas de dépassement.

Pour une prestation donnant droit à un complément AT (dentaire ou LPP), le montant PS des honoraires (EF_IP04_06) correspond au montant total de la dépense et doit inclure le montant de ce complément AT.

Cas particuliers

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[CP1] Dispositif Médical de la LPP

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le montant PS des honoraires de la prestation (EF_IP04_06) est renseigné par la somme des « montants totaux facturés » (EF_IP15_10) identifiés dans les prestations détaillées LPP rattachées à la prestation (EF_IP15) hormis en cas de prestation gratuite (cf. RG_IP351[CP3]).

[CP2] Cas d'un déplacement (EF_IP05_03= « Indemnité de Déplacement »)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas d'une indemnité forfaitaire de déplacement (EF_IP05_03= « Indemnité de Déplacement » et EF_IP05_04 = « Forfaitaire »), ce montant correspond au montant total de l'indemnité de déplacement (en centimes d'euros). Il est renseigné par le Professionnel de Santé.

Dans le cas d'une indemnité kilométrique de déplacement (EF_IP05_03= « Indemnité de Déplacement » et EF_IP05_04 = « Kilométrique ») ce montant correspond au nombre de kilomètres multiplié par le prix unitaire du kilomètre multiplié par (100% - taux d'abattement (EF_IP04_10)).

Le principe d'abattement des IK ne concerne que les infirmiers.

☞ L'information « prix unitaire » est renseignée au niveau de la fonctionnalité « VF : Valoriser la Facture ».

[CP3] Prestations gratuites

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les actes gratuits (EF_IP08_01= »G »), le montant PS des honoraires de la prestation est valorisé à zéro.

[CP4] Génération automatique SMG (pour prestations remboursables AMO ou non remboursables AMO)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les suppléments dérogatoires SMG (EF_VF02_07 = SD_SMG-R ou SD_SMG_NR), le montant PS des honoraires de la prestation est non renseigné.

[CP5] Honoraire de Dispensation généré

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type Honoraire de Dispensation générée par le système (EF_IP05_03 = « Honoraire » et EF_IP03_06= « LPS »), le montant PS des honoraires de la prestation est non renseigné.

[CP6] Génération automatique d'un complément AT dentaire

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de complément AT dentaire (EF_IP04_01 = « ATD »), le montant PS des honoraires de la prestation (EF_IP04_06) est non renseigné.

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[CP8] Génération automatique du supplément APIAS (DAT)

Pour le supplément APIAS (code prestation DAT), le montant PS des honoraires de la prestation est non renseigné.

Situations Spécifiques

[SP18] Dépassement pour Victime d'Attentat

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat (EF_IP05_03 = « Dépassement » et EF_IP05_04 = « Victime d'Attentat »), le montant PS des honoraires de la prestation (EF_IP04_06) est non renseigné.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.2.4 IP02.04 : Acquérir les informations supplémentaires de la prestation

Vue générale

Nom ***IP02.04 Acquérir les informations supplémentaires de la prestation***

Description L'objet de cette tâche est d'acquérir les informations constituant un supplément à la prestation.
Par définition, les informations supplémentaires de la prestation sont des informations facultatives pour caractériser la prestation.

Entrées Aucune

Sorties	Supplément de la prestation	EF_IP08
Situations spécifiques	Victime d'attentat	SP18

Règles de gestion

[RG_IP360] Acquérir le Code Complément de prestation (EF_IP08_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le code complément de prestation contient s'il y a lieu une des majorations suivantes :

- nuit,
- dimanche ou jour férié
- urgence

Il est renseigné par le Professionnel de Santé.

Cas particuliers

[CP1] Prestations CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information n'est pas renseignée.

[CP2] Regroupement des prestations biologie

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les prestations de biologie, les majorations de nuit, dimanche et jours fériés étant saisies en code affiné (prestation détaillée) (EF_IP12_01), les compléments d'actes N et F ne doivent plus figurer au niveau du complément de prestation.

[CP3] Prestations multiples au cours d'une même séance

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La majoration de nuit ou de dimanche est imputée à l'acte principal.

Exemple :

AIS 3 + AIS3/2 pour 10,80€ et 9,15€ de majoration de nuit

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

N° Prestation	Code prestation	Code complément prestation	Coefficient	Montant des honoraires
1	AIS	**N**	**3**	(2,40 * 3) + 9,15 = 16,35
2	AIS		**1,5**	2,40 * 1,5 = 3,60

[CP4] Honoraire de Dispensation généré

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type Honoraire de Dispensation générée par le système (EF_IP05_03 = « Honoraire » et EF_IP03_06= « LPS »), cette information n'est pas renseignée.

[CP5] Prestation de type complément AT

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type complément AT (EF_IP05_03 = « Complément AT »), le code complément de prestation est nécessairement non renseigné.

[CP6] Génération automatique SMG (pour prestations remboursables AMO ou non remboursables AMO)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les suppléments dérogatoires SMG (EF_VF02_07 = SD_SMG-R ou SD_SMG_NR), cette information n'est pas renseignée.

[CP7] Génération automatique du supplément APIAS (DAT)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type supplément APIAS (code prestation DAT), cette information n'est pas renseignée.

Situations Spécifiques

[SP18] Dépassement pour Victime d'Attentat

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat (EF_IP05_03 = « Dépassement » et EF_IP05_04 = « Victime d'Attentat »), le code complément de prestation est nécessairement non renseigné.

[RG_IP361] Acquérir le complément DMT-MT (EF_IP08_03, EF_IP08_04, EF_IP08_06, EF_IP08_07, EF_IP08_08, EF_IP08_09, EF_IP08_10)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle concerne la famille de professionnels de santé prescripteurs.

Les professionnels de santé facturant des forfaits techniques doivent préciser la discipline de prestations (DMT = EF_IP08_03) : SCANNER (valeur **035**) ou IRMN (valeur **753**), ainsi que le Mode de Traitement (MT = EF_IP08_04) : valeur **19** pour SCANNER ou IRMN.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

De plus, le professionnel de santé renseigne les indications d'identification de l'appareillage :

- la date d'installation de l'appareil (EF_IP08_06)
- le numéro d'agrément de l'appareil ou de l'installation (EF_IP08_07),
- la puissance ou la classe de l'appareil (EF_IP08_08),
- la zone d'implantation de l'exploitant de l'appareil (EF_IP08_09),
- le numéro d'ordre de l'examen (EF_IP08_10).

Ces informations sont issues d'une étiquette collée sur l'appareillage et repris par le Professionnel de santé.

Cas particulier

[CP1] Télémédecine

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cadre d'une téléconsultation (EF_IP05_04 = Téléconsultation) ou d'un accompagnement à la téléconsultation (EF_IP05_04 = Accompagnement), le LPS peut renseigner le numéro d'appareil (EF_IP08_07) pour identifier la connexion vidéo sécurisée. Dans ce cas, le LPS alimente les données suivantes de façon automatique :

- EF_IP08_03 : Discipline de prestations : valeur « 000 »
- EF_IP08_04 : Mode de traitement : valeur « 00 »
- EF_IP08_07 : Identification appareillage : identifiant de la connexion vidéo sécurisée

[CP2] Prestations de type secondaire

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type secondaire (EF_IP05_01 = « Secondaire »), les informations du complément DMT-MT (EF_IP08_03, EF_IP08_04, EF_IP08_06 à EF_IP08_10), doivent être identiques aux informations de l'acte support auquel cette prestation secondaire est rattachée.

[RG_IP362] Acquérir le Numéro de dent traitée NGAP (EF_IP08_11)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas de prestations dentaires (EF_IP05_03 = « Soins dentaires ») cotées en NGAP (EF_IP05_02 = « NGAP »), le Professionnel de Santé a la possibilité d'indiquer le numéro de la dent traitée. Ce numéro est codifié selon la norme N.F. S91011.

Cas particuliers

[CP1] Génération automatique d'un complément AT dentaire

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de complément AT Dentaire (EF_IP04_01 = « ATD », le numéro de dent traitée NGAP est nécessairement non renseigné.

Situations Spécifiques

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[SP18] Dépassement pour Victime d'Attentat

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat (EF_IP05_03 = « Dépassement » et EF_IP05_04 = « Victime d'Attentat »), le numéro de dent traitée NGAP est nécessairement non renseigné.

[RG_IP364] Acquérir le libellé identifiant réseau soin (EF_IP08_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information permet de renseigner la relation d'appartenance du bénéficiaire à une filière ou un réseau dans lequel l'acte a été effectué.

Cette information est renseignée par le Professionnel de Santé.

Cas particuliers

[CP1] Honoraire de Dispensation généré

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type Honoraire de Dispensation générée par le système (EF_IP05_03 = « Honoraire » et EF_IP03_06= « LPS »), cette information n'est pas renseignée.

[CP2] Prestation de type complément AT

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type complément AT (EF_IP05_03 = « Complément AT »), le libellé identifiant réseau soin (EF_IP08_02) est nécessairement identique à celui de l'acte dentaire support ayant déclenché ce complément AT.

[CP4] Prestations de type secondaire

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type secondaire (EF_IP05_01 = « Secondaire »), l'identifiant du réseau de soin (EF_IP08_02) est identique à celui de l'acte support auquel cette prestation secondaire est rattachée.

Situations Spécifiques

[SP18] Dépassement pour Victime d'Attentat

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat (EF_IP05_03 = « Dépassement » et EF_IP05_04 = « Victime d'Attentat »), le libellé identifiant réseau soin (EF_IP08_02) est nécessairement identique à celui de l'acte support auquel cette prestation de dépassement est rattachée.

[RG_IP365] Acquérir le code renouvellement (EF_IP08_12)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Cette information correspond au numéro d'ordre du renouvellement de la prescription de médicaments ou d'analyse de biologie médicale.

Elle est renseignée par le Professionnel de Santé.

Cas particuliers

[CP1] Délivrance exceptionnelle

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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 ».

[CP2] Honoraire de Dispensation généré

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type Honoraire de Dispensation générée par le système (EF_IP05_03 = « Honoraire » et EF_IP03_06= « LPS »), cette information n'est pas renseignée.

[CP3] Prestations de type secondaire

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type secondaire (EF_IP05_01 = « Secondaire »), le code renouvellement (EF_IP08_12) est identique au code renouvellement de l'acte support auquel cette prestation secondaire est rattachée.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.2.5 IP02.05 : Contrôler les informations générales de la prestation

Vue générale

Nom ***IP02.05 Contrôler les informations générales de la prestation***

Description Lorsque l'acquisition d'une information est effectuée, elle est contrôlée au regard de la prestation (contrôles de niveau prestation).

Entrées	Sous-famille du Professionnel de Santé	EF_PS04_10
	Spécialité du Professionnel de Santé	EF_PS03_14
	Code spécialité de l'exécutant salarié	EF_IP07_03
	Date de naissance du bénéficiaire	EF_BS02_07
	Qualité du bénéficiaire	EF_BS09_02
	Prescription	EF_IP03
	Prestation	EF_IP04
	Table 1 de l'annexe 2bis	EF_A2_T1
	Table 2 de l'annexe 2bis	EF_A2_T2
	Table 2bis de l'annexe 2bis	EF_A2_T2bis
	Base CCAM	DF_CCAM
Sorties	Aucune	
Situations spécifiques	Bénéficiaire de l'AME	SP06
	Forçage	SP11

Règles de gestion

Les règles de gestion concernant cette opération sont regroupées ci-après par thème.

Règles Contrôle de la Date d'exécution

[RG_IP370] ***Contrôler la compatibilité entre la date d'exécution de la prestation (EF_IP04_02) et la date de prescription (EF_IP03_02)***

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La date d'exécution doit nécessairement être supérieure ou égal à la date de prescription.

[RG_IP_CC16] ***Contrôler la compatibilité entre la date de naissance (EF_BS02_07) et la date d'exécution de la prestation (EF_IP04_02)***

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La date de naissance du bénéficiaire des soins est nécessairement antérieure à la date des soins.

☞ Remarque : en présence de mois lunaire, la date de naissance est ramenée au 01/01 de l'année de naissance.

☞ Remarque : la date d'exécution de la prestation est parfois dénommée date des soins.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles Contrôle du Code prestation

[RG_IP_CC6] Contrôler la Validité de la lettre-clé (EF_IP04_01) par rapport au codage CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le codage CCAM rend obsolète certaines lettres clé NGAP à partir d'une date de clôture propre à chaque lettre et pouvant varier en fonction de la spécialité du Professionnel de Santé.

Actes non CCAM : pour toute lettre-clé saisie par un professionnel de santé de la famille prescripteur (hors Sage-Femme), le système de facturation doit obligatoirement vérifier si elle n'est pas close à la date d'exécution des soins. Pour cela, il doit appliquer systématiquement le contrôle de validité des lettres-clé par rapport à la date d'exécution des soins (EF_IP04_02) et à la spécialité du Professionnel de santé (EF_IP07_03 ou EF_PS03_14 sinon).

Ce contrôle s'appuie sur la table TB17 de la base CCAM (DF_CCAM)

Ce contrôle est à mettre en œuvre via un service du module SRT cf. A1-A1 règle CC6

Cas d'erreurs

[RG_IP_CC6] [CE1] Lettre-clé NGAP non valide par rapport au codage CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de lettre clé non valide, la prestation NGAP ne peut être facturée : le système de facturation doit avertir le Professionnel de santé que cette lettre clé NGAP doit être remplacée par un codage CCAM et lui proposer le basculement en mode de saisie CCAM si ce basculement n'a pas encore été opéré.

[RG_IP340] Contrôler la validité du code prestation (EF_IP04_01) dans le système de facturation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation est défini pour une liste finie de codes prestation. Il convient donc de vérifier la validité du code prestation saisi par le Professionnel de santé au regard du système de facturation. La liste des codes prestations prévus dans le périmètre fait l'objet de la table 1 de l'annexe2 (EF_A2_T1).

Par ailleurs, chaque code prestation peut présenter une date de fin de validité.

Cette règle a pour objet de vérifier que le code prestation (EF_IP04_01) est valide à la date d'exécution des soins (EF_IP04_02).

Tables utilisées

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T1)

Référence réglementaire :

- NGAP : Dispositions générales
- NABM : Dispositions générales

Cas particuliers

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[CP1] Prestation CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce contrôle ne concerne pas les prestations CCAM.

Situations Spécifiques

[SP06] Interdire les Médicaments à faible service médical rendu (SMR) pour un bénéficiaire de l'AME

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le décret N° 2015-120 paru au JO du 05/02/2015 et relatif à la prise en charge des frais de santé par l'Aide Médicale Etat, complète la liste des prestations non prises en charge pour les bénéficiaires de l'AME (décret N° 2011-1311 du 17/10/2011) pour y inclure les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible (médicaments remboursés à 15 %).

Cette non prise en charge des médicaments à faible service médical rendu (SMR) remboursés à 15 % concerne les bénéficiaires majeurs de l'Aide
Médicale de l'ETAT (AME), qui doivent régler l'intégralité du prix du médicament, avec ou sans ordonnance.

La présentation au remboursement des produits précités, délivrés aux bénéficiaires majeurs de l'AME, ne sera plus acceptée. En conséquence, ces codes prestations ne doivent plus figurer sur une FSE.

Recommandation

Il est recommandé au LPS d'identifier cette situation particulière de facturation, à savoir la facturation pour un bénéficiaire de l'AME majeur, afin d'en informer le pharmacien et / ou de garantir l'absence de prestations à 15% sur la facture.

[RG_IP_R11ter] Interdire certains codes actes avec la situation particulière du bénéficiaire des soins

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet d'interdire la facturation de certains codes prestation selon la situation particulière du bénéficiaire des soins.

Ces prestations sont identifiées en fonction de leur groupe fonctionnel général et détaillé.

Tables utilisées

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T1)
- Table 3bis de l'Annexe 2bis (EF_A2_T3bis)

Exemple d'incompatibilité :

Si le bénéficiaire des soins est identifié bénéficiaire Victime d'Attentat, le professionnel de santé ne doit pas pouvoir facturer de prestations dédiées à la C2S.

[RG_IP_R1] Contrôler la Compatibilité du code prestation (EF_IP04_01) avec la spécialité du professionnel de santé exécutant (EF_IP07_03 ou EF_PS03_14)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les Professionnels de santé ne peuvent exécuter que certains codes prestation.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Cette règle a pour objet de vérifier que la spécialité du professionnel de santé exécutant et le code prestation sont compatibles.

La spécialité du PS exécutant correspond soit à la spécialité du PS exécutant salarié (EF_IP07_03) si ce dernier est identifié (EF_IP07), soit à la spécialité du PS réalisant la facture (EF_PS03_14) sinon. cf. Définition du PS Exécutant au §4 du présent document.

Tables utilisées

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T1)
- Table 2 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T2)

Référence réglementaire :

- NGAP : Dispositions générales
- NABM : Dispositions générales

[SP11] Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

Cas particuliers

[CP1] Prestation CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce contrôle ne concerne pas les prestations CCAM.

Les prestations CCAM sont régies par la règle équivalente RG_IP_RC5

[RG_IP_R1bis] Contrôler la Compatibilité du code prestation (EF_IP04_01) avec le contexte conventionnel du professionnel de santé exécutant

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de vérifier la compatibilité du code prestation saisi en fonction du contexte conventionnel du professionnel de santé exécutant.

Ce contexte conventionnel du Professionnel de Santé exécutant est défini par :

- le secteur conventionnel (EF_IP07_06 ou EF_PS03_13)*,
- le contrat tarifaire auquel il a adhéré s'il y a lieu (EF_IP07_11ou EF_PS04_03)**

Cette règle s'appuie sur la table 2bis de l'annexe2 (EF_A2_T2bis).

Le code prestation est

- soit compatible,
- soit non compatible,
- soit compatible sous condition de respect de la règle P3
- soit compatible sous condition de respect de la règle P4

Par construction, la règle P3 concerne des prestations de type « support » uniquement et la règle P4 des prestations de type « secondaire » uniquement

Cette règle concerne uniquement certains codes prestation.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

* Le secteur conventionnel du PS exécutant correspond soit à la situation conventionnelle du PS exécutant salarié (EF_IP07_06) si ce dernier est identifié (EF_IP07), soit au code conventionnel du PS réalisant la facture (EF_PS03_13) sinon.

** Le contrat tarifaire du PS exécutant correspond soit au contrat tarifaire du PS exécutant salarié (EF_IP07_11) si ce dernier est identifié (EF_IP07), soit au contrat tarifaire du PS réalisant la facture (EF_PS04_03) sinon.

cf. Définition du PS Exécutant au §4 du présent document.

Tables utilisées

- Table 2bis de l'Annexe 2bis (EF_A2_T2bis)

Référence réglementaire :

- Convention Médicale 2016

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

[RG_IP_R2] Contrôler la Compatibilité du code prestation (EF_IP04_01) avec la qualité du bénéficiaire à la date d'exécution des soins (EF_BS09_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de vérifier la compatibilité entre le code prestation saisi par le Professionnel de Santé et la qualité du bénéficiaire.

Tables utilisées

- Table 3 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T3)

Référence réglementaire :

- NGAP : Dispositions générales

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

[RG_IP_R2bis] Contrôler la Compatibilité du code prestation (EF_IP04_01) avec l'âge du bénéficiaire à la date de la prestation (EF_IP04_07)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de vérifier la compatibilité entre le code prestation saisi par le Professionnel de Santé et l'âge du bénéficiaire à la date d'exécution des soins.

Certains codes prestations sont autorisés uniquement à partir d'un âge minimum ou jusqu'à un âge maximum.

L'âge minimum s'entend à partir du jour anniversaire de l'âge indiqué en table.

L'âge maximum s'entend jusqu'à la veille de la date anniversaire de l'âge indiqué en table.

☞ Remarque : en présence d'un mois lunaire la date de naissance est ramenée au 01/01 de l'année de naissance.

Cette règle ne s'applique pas pour les soins facturés en nature d'assurance maternité.

Tables utilisées

- Table 3 de l'annexe 2 (EF_A2_T3)

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Référence réglementaire :

- NGAP : Dispositions générales
- Réforme de l'Assurance Maladie : loi du 13/08/2004

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

Cas particuliers

[CP1] Prestation CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce contrôle ne concerne pas les prestations CCAM.

Les prestations CCAM sont régies par les règles RG_IP_RC4 et RG_IP_RC13

Règles Coefficient

[RG_IP_R7] Contrôler le coefficient (EF_IP04_03) des codes prestations effectués par un prescripteur, un auxiliaire médical ou un laboratoire d'analyses de biologie médicale

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de déterminer si le code prestation doit être ou non affecté d'un coefficient.

L'obligation d'un coefficient pour certains actes est imposée par sa nomenclature.

On recherche à partir d'une table si la présence d'un coefficient est obligatoire pour l'acte concerné et si celui-ci ne se situe pas à l'extérieur des valeurs minimales et maximales données dans une table.

Tables utilisées

- Table 4 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T4)

  ☞ Dans la table des compatibilités (table 4) certaines valeurs à " Non " sont suivies d'un astérisque (N*).
  Cette mention indique que le coefficient, s'il n'est pas saisi par le Professionnel de Santé, doit être renseigné à 1 par défaut.

Référence réglementaire :

- NGAP : Dispositions générales
- NABM : Dispositions générales

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.2.6 IP02.06 : Contrôler les informations supplémentaires de la prestation

Vue générale

Nom ***IP02.06 Contrôler les informations supplémentaires de la prestation***

Description Lorsque l'acquisition d'une information est effectuée, elle est contrôlée au regard de la prestation (contrôles de niveau prestation).

Entrées Prestation EF_IP04

Supplément de prestation EF_IP08

Sorties Aucune

Situations spécifiques Forçage SP11

Règles de gestion

Les règles de gestion concernant cette opération sont regroupées ci-après par thème.

Règles Complément de prestation

[RG_IP_R14] Contrôler la Compatibilité du code prestation (EF_IP04_01) avec la majoration de nuit, dimanche ou jour férié (EF_IP08_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les actes effectués la nuit, le dimanche ou un jour férié, ou en situation d'urgence, donnent lieu à une majoration qui s'ajoute à la valeur de l'acte.

Cette règle a pour objet de déterminer si le code prestation est compatible avec le complément de nuit, dimanche ou jour férié, ou urgence, lorsque celui-ci est valorisé.

Tables utilisées

- Table 4 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T4)

Référence réglementaire :

- NGAP : Dispositions générales : Art. 14
- NABM : Dispositions générales : Art. 6 et 9

Cette règle s'appuie sur la table 4 de l'annexe 2bis (EF_A2_T4)

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

Cas particuliers

[CP1] Prestation CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce contrôle ne concerne pas les prestations CCAM.

Les prestations CCAM sont régies par les règles RG_IP_RC3

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_IP_R15] Contrôler la validité d'une majoration de dimanche ou de jour férié (EF_IP08_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La majoration du dimanche ou jour férié peut être facturée

- - le dimanche ou un jour férié (jour férié = fête légale),
- - le samedi par certaines spécialités de Professionnels de Santé.

Le contrôle de cette majoration comporte un contrôle calendrier et si la majoration est facturée un samedi, un contrôle de la spécialité de Professionnel de Santé.

1 - Contrôle calendrier

On recherche si la date des soins correspond à un dimanche ou à un jour férié, un samedi ou un jour " autre ".

- - la date des soins correspond à un dimanche ou à un jour férié, aucun contrôle supplémentaire n'est nécessaire
- - la date des soins correspond à un samedi.

Pour savoir si la majoration peut être facturée, il faut contrôler la spécialité du Professionnel de Santé qui l'a facturée.

- - la date des soins correspond à un jour " autre " la majoration est impossible.

2 - Contrôle de la spécialité du Professionnel de Santé

La majoration de dimanche ou de jour férié ne peut pas être facturée un samedi par les spécialités spécifiées dans la table 22.1

Tables utilisées

- Table 22.1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T22.1)

Référence réglementaire :

- NGAP : Dispositions générales : Art. 14
- NABM : Dispositions générales : Art. 6 et 9
- Conventions Nationales des Professionnels de Santé

Cas particuliers

[CP1] Prestation CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce contrôle ne concerne pas les prestations CCAM.

Les prestations CCAM sont régies par les règles RG_IP_RC11

Règles Autres informations

[RG_IP_R10] Contrôler l'identification de l'appareillage(EF_IP08_07)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Lorsque l'acte facturé est un forfait technique l'appareil ayant exécuté ces actes doit comporter un numéro d'agrément.

Ce numéro d'agrément doit figurer sur la facture.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Cette règle concerne les prestations du groupe fonctionnel « Forfaits Techniques ».

Tables utilisées

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T1)

[RG_IP_R5] Contrôler la nécessité d'une prescription pour une prestation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

[Certains codes prestation ne peuvent être pris en charge que dans la mesure où ils ont fait l'objet d'une prescription.

Cette règle a pour objet de déterminer si le code prestation qui a été exécuté est soumis à prescription médicale.

Dès lors que cette obligation existe, une date de prescription ainsi que le numéro du prescripteur doivent être renseignés.

Dans le cas contraire, le Professionnel de Santé doit toutefois pouvoir saisir ces informations.

Exemple :

Pour les actes SF la prescription est nécessaire dans certains cas seulement :

L'observation et le traitement à domicile d'une grossesse demandant une surveillance intensive est soumise à prescription médicale.

☞ **Remarque** : pour des prestations effectuées par des prescripteurs, la prescription n'est jamais obligatoire sauf s'il s'agit d'une sage-femme

Tables utilisées

- Table 4 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T4)

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.2.7 IP02.07 : Acquérir les caractéristiques de la prestation

Vue générale

Nom ***IP02.07 Acquérir les caractéristiques de la prestation***

Description L'objet de cette tâche est d'acquérir :

- soit le code affiné de la prestation et d'en déduire le code prestation,
- soit directement le code prestation,

puis d'en déduire les caractéristiques de la prestation à savoir :

- le type de la prestation,
- le type de nomenclature de la prestation,
- le groupe fonctionnel général,
- le groupe fonctionnel détaillé de la prestation,
- le top nécessité codage affiné de la prestation.

Entrées	Famille du Professionnel de Santé	EF_PS04_09
	Spécialité du Professionnel de Santé	EF_PS03_14
	Code spécialité de l'exécutant salarié	EF_IP07_04
	Table 1 de l'annexe 2bis	EF_A2_T1
Sorties	Top prestation caractérisé par un code affiné	EF_IP99_01
	Détail prestation CCAM	EF_IP09
	Détail prestation biologie	EF_IP12
	Détail code CIP	EF_IP14
	Détail prestation LPP	EF_IP15
	Code acte de la prestation	EF_IP04_01
	Type prestation	EF_IP05
Situations spécifiques	Victime d'attentat	SP18
	Forçage	SP11

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

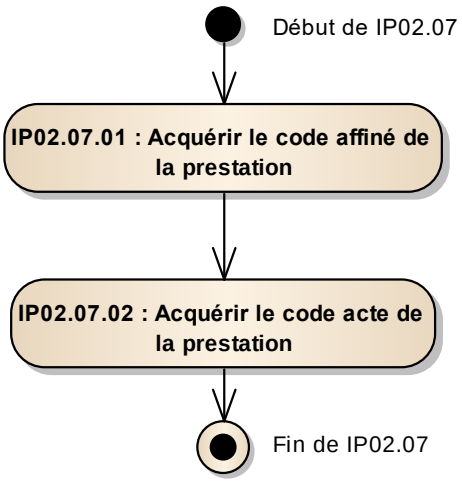


Figure 4 : [SC_IP02.07] Enchaînement de IP02.07 : « Acquérir les caractéristiques de la prestation »

3.2.7.1 IP02.07.01 : Acquérir le code affiné de la prestation

Vue générale

Nom ***IP02.07.01 Acquérir le code affiné de la prestation***

Description L'objet de cette tâche est d'acquérir le code affiné de la prestation.

Il peut s'agir :

- d'un code affiné d'une prestation CCAM
- d'un code affiné d'une prestation de pharmacie (ex. : médicament)
- d'un code affiné d'une prestation de biologie ou anatomo-cyto-pathologie (ex. : analyse)
- d'un code affiné d'une prestation LPP (ex. : dispositif médical)

Par ailleurs, dans le cas d'un code affiné CCAM, cette opération inclut également la détermination du contexte tarifaire de la prestation à savoir :

- le contexte tarifaire lié au PS
  le PS à considérer pour ce contexte est le PS exécutant de la prestation.
  Il s'agit soit du PS salarié si celui-ci est différent du PS facturant, soit du PS facturant.
- le contexte tarifaire lié au BS.

Le contexte tarifaire (contexte PS et contexte BS) est utilisé pour consulter les données diversifiées de la base CCAM (DF_CCAM) à savoir :

- le Prix Unitaire d'un acte CCAM
- les codes "association non prévue" et leur coefficient
- les codes pour association prévue et leur coefficient
- les modificateurs et leur montant

Entrées Famille du Professionnel de Santé EF_PS04_09

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

	Code spécialité	EF_IP07_03 ou EF_PS03_14
	Code conventionnel	EF_IP07_06 ou EF_PS03_13
	Contrat tarifaire PS	EF_IP07_11 ou EF_PS04_03
	Date d'exécution de la prestation	EF_IP04_02
	Code situation particulière	EF_BS08_01
	Date de début de la situation particulière	EF_BS08_02
	Date de fin de la situation particulière	EF_BS08_03
Sorties	Top prestation caractérisé par un code affiné	EF_IP99_01
	Contexte tarifaire PS	EF_IP04_08
	Contexte tarifaire BS	EF_IP04_09
	Détail prestation CCAM	EF_IP09
	Détail prestation biologie	EF_IP12
	Détail code CIP	EF_IP14
	Détail prestation LPP	EF_IP15
Situations spécifiques	Aucune	

Règles de gestion

Les règles de gestion concernant cette opération sont regroupées ci-après par thème.

Règles Codage des prestations

Préambule

Principe de codage des prestations

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

« Les dispositions législatives issues de la loi du 4 janvier 1993, précisées dans le décret du 6 mai 1995, confient aux Caisses Nationales d'Assurance Maladie la mise en place du codage des actes et prestations médicales ainsi que les moyens et les outils nécessaires à la maîtrise de l'évolution des dépenses.

C'est dans ce contexte législatif et réglementaire que s'inscrit, à la suite du codage des actes de biologie, de la pharmacie et de la LPP, le codage des actes médicaux. »

Règles de gestion

[RG_IP314] Interdire la Cohabitation d'un code médicament et de la LPP

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Une prestation concernant la famille pharmaciens (EF_PS04_09 = PH) ne peut inclure à la fois des informations détaillées de médicament (EF_IP13) et des codes LPP (EF_IP15).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_IP387] Interdire la Cohabitation de codes affinés Biologie et de la CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Une prestation concernant la famille prescripteur (EF_PS04_09 = PR) ne peut inclure à la fois des informations détaillées de Biologie (EF_IP12) et des informations CCAM(EF_IP09).

[RG_IP388] Interdire la Cohabitation d'un code médicament et de la CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Une prestation concernant les généralistes propharmaciens, (EF_PS03_14 = 01) ne peut inclure à la fois informations détaillées de médicament (EF_IP13) et des informations CCAM (EF_IP09).

[RG_IP389] Interdire la Cohabitation d'un code médicament et de codes affinés Biologie

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Une prestation concernant les généralistes propharmaciens, (EF_PS03_14 = 01) ne peut inclure à la fois informations détaillées de médicament (EF_IP13) et des informations détaillées de biologie (EF_IP12).

Règles Codage CCAM

Préambule

Présentation de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

L'objet de la CCAM est d'identifier chaque acte médical technique par un libellé spécifique et un code associé permettant de le repérer sans ambiguïté.

Elle se substitue progressivement à la NGAP. Par conséquent, le professionnel de santé utilise la CCAM pour facturer les actes techniques en remplacement des lettres-clés correspondantes.

Information

Les lettres-clés concernées par la CCAM et entrant dans le système SESAM-Vitale sont les suivantes :

Pour les actes techniques : KA, KC, KE, KMO, Z, ainsi que la plupart des K à l'exception des actes du chapitre 14 et 16 de la NGAP.

Pour les actes dentaires : D, DC, SC, SCM, SPR, PRO.

☞ ***Remarque*** : ces deux listes de lettres-clés sont mentionnées ci-dessus à titre informationnel mais ne constituent pas une exigence fonctionnelle.

Familles concernées de professionnels de santé

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les catégories de professionnels de santé concernées par la CCAM sont les médecins (catégorie 1), les chirurgiens-dentistes (catégorie 4), et les Sages Femmes (catégorie 5), qu'ils exercent à titre libéral, salarié ou remplaçant.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Ces catégories relèvent chacune d'une convention avec l'assurance maladie obligatoire. Chacune de ces conventions fait l'objet d'une signature spécifique. Chacune de ces catégories démarre donc en CCAM à des dates différentes en fonction des conventions signées.

La catégorie 1 correspond à la sous-famille (EF_PS04_10) Médecins

La catégorie 4 correspond à la sous-famille (EF_PS04_10) Chirurgiens-Dentistes

La catégorie 5 correspond à la sous-famille (EF_PS04_10) Sages Femmes

Informations détaillées de la prestation CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Une prestation CCAM est caractérisée par les informations détaillées suivantes :

- Données obligatoires :
  - Code de la prestation CCAM (code de l'acte) (EF_IP09_01)
  - Code activité (EF_IP09_02)
  - Code phase de traitement (EF_IP09_03)

  L'assemblage des trois codes constitue le triplet « acte/activité/phase » caractérisant la prestation CCAM.

Tarifs CCAM diversifiés

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Revalorisation des actes CCAM

Convention médicale 2011

L'avenant 8 à la convention médicale du 26 juillet 2011 prévoit, pour les soins dispensés par les médecins exerçant en secteur 1 et par les médecins adhérant au CAS, de revaloriser les actes « gagnants » de la CCAM (3761 actes concernés). Le tarif cible de ces actes est supérieur au tarif de référence.

La revalorisation s'appuie sur une double grille tarifaire à la CCAM :

- L'une appliquée par les médecins de secteur 1 et les médecins de secteur 2 adhérant au CAS
- L'autre par les médecins de secteur 2 hors CAS

Convention médicale 2016

La convention médicale 2016 prévoit une meilleure valorisation de l'activité technique des médecins et notamment des conditions d'exercice particulier des spécialités dites de plateau technique lourd (chirurgie, anesthésie-réanimation, gynécologie obstétrique).

Une des principales nouveautés introduites par la convention médicale 2016 est la différenciation des valeurs des modificateurs : K, U, S, F en fonction du contexte du PS (son secteur, l'option à laquelle il adhère, sa spécialité), et / ou du contexte de l'assuré

Ceci implique une démultiplication des grilles tarifaires pour prendre en compte les différences de valeurs des modificateurs en fonction du contexte PS et du contexte assuré.

Contexte tarifaire

Le contexte tarifaire est défini :

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- d'une part par un contexte PS
- d'autre part par un contexte Bénéficiaire

Un contexte tarifaire donné pointera vers une **grille tarifaire** donnée (nouvelle notion dans la base CCAM (DF_CCAM)).

Grille tarifaire

Pour le démarrage de cette mesure (au 01/01/2015), deux grilles tarifaires sont identifiées :

- Grille tarifaire 1 : **Tarifs revalorisés**
  correspond aux PS de secteur 1 ou ayant signé le CAS, quel que soit le bénéficiaire des soins.
- Grille tarifaire 2 : **Tarifs non revalorisés**
  correspond aux PS de secteur 2 ou 1DP n'ayant pas signé le CAS, quel que soit le bénéficiaire des soins.

A compter du 1er janvier 2018, la base CCAM (DF_CCAM) comportera 14 grilles tarifaires qui seront utilisées par de nouvelles valeurs de contextes PS et de contexte BS.

Contexte PS

Le contexte PS est défini par :

- le secteur de conventionnement du PS (1,1DP ou 2)
- le contrat tarifaire PS auquel il a adhéré (OPTAM, OPTAM-CO ou pas de contrat)
- la spécialité du PS

☞ Pour rappel, le secteur conventionnel du PS est contenu dans sa CPS et le contrat tarifaire PS est paramétré sur le poste.

Contexte BS

Pour l'immédiat le seul contexte BS (bénéficiaire des soins) identifié est « tout bénéficiaire ».

Données diversifiées

Les données diversifiées de la base CCAM (DF_CCAM) sont :

- Champ 37 : Prix Unitaire de base (PU)
- TB02 : Coefficient des codes "association non prévue"
- TB03 : Association « Règle tarifaire » et « Coefficient »
- TB11 : Valorisation des modificateurs

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

[RG_IP315] Acquérir le codage de la prestation CCAM : triplet acte/activité/phase (EF_IP09_01, EF_IP09_02, EF_IP09_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Une prestation CCAM ou ligne d'acte CCAM est constituée d'un et un seul acte CCAM (triplet acte/activité/phase).

De plus, dans le périmètre du système de facturation SESAM-Vitale, une prestation est caractérisée par le seul code de l'acte CCAM. En effet, le code activité est toujours à 1 et le code phase de traitement toujours à 0.

Ces informations sont renseignées par le Professionnel de santé

[RG_IP323] Acquérir la catégorie médicale d'un acte CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation CCAM (EF_IP05_02 = « CCAM »), la catégorie médicale de la prestation (EF_IP09_08) est constituée par le champ CCAM-12 associé, à la date d'exécution de la prestation (EF_IP04_02), au code de l'acte (EF_IP09_01) et au code activité (EF_IP09_02) dans la base CCAM (DF_CCAM).

☞ cf. RG_AP006 : Consulter les données associées à un acte CCAM (identifiant CCAM-12).

Règles de gestion **CONTEXTE TARIFAIRE**

[RG_IP_R41] Déterminer le contexte tarifaire PS de la prestation (EF_IP04_08)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de déterminer le contexte tarifaire lié au Professionnel de Santé (PS) exécutant la prestation. Ce contexte est utilisé pour la tarification de la prestation CCAM. Ce contexte dépend :

- de la spécialité du PS,
- de son secteur conventionnel
- de son adhésion ou pas à un contrat tarifaire PS,
- et de la date d'exécution de la prestation

Tables utilisées

- Table 41 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T41)
- Table 41bis de l'Annexe 2bis (EF_A2_T41bis)

[RG_IP_R42] Déterminer le contexte tarifaire BS de la prestation (EF_IP04_09)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de déterminer le contexte tarifaire lié au bénéficiaire des soins (BS) à utiliser pour la tarification de la prestation CCAM (cf. règles de l'A1-A1).

Ce contexte dépend :

- de la situation particulière du bénéficiaire à la date d'exécution de la prestation.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- et de la date d'exécution de la prestation.

Tables utilisées

- Table 42 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T42)

Règles Codage biologie

Préambule

Code affiné NABM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La codification affinée est l'identification par un numéro de code, de chaque acte pouvant être regroupé sous un couple (lettre-clé (EF_IP04_01), coefficient (EF_IP04_03)).

Règles de gestion

[RG_IP319] Acquérir la prestation détaillée de biologie (EF_IP12_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La procédure de codage de la biologie est obligatoire pour les laboratoires (arrêtés du 05/02/97).

☞ A noter que le code affiné NABM ne peut pas prendre la valeur zéro (chaîne de caractères composée uniquement de zéros).

Cas particuliers

[CP1] Prestation d'anatomo-cyto-pathologie

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les médecins anatomo-cyto-pathologistes (EF_PS03_14 = 37) peuvent transmettre les codes affinés des actes cotés en P.

Le codage des actes en P suit les mêmes règles que celui des actes en B.

Le codage affiné n'est pas obligatoire pour ce type de prestation (arrêté du 02/0600).

Règles Codage des médicaments

Préambule

Format des codes CIP

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les médicaments sont identifiés :

- par un code CIP 13 caractères

Les professionnels de santé pharmaciens ou propharmaciens télétransmettent à l'assurance maladie le code CIP 13 caractères du produit délivré.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Familles de Professionnel de Santé concernées

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Une prestation nécessitant le codage CIP concerne à la fois la famille de professionnels de santé pharmaciens et la famille prescripteurs (cas des propharmaciens).

Règles de gestion

[RG_IP321] Acquérir les codes CIP (EF_IP14_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le code CIP est acquis par le système de facturation à partir de la vignette (code à barre) du médicament.

Il convient de renseigner le code CIP du médicament délivré (EF_IP14_02 occurrence « délivré »).

Par ailleurs, il est prévu pour utilisation future, une donnée réservée pour le code CIP du médicament prescrit (EF_IP14_02 occurrence « prescrit »), dans le cas d'une substitution.

☞ A noter qu'un code CIP ne peut pas prendre la valeur zéro (chaîne de caractère composée uniquement de zéros) et est nécessairement composé de 13 caractères.

Cas particuliers

[CP1] Médecin propharmacien

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les professionnels de santé propharmaciens peuvent, à partir de leur système de facturation, indiquer dans la facture les actes servis et les médicaments délivrés.

Le professionnel de santé propharmacien peut réaliser au domicile de l'assuré une facture comportant des actes pharmaceutiques (PH1, PH4, PH7, …) sans renseigner le code affiné associé (code CIP).

Le renseignement du code affiné est obligatoire pour les médicaments délivrés au cabinet du professionnel de santé propharmacien.

~~***[RG_IP390] Acquérir le code contraception d'urgence (EF_IP01_04)***~~

~~PR~~			~~AM~~	~~LB~~	~~PH~~	~~FR~~	~~TR~~
~~M~~	~~CD~~	~~SF~~					

~~Lorsque le système de facturation détecte l'acquisition d'un code CIP de médicament relatif à la contraception d'urgence, il valorise automatiquement le code contraceptif d'urgence (EF_IP01_04) à la valeur OUI.~~

~~En absence de code CIP relatif à la contraception d'urgence, ce code reste valorisé à NON.~~

~~***[RG_IP399] Contrôler l'exclusivité des contextes « santé sexuelle » et « contraception d'urgence »***~~

~~PR~~			~~AM~~	~~LB~~	~~PH~~	~~FR~~	~~TR~~
~~M~~	~~CD~~	~~SF~~					

~~Les contextes « santé sexuelle » (EF_IP01_07) et « contraception d'urgence » (EF_IP01_04) sont exclusifs.~~

~~En aucun cas ces deux données ne peuvent prendre la valeur OUI pour une même facture.~~

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

~~Si EF_IP01_04 = OUI alors EF_IP01_07 doit être égal à NON~~

~~Si EF_IP01_07 = OUI alors EF_IP01_04 doit être égal à NON~~

~~Pour les factures qui ne sont pas en lien avec la santé sexuelle, ces deux données sont valorisées à NON.~~

~~***[RG_IP398] Déterminer le code anonymisation de la facture contraception d'urgence (EF_IP01_08)***~~

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

~~Par défaut la facture contraception d'urgence est anonymisée pour une bénéficiaire mineure.~~

~~Lors de la facturation de produits de santé relatifs à la contraception d'urgence, la patiente bénéficie de la confidentialité si elle est mineure.~~

~~Dans ce cas, si le code contraception d'urgence (EF_IP01_04) est à OUI :~~

- ~~le LPS positionne le code anonymisation de la facture à « Anonymisation de la facture contraception d'urgence » si la bénéficiaire a moins de 18 ans ;~~
- ~~le LPS positionne le code anonymisation de la facture à « Pas d'anonymisation de la facture contraception d'urgence » si la bénéficiaire a plus de 18 ans.~~

~~Dans tous les cas, la bénéficiaire peut demander à ne pas bénéficier de la confidentialité. Dans ce cas, le PS repositionne le code anonymisation de la facture à « Pas d'anonymisation de la facture contraception d'urgence ».~~

~~En revanche, une bénéficiaire majeure ne peut pas demander à bénéficier de la confidentialité.~~

~~A noter que les produits de santé relatifs à la contraception d'urgence font l'objet d'une facturation isolée et qu'ils sont facturés dans le respect des tarifs opposables.~~

Règles Codage LPP

Préambule

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Informations renseignées

Les informations suivantes doivent être renseignées :

- Le Code détaillé LPP (EF_IP15_01)

Codage du Dispositif Médical (DM) de la LPP (anciennement TIPS)

La facturation à l'AMO d'un dispositif médical codé de la LPP, implique obligatoirement la transmission des informations de codage LPP.

Changement de tarif en cours de période de mise à disposition

En cas de changement de tarif en cours de période de mise à disposition :

- les périodes de traitement débutant avant la date d'entrée en vigueur de la nouvelle tarification sont remboursées sur la base des tarifs applicables avant l'entrée en vigueur des nouveaux tarifs,
- les périodes de traitement débutant après la date d'entrée en vigueur de la nouvelle tarification sont remboursées sur la base des nouveaux tarifs.

Exemple de changement de tarification

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Exemple d'un traitement ayant débuté le mardi 8 janvier 2013 et se terminant le lundi 28 janvier 2013 avec un changement de tarif intervenant le jeudi 17 janvier 2013

- *la semaine du 8 au 14 janvier 2013 sera remboursée sur la base du tarif applicable avant l'entrée en vigueur des nouveaux tarifs,*
- *la semaine du 15 au 21 janvier 2013 sera remboursée sur la base du tarif applicable avant l'entrée en vigueur des nouveaux tarifs.*
- *la semaine du 22 au 28 janvier 2013 sera remboursée sur la base des nouveaux tarifs.*
  Il en ira, bien sûr, de même pour les périodes suivantes.

JUIN 2013	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Type de prestation	location							location							location						
Date de début de location	08/01/2013							15/01/2013							24/01/2013						
Date de fin de location	14/01/2013							16/01/2013							28/01/2013						
Tarif LPP	Tarif unitaire de la prestation applicable avant l'entrée en vigueur du nouveau tarif (tarif hebdomadaire)							Tarif unitaire de la prestation applicable avant l'entrée en vigueur nouveau tarif (tarif hebdomadaire)							Tarif unitaire de la prestation (tarif hebdomadaire) **Application du nouveau tarif**						
Nombre d'unités	1							1							1						

Facturation LPP par les Auxiliaires-Médicaux

Les Professionnels de Santé de la famille Auxiliaires-Médicaux sont concernés par les règles gérant la LPP dans la limite des spécialités de Professionnels autorisés à facturer des codes prestation LPP (cf. RG_IP_R1 et EF_A2_T2).

Règles de gestion

[RG_IP327] Acquérir le code détaillé LPP (EF_IP15_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé acquiert le code LPP associé à la prestation.

☞ A noter qu'un code LPP est nécessairement numérique, sur 7 caractères.

Les Professionnels de Santé de la famille Auxiliaires-Médicaux sont concernés par cette règle dans la limite des spécialités de Professionnels autorisés à facturer des codes prestation LPP (cf. RG_IP_R1 et EF_A2_T2).

Cas particuliers

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[CP1] Changement de tarif en cours de période

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de changement de tarif en cours de période de location ou de service, il convient de saisir autant de fois le même code détaillé LPP que de tarifs différents.

Règles Code affiné de la prestation

[RG_IP501] Déterminer si la prestation est caractérisée par un code affiné (EF_IP99_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation renseigne à vrai le « top prestation caractérisée par un code affiné » (EF_IP99_01) si l'un des groupes de donnée suivant est renseigné :

- codage affiné CCAM :
  - code acte CCAM : EF_IP09_01
  - code activité CCAM : EF_IP09_02
  - code phase de traitement CCAM : EF_IP09_03
- code affiné prestation biologie : EF_IP12_01
- code CIP : EF_IP14_02
- code détaillé LPP EF_IP15_01

3.2.7.2 IP02.07.02 : Acquérir le code acte de la prestation

Vue générale

Nom ***IP02.07.02 Acquérir le code acte de la prestation***

Description L'objet de cette tâche est d'acquérir le code acte de la prestation et d'en déduire ses caractéristiques, à savoir :

- le type de la prestation,
- le type de nomenclature de la prestation,
- le groupe fonctionnel général,
- le groupe fonctionnel détaillé de la prestation,
- le top nécessité codage affiné de la prestation.

☞ Cette opération est également appelée par les opérations :

- VF07.01.01 pour l'acquisition et la détermination des données d'une prestation ATD automatiquement générée par le système de facturation.
- VF07.02.01 pour l'acquisition et la détermination des données de la prestation de supplément APIAS (DAT) automatiquement générée par le système de facturation
- VF08.01 pour l'acquisition et la détermination des données d'une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat automatiquement générée par le système de facturation

Entrées Top prestation caractérisé par un code affiné EF_IP99_01

Détail prestation CCAM EF_IP09

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

	Détail prestation biologie	EF_IP12
	Détail code CIP	EF_IP14
	Détail prestation LPP	EF_IP15
	Spécialité du Professionnel de Santé	EF_PS03_14
	Code spécialité de l'exécutant salarié	EF_IP07_04
	Table 1 de l'annexe 2bis	EF_A2_T1
Sorties	Code acte de la prestation	EF_IP04_01
	Type de prestation	EF_IP05_01
	Type de nomenclature de la prestation	EF_IP05_02
	Groupe fonctionnel général de la prestation	EF_IP05_03
	Groupe fonctionnel détaillé de la prestation	EF_IP05_04
	Code nécessité de codage affiné de la prestation	EF_IP05_05
Situations spécifiques	Victime d'attentat	SP18
	Forçage	SP11

Règles de gestion

[RG_IP343] Acquérir le contexte COx (EF_IP04_11)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation doit permettre au Professionnel de Santé d'indiquer, avant son choix de code prestation, qu'il facture une prestation de type « consultation obligatoire enfant ».

Dans ce cas, le système de facturation positionne alors l'indicateur de contexte COx.

[RG_IP339] Acquérir le code prestation (EF_IP04_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le code de la prestation est renseigné par le Professionnel de Santé.

Cas particuliers

[CP1] Prestation de déplacement

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le « code prestation du déplacement » est renseigné avec la lettre clé correspondant au déplacement facturé. Il peut s'agir :

- soit d'une indemnité forfaitaire de déplacement,
- soit d'une indemnité kilométrique de déplacement.

[CP2] Code affiné CCAM (EF_IP09_01 ; EF_IP09_02): code regroupement

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Le code prestation est renseigné avec le code regroupement associé à l'acte/activité saisi par le Professionnel de Santé.

Le code regroupement associé à tout acte/activité constitue le champ CCAM-42 de la base CCAM (DF_CCAM).

Cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règle CC7

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle, dans ce cas particulier-ci : cf. Situation Spécifique de forçage.

[CP3] Prestations de Biologie

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

A partir du code affiné (EF_IP12_01) saisi, le système de facturation détermine le code prestation en fonction de la spécialité du Professionnel de Santé :

- Code prestation **B** pour un biologiste (spécialités PS : (EF_IP07_03 ou EF_PS03_14 sinon) = **30 ou 39 ou 40**)
- Code prestation **P** pour un anatomo-cyto-pathologiste (spécialité PS : (EF_IP07_03 ou EF_PS03_14 sinon) = **37**)

☞ **Remarque** : Depuis la mise en place du codage de la biologie, seule la lettre clé B est acceptée (les lettres clés BP et BR sont supprimées).

[CP4] Code affiné Médicament

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

A partir du code affiné (EF_IP13_01) saisi et de la base médicament, le système de facturation détermine le code prestation (EF_IP04_01).

[CP5] Code affiné LPP

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

A partir du code affiné détaillé LPP (EF_IP15_01) saisi et de la base LPP, le système de facturation détermine le code prestation (EF_IP04_01).

[CP6] Génération automatique SMG pour prestations remboursables AMO

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le contexte de création de la prestation correspond à une génération automatique d'un supplément dérogatoire SMG pour prestations remboursables AMO (EF_VF02_07 = SD_SMG-R), alors :

- Si les prestations de la facture saisies par le PS relèvent des nomenclatures LPP ou Frais PH le code prestation est **DPS**
- Dans le cas contraire (prestations relevant des nomenclatures NGAP, NABM, CCAM), le code prestation est **DAP**.

[CP7] Génération automatique SMG pour prestations non remboursables AMO

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Si le contexte de création de la prestation correspond à la génération automatique d'un supplément dérogatoire SMG pour prestations non remboursables AMO (EF_VF02_07 = SD_SMG-NR), alors :

- Si les prestations de la facture saisies par le PS relèvent des nomenclatures LPP ou Frais PH le code prestation est **SGN**
- Dans le cas contraire (prestations relevant des nomenclatures NGAP, NABM, CCAM), le code prestation est **SGA**.

[CP8] Génération automatique d'un Honoraire de Dispensation simple

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le code prestation d'un honoraire de dispensation simple (EF_IP05_03 = « Honoraire » et EF_IP05_04 = « simple ») est égal au code prestation à suivre (EF_CF08_06) de la prestation support à laquelle l'honoraire se rapporte.

[CP9] Génération automatique d'un Honoraire de Dispensation complexe

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le code prestation d'un honoraire de dispensation complexe (EF_IP05_03 = « Honoraire » et EF_CF02_06 = « OUI » est le code prestation « **HC** ».

[CP10] Génération automatique d'un complément AT dentaire

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	**CD**	SF					

Pour une prestation de complément AT Dentaire, le code prestation est « ATD ».

[CP11] Génération automatique du supplément APIAS (DAT)

PR			**AM**	**LB**	**PH**	**FR**	TR
M	**CD**	**SF**					

Le supplément APIAS est caractérisé par le code prestation DAT.

[CP13] Génération automatique d'un Honoraire de Dispensation pour médicament remboursable

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le code prestation d'un honoraire de dispensation pour médicament remboursable (EF_IP05_03 = « Honoraire » et EF_CF02_07 = « OUI ») est le code prestation « **HDR** ».

[CP14] Génération automatique d'un Honoraire de Dispensation lié à l'âge

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le code prestation d'un honoraire de dispensation pour médicament lié à l'âge (EF_IP05_03 = « Honoraire » et EF_CF02_08 = « OUI ») est le code prestation « **HDA** ».

[CP15] Génération automatique d'un Honoraire de Dispensation pour médicament spécifique

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le code prestation d'un honoraire de dispensation pour médicament spécifique (EF_IP05_03 = « Honoraire » et EF_CF02_09 = « OUI ») est le code prestation « **HDE** ».

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[CP16] Consultations Obligatoires Enfant

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de facturation d'une prestation de type « consultation obligatoire enfant » (EF_IP04_11 positionné), le système de facturation détermine le « code prestation à transmettre dans la facture en fonction de l'âge du bénéficiaire et du Professionnel de Santé, à savoir :

- sa spécialité EF_PS03_14
- son code conventionnel EF_PS03_13
- son contrat tarifaire EF_PS04_03
- sa caisse de rattachement, EF_PS04_04
- éventuellement son choix entre une prestation à tarif revalorisé sans dépassement ou une prestation à tarif non revalorisé avec dépassement possible: le LPS doit proposer ce choix au Professionnel de Santé, soit sous forme de question, soit en lui permettant d'opter entre l'un ou l'autre des 2 codes prestation correspondant en table
- éventuellement sa fonction de pédiatre traitant (le LPS pose la question au PS).

Cette détermination s'appuie sur la table 70 de l'Annexe2bis (EF_A2_T70).

Dans certains cas, (en fonction de l'âge du Bénéficiaire des soins notamment), le code prestation ne peut pas être déterminé par la table. Il revient alors au PS de saisir le code prestation comme dans le cas nominal de la règle.

Dans tous les cas, le Professionnel de Santé doit toujours pouvoir modifier le code prestation déterminé par cette règle.

A noter que ce cas particulier concerne uniquement les médecins généralistes et les pédiatres.

Situations Spécifiques

[SP18] Génération automatique d'un dépassement pour Victime d'Attentat

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le code prestation d'un dépassement pour Victime d'Attentat est égal au code prestation du dépassement pour « Victime d'Attentat » associé (EF_VF05_15) de la prestation support à laquelle ce dépassement se rapporte.

[RG_IP353] Déterminer le type de la prestation (EF_IP05_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour chaque prestation renseignée par le Professionnel de Santé, il convient d'identifier le type de la prestation, à savoir s'il s'agit d'une prestation:

- Support
- Secondaire

La détermination du type de prestation se fait en fonction du code prestation (EF_IP04_01) sur la base de la table 1 de l'annexe 2bis (EF_A2_T1)

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Rappel

Par définition un acte secondaire, par opposition à un acte support, est une prestation qui ne peut pas être facturée seule à une date donnée. Elle doit toujours accompagner une prestation de type support. (cf. RG_IP_R17bis).

[RG_IP354] Déterminer le type de nomenclature de la prestation (EF_IP05_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour chaque prestation renseignée par le Professionnel de Santé, il convient d'identifier le type de nomenclature dont elle relève.

Les différents types de nomenclature possible sont :

- NGAP
- CCAM
- LPP
- NABM (Biologie)
- Frais PH (frais pharmaceutiques)
  Ce type de nomenclature regroupe l'ensemble des produits et prestations délivrés par un pharmacien, à l'exception des produits LPP.

La détermination du type de nomenclature se fait en fonction du code prestation (EF_IP04_01) sur la base de la table 1 de l'annexe2 (EF_A2_T1).

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

[RG_IP355] Déterminer le groupe fonctionnel général (EF_IP05_03) et le groupe fonctionnel détaillé (EF_IP05_04) de la prestation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour chaque prestation renseignée par le Professionnel de Santé, il convient d'identifier le groupe fonctionnel général (EF_IP05_03) et détaillé (EF_IP05_04) dont la prestation relève.

Cette détermination se fait en fonction du code prestation (EF_IP04_01) sur la base de la table 1 de l'annexe 2bis (EF_A2_T1).

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

[RG_IP356] Déterminer le code nécessité de codage affiné (EF_IP05_05) de la prestation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour chaque prestation renseignée par le Professionnel de Santé, il convient d'identifier s'il est nécessaire qu'elle soit identifiée par un codage affiné (EF_IP05_05).

Le code nécessité de codage affiné (EF_IP05_05) prend l'une des valeurs suivantes :

- Oui
- Non
- Eventuellement.

Cette détermination se fait en fonction du code prestation (EF_IP04_01) sur la base de la table 1 de l'annexe 2bis (EF_A2_T1).

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_IP392] Déterminer l'origine de la prestation (EF_IP05_06)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour chaque prestation, il convient d'identifier s'il s'agit d'une prestation saisie par le PS ou générée par le LPS (EF_IP05_06).

Cette détermination se fait en fonction du code prestation (EF_IP04_01) sur la base de la table 1 de l'annexe 2bis (EF_A2_T1).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.2.8 IP02.08 : Acquérir et déterminer les informations d'exécution de la prestation

Vue générale

Nom ***IP02.08 Acquérir et déterminer les informations d'exécution de la prestation***

Description L'objet de cette tâche est d'acquérir les informations d'exécution de la prestation à savoir :

- la date d'exécution de la prestation,
- l'identification du lieu d'exécution de la prestation,
- l'identification du Professionnel de Santé exécutant salarié,

puis de déterminer l'âge du bénéficiaire à la date d'exécution de la prestation.

☞ Cette opération est également appelée par les opérations :

- VF07.01.01 pour l'acquisition et la détermination des données d'une prestation ATD automatiquement générée par le système de facturation.
- VF08.01 pour l'acquisition et la détermination des données d'une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat automatiquement générée par le système de facturation

Entrées	Date de naissance du bénéficiaire	EF_BS02_07
Sorties	Date d'exécution de la prestation	EF_IP04_02
	Age du bénéficiaire à la date d'exécution de la prestation	EF_IP04_07
	Lieu exécution prestation	EF_IP06
	Professionnel de Santé exécutant salarié	EF_IP07
Situations spécifiques	Victime d'attentat	SP18

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

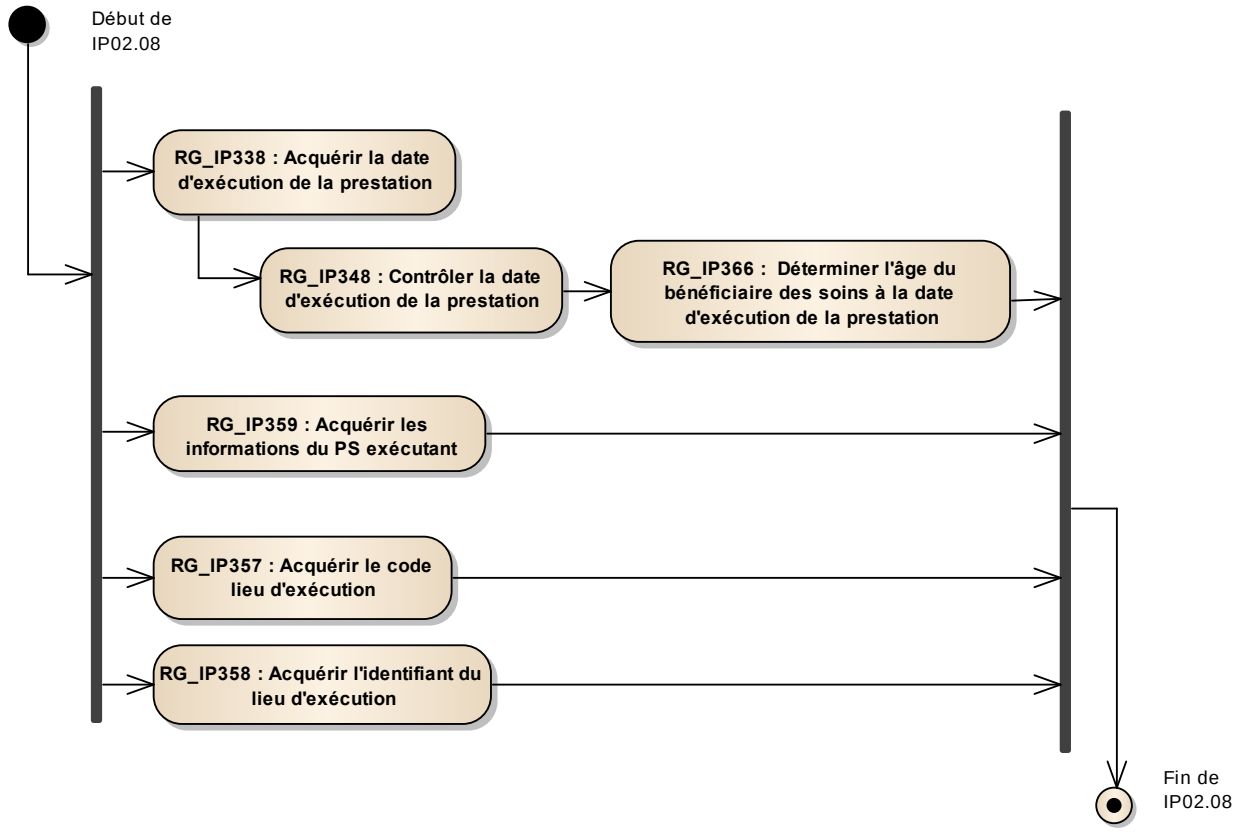


Figure 5 : [SC_IP02.08] Enchaînement de IP02.08 : " Acquérir et déterminer les informations d'exécution de la prestation "

Règles de gestion

Les règles de gestion concernant cette opération sont regroupées ci-après par thème.

Règles Date d'exécution

[RG_IP338] Acquérir la date d'exécution de la prestation (EF_IP04_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La date d'exécution de la prestation est renseignée par le Professionnel de Santé.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Cas particuliers

[CP1] date d'exécution des soins dentaires

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les dispositions réglementaires concernant les soins dentaires prévoient que le tarif applicable est celui en vigueur à la date d'achèvement des soins.
Cette date doit être indiquée pour chaque prestation.

Dans le cadre de la NGAP, une prestation correspond à une seule dent soignée (EF_IP08_11).

Dans le cadre de la CCAM une prestation peut comporter jusqu'à 16 occurrences de dents soignées (EF_IP11_01).

[CP2] Génération automatique SMG pour prestations remboursables AMO

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le contexte de création de la prestation correspond à une génération automatique d'un supplément dérogatoire SMG pour prestations remboursables AMO (EF_VF02_07 = SD_SMG-R), alors la date d'exécution est égale à la date d'exécution de la dernière prestation remboursable AMO saisie par le Professionnel de Santé.

[CP3] Génération automatique SMG pour prestations non remboursables AMO

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le contexte de création de la prestation correspond à une génération automatique d'un supplément dérogatoire SMG pour prestations non remboursables AMO (EF_VF02_07 = SD_SMG-NR), alors la date d'exécution est égale à la date d'exécution de la dernière prestation non remboursable AMO saisie par le Professionnel de Santé.

[CP4] date d'exécution pour la LPP

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation LPP, la date d'exécution de la prestation correspond à la date de début de la prestation détaillée LPP (EF_IP15_04).

[CP5] Génération automatique d'un Honoraire de Dispensation simple

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La date d'exécution d'une prestation Honoraire de dispensation simple (EF_IP05_03 = « Honoraire » et EF_IP05_04 = « simple ») est égale à la date d'exécution de la prestation à laquelle l'honoraire se rapporte.

[CP6] Génération automatique d'un Honoraire de Dispensation global

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La date d'exécution d'une prestation Honoraire de dispensation global (EF_IP05_03 = « Honoraire » et EF_IP05_04 = « global ») est égale à la date d'élaboration de la facture (EF_IP01_01).

[CP7] Prestation de type complément AT

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Pour une prestation de type complément AT (EF_IP05_03 = « Complément AT »), la date d'exécution de la prestation (EF_IP04_02) est égale à la date d'exécution de l'acte support auquel ce complément AT est rattaché.

[CP8] Génération automatique du supplément APIAS (DAT)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour le supplément APIAS (code prestation DAT), la date d'exécution correspond à la date de la facture (EF_IP01_01).

[CP9] Génération automatique du supplément APIAS (DAT)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type déplacement (EF_IP05_03= « Indemnité de déplacement »), la date d'exécution correspond à la date du déplacement.

Situations Spécifiques

[SP18] Dépassement pour Victime d'Attentat

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat (EF_IP05_03 = « Dépassement » et EF_IP05_04 = « Victime d'Attentat »), la date d'exécution de la prestation (EF_IP04_02) est égale à la date d'exécution de l'acte support auquel ce dépassement est rattaché.

[RG_IP348] Contrôler la date d'exécution de la prestation (EF_IP04_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La date d'exécution de la prestation doit être antérieure ou égale à la date d'élaboration de la facture (EF_IP01_01).

Pour autant, la date d'exécution de la prestation ne doit pas être antérieure de plus de 2 ans et 3 mois à la date d'élaboration de la facture.

[RG_IP366] Déterminer l'âge du bénéficiaire des soins (EF_IP04_07) à la date d'exécution de la prestation (EF_IP04_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Il convient de calculer l'âge du bénéficiaire à partir de sa date de naissance (EF_BS02_07), et à la date d'exécution de la prestation (EF_IP04_02).

Cas particuliers

[CP1] Mois lunaires

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Certaines dates de naissance sont exprimées en mois lunaire, i.e. avec un jour supérieur à 31 et/ou un mois supérieur à 12.

Dans ce cas là, pour le calcul de l'âge, il convient de ramener le jour et le mois à la valeur 01/01.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles Lieu d'exécution

Préambule

Informations renseignées

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le professionnel de santé doit identifier le lieu d'exécution des soins en saisissant les informations suivantes :

- Code du lieu d'exécution (EF_IP06_01) : cabinet ou domicile,
- Identifiant du lieu d'exécution (N° FINESS par exemple) (EF_IP06_02) dès lors que les prestations ne sont exécutées ni au cabinet ni au domicile du patient (EF_IP06_02).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

[RG_IP357] Acquérir le Code lieu d'exécution de la prestation (EF_IP06_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le code du lieu d'exécution est renseigné par le Professionnel de Santé pour indiquer si la prestation est réalisée au cabinet du Professionnel de Santé ou au domicile du patient.

Cette information est obligatoire. Par défaut le LPS la positionne à la valeur « cabinet ou lieu d'exercice du Professionnel de Santé » (valeur 0).

Cas particuliers

[CP1] Génération automatique SMG pour prestations remboursables AMO

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le contexte de création de la prestation correspond à une génération automatique d'un supplément dérogatoire SMG pour prestations remboursables AMO (EF_VF02_07 = SD_SMG-R), alors le code lieu d'exécution est égal au code lieu d'exécution de la dernière prestation remboursable AMO saisie par le Professionnel de Santé.

[CP2] Génération automatique SMG pour prestations non remboursables AMO

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le contexte de création de la prestation correspond à une génération automatique d'un supplément dérogatoire SMG pour prestations non remboursables AMO (EF_VF02_07 = SD_SMG-NR), alors le code lieu d'exécution est égal au code lieu d'exécution de la dernière prestation non remboursable AMO saisie par le Professionnel de Santé.

[CP3] Cas des Fournisseurs

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les fournisseurs le code lieu doit toujours être égal à la valeur « cabinet ou lieu d'exercice du Professionnel de Santé » (valeur 0).

[CP4] Honoraire de Dispensation simple

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type Honoraire de Dispensation simple (EF_IP05_03 = « Honoraire » et EF_IP05_04 = « simple »), le code lieu est égal au code lieu de la prestation support à laquelle l'honoraire se rapporte.

[CP5] Honoraire de Dispensation global

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type Honoraire de Dispensation global (EF_IP05_03 = « Honoraire » et EF_IP05_04 = « global »), le code lieu est égal au code lieu de la dernière prestation saisie par le PS.

[CP6] Prestation de type complément AT

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Pour une prestation de type complément AT (EF_IP05_03 = « Complément AT »), le code lieu d'exécution de la prestation (EF_IP06_01) est identique au code lieu de l'acte support auquel ce complément AT est rattaché.

[CP8] Prestations de type secondaire

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type secondaire (EF_IP05_01 = « Secondaire »), le code lieu d'exécution de la prestation (EF_IP06_01) est identique au code lieu de l'acte support auquel cette prestation secondaire est rattachée.

[CP9] Génération automatique du supplément APIAS (DAT)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour le supplément APIAS (code prestation DAT), le code lieu d'exécution de la prestation (EF_IP04_02) est identique au code lieu de la première prestation de la facture.

Situations Spécifiques

[SP18] Dépassement pour Victime d'Attentat

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat (EF_IP05_03 = « Dépassement » et EF_IP05_04 = « Victime d'Attentat »), le code lieu d'exécution de la prestation (EF_IP06_01) est identique au code lieu de l'acte support auquel cette prestation de dépassement est rattachée.

[RG_IP358] Acquérir l'Identifiant du lieu d'exécution (EF_IP06_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

L'identifiant du lieu d'exécution est renseigné par le Professionnel de Santé. Il correspond au numéro de l'établissement dans lequel les soins sont réalisés (structure de soins, maison de retraite), dès lors que ce lieu est identifié par un n° FINESS.

Cette information est obligatoire pour les prescripteurs et Auxiliaires Médicaux dès lors que les actes ne sont pas effectués au cabinet

Cas particuliers

[CP1] Honoraire de Dispensation généré

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type Honoraire de Dispensation générée par le système (EF_IP05_03 = « Honoraire » et EF_IP03_06= « LPS »), cette information n'est pas renseignée.

[CP2] Prestation de type complément AT

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type complément AT (EF_IP05_03 = « Complément AT »), l'identifiant du lieu d'exécution de la prestation (EF_IP06_02) est identique à celui de l'acte support auquel ce complément AT est rattaché.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[CP4] Prestations de type secondaire

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type secondaire (EF_IP05_01 = « Secondaire »), l'identifiant du lieu d'exécution de la prestation (EF_IP06_02) est identique à l'identifiant du lieu d'exécution de l'acte support auquel cette prestation secondaire est rattachée.

Situations Spécifiques

[SP18] Dépassement pour Victime d'Attentat

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat (EF_IP05_03 = « Dépassement » et EF_IP05_04 = « Victime d'Attentat »), l'identifiant du lieu d'exécution de la prestation (EF_IP06_02) est identique à celui de l'acte support auquel cette prestation de dépassement est rattachée.

Règles — Professionnel de sante exécutant salarié

Définition

Le Professionnel de santé exécutant correspond :

- soit au PS exécutant salarié s'il est identifié (EF_IP07),
- soit au PS réalisant la facture (PS facturant) et donc identifié dans le domaine fonctionnel DF_PS (exemple : spécialité = EF_PS03_14).

Remarque : Pour les prestations CCAM, et de façon générale pour toute prestation pouvant être réalisée uniquement par un prescripteur, ce dernier ne pouvant être salarié d'un autre prescripteur, le PS exécutant est nécessairement le PS facturant.

Règles de gestion

[RG_IP359] Acquérir les informations du PS exécutant salarié

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La notion d'exécutant salarié concerne les salariés du professionnel de santé ou bien par extension un laboratoire sous-traitant ou les médecins directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale dans le cas des laboratoires.

Ces informations ne sont pas renseignées dans le cas d'une facture en Centre de Santé. L'identification du PS facturant (le Centre de Santé) et du PS exécutant (le salarié) sont toutes réunies dans le domaine fonctionnel DF_PS.

Les informations suivantes doivent être renseignées :

- Numéro d'identification de facturation de l'exécutant salarié (EF_IP07_01)
- Clé du numéro d'identification de l'exécutant salarié (EF_IP07_02)
- Code spécialité de l'exécutant salarié (EF_IP07_03)
- Code zone tarifaire de l'exécutant salarié (EF_IP07_04)
- Code conventionnel de l'exécutant salarié (EF_IP07_06)

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- Code caisse de l'exécutant salarié (EF_IP07_07)
- Numéro RPPS de l'exécutant salarié (EF_IP07_08)
- Clé du numéro RPPS de l'exécutant salarié (EF_IP07_09)
- Numéro de la structure de l'exécutant salarié (EF_IP07_10)
- Contrat tarifaire de l'exécutant salarié (EF_IP07_11)

Ces informations sont renseignées par le PS ou lues sur la carte CPE de l'exécutant.

Lorsque le professionnel de santé qui facture est aussi celui qui a exécuté l'acte, les informations précédentes n'ont pas à être renseignées.

L'information numéro de la structure de l'exécutant salarié (EF_IP07_10) inclus la clé de ce numéro de structure.

Cas particuliers

[CP1] Prestation de type complément AT

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type complément AT (EF_IP05_03 = « Complément AT »), les informations du PS exécutant salarié sont identiques à celles de l'acte support auquel ce complément AT est rattaché.

[CP3] Prestations de type secondaire

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type secondaire (EF_IP05_01 = « Secondaire »), les informations du PS exécutant salarié sont identiques à celles de l'acte support auquel cette prestation secondaire est rattachée.

Situations Spécifiques

[SP18] Dépassement pour Victime d'Attentat

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat (EF_IP05_03 = « Dépassement » et EF_IP05_04 = « Victime d'Attentat »), les informations du PS exécutant salarié sont identiques à celles de l'acte support auquel cette prestation de dépassement est rattachée.

[RG_IP352] Acquérir la condition d'exercice de l'exécutant salarié (EF_IP07_05)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information est renseignée par le PS ou déterminée conformément à la règle RG_PS059 à partir du mode d'exercice lu sur la carte CPE de l'exécutant.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.3 IP03 : Déterminer les informations finales des prestations CCAM

Vue générale

Nom ***IP03 Déterminer les informations finales des prestations CCAM***

Description L'objet de cette opération est d'acquérir pour chaque prestation les informations qui dépendent de l'ensemble des prestations de la facture et qui ne peuvent donc pas, à ce titre, être acquises dans IP02.

Cette opération concerne uniquement les prestations CCAM et la notion d'association qui s'y rattache : au niveau de cette opération, le système de facturation détermine l'existence d'associations d'actes et leur nature (prévue ou non prévue).

Ces informations permettent de demander au professionnel de santé, pour chaque prestation appartenant à une association non prévue, la saisie du code association. (cf.IP02.01 RG_IP_CC1)

Entrées	Toutes les lignes de Prestation	EF_IP04
	Base CCAM	DF_CCAM
Sorties	Détail prestation CCAM	EF_IP09
	Détail association de la prestation CCAM	EF_IP16

Situations spécifiques Aucune

Préambule

Définition

Associer 2 ou plusieurs actes signifie effectuer plusieurs actes par le même praticien le même jour i.e. lors de la même intervention sur le patient. En conséquence ces actes apparaissent dans la même facture effectués à la même date d'exécution par le même exécutant.

Une association d'actes est un ensemble de prestations CCAM appartenant à une même facture et présentant les caractéristiques suivantes :

- même exécutant (EF_IP06_01)
- même code activité (EF_IP09_02)
- même date d'exécution (EF_IP04_02)

Principe

Principe des associations d'actes dans le cadre de la nomenclature CCAM

Certains actes par leur nature peuvent être associés au cours de la même intervention plus fréquemment que d'autres.

La nomenclature CCAM est conçue pour pouvoir distinguer les différents cas d'association suivants :

- Cas n°1 : les actes qui sont toujours associés entre eux (notion de procédure),
- Cas n°2 : les actes qu'il est fréquent d'associer entre eux (liste explicite),
- Cas n°3 : les actes qui peuvent occasionnellement être associés ou du moins pour lesquels une association n'est pas interdite,
- Cas n°4 : les actes qu'il est interdit d'associer entre eux (liste explicite).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Cas n°1 :

Pour 2 (ou n) actes A et B associables quasiment systématiquement, la nomenclature CCAM prévoit un troisième acte P de type procédure qu'il convient donc d'utiliser **à la place** des actes qui la composent. En conséquence 2 actes d'une même procédure ne doivent pas apparaître dans la même facture à la même date d'exécution et de même une procédure ne peut être associée avec un acte qui la compose.

Principe de renseignement dans la base CCAM :

La procédure P est déclarée appartenir à elle-même. Il en découle donc la règle générale qui dit que 2 actes rattachés à la même procédure ne peuvent apparaître dans la même facture.

Cas particulier des organes multiples :

Il est possible d'associer 2 actes appartenant à la même procédure si ces actes se rapportent à des organes multiples (actes portant sur les yeux, sur les doigts par exemple) et que les 2 actes associés ne sont pas effectués sur le même œil ou sur le même doigt.

Exemple :

Supposons qu'il existe un acte A et un acte B portant chacun sur une phalange d'un doigt, et qu'il existe également la procédure P qui correspond à la réalisation simultanée des actes A et B sur la phalange d'un doigt. Les actes A et B sont rattachés dans la base CCAM (DF_CCAM) à la catégorie "Organes Multiples". Si le praticien a besoin d'effectuer l'acte A et l'acte B sur 2 doigts différents, il ne peut représenter son intervention par la procédure P et devra donc associer dans la facture l'acte A et l'acte B.

Cas n° 2 :

Certains actes sont fréquemment associables. Il a donc été prévu dans la nomenclature de mentionner pour tout acte donné la liste des actes compatibles, i.e. fréquemment associables.

Cette liste est contenue dans le champ CCAM-13 de la base CCAM (DF_CCAM).

Il s'agit là d'une association prévue. Le code "association non prévue" transmis dans la facture pour les actes en question est donc dans ce cas-là non renseigné.

Cas n° 3 :

Les actes associables occasionnellement, ne sont pas mentionnés dans la base CCAM (DF_CCAM) :

le champ CCAM-13 serait trop volumineux (trop d'occurrence).

Il s'agit là d'une association non prévue. Le code "association non prévue" transmis dans la facture pour les actes en question est donc dans ce cas-là renseigné (plusieurs valeurs possibles).

Cas n° 4 :

La réalisation de certains actes lors de la même intervention sur le patient est contradictoire. Il est donc formellement interdit de les facturer le même jour pour le même patient, et ce tout exécutant confondu. Il a donc été prévu dans la nomenclature de mentionner pour tout acte donné la liste des actes incompatibles.

Cette liste est contenue dans le champ CCAM-14 de la base CCAM (DF_CCAM).

Règles de gestion

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_IP_CC1bis] Déterminer l'appartenance à une association (EF_IP09_07), l'identifiant (EF_IP16_01) et la nature (EF_IP16_02) de cette association pour chaque prestation CCAM	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

Pour chaque prestation CCAM de la facture, s'il existe une ou plusieurs autres prestations CCAM réalisée à la même date d'exécution (EF_IP04_02), alors cette prestation CCAM appartient à une association d'actes constituée par toutes les prestations CCAM réalisées à cette même date d'exécution.

La mise en œuvre de cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règle CC1bis.

La fonction SRT appelée renvoie pour chaque prestation CCAM de la facture :

- le numéro de l'association à laquelle appartient la prestation EF_IP16_01
- le type d'association : EF_IP16_02
  - «P»: association prévue
  - «N» : association non prévue
  - «D»: association prévue de type dentaire
  - «E»: association non prévue de type dentaire

L'information « appartenance à une association » (EF_IP09_07) prend la valeur VRAI pour toutes les prestations CCAM concernées.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.4 IP04 : Déterminer les informations communes finales de niveau facture

Vue générale

Nom	***IP04 Déterminer les informations communes finales de niveau facture***	
Description	L'objet de cette opération est d'acquérir les informations communes de la facture qui dépendent des prestations saisies et ne peuvent donc pas à ce titre être acquises dans IP01.	
Entrées	Prestation	EF_IP04
Sorties	Données générales facture	EF_IP01
Situations spécifiques	Aucune	

Règles de gestion

[RG_IP371] Déterminer le nombre de prestations de la facture (EF_IP01_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette donnée est déterminée par le système en fonction du nombre de prestations saisies par le Professionnel de Santé.

[RG_IP372] Déterminer le montant total facture des saisies PS (EF_IP01_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le montant total de la facture des prestations saisies par le PS (EF_IP01_03) est la somme de tous les montants PS des honoraires de chaque prestation saisie par le PS (EF_IP04_06).

[RG_IP373] Acquérir le code contexte anonymisation potentielle (EF_IP01_09)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

L'objet de cette règle est d'identifier si la facture relève d'un contexte spécifique pouvant nécessiter l'anonymisation de la facture.

Par défaut la facture ne relève pas d'un contexte spécifique : le code contexte anonymisation potentielle est non renseigné a priori.

Le contexte d'anonymisation potentielle de la facture est déterminé suivant plusieurs étapes successives :

- Dans un premier temps, en fonction des codes prestations saisis dans la facture, le LPS peut déduire automatiquement le contexte suivant :
  - TP IVG
- Puis, en fonction des codes affinés saisis ou d'une saisie explicite du PS, le LPS peut déterminer si la facture se trouve dans l'un des contextes suivants :
  - Délivrance de contraceptif d'urgence
  - Expérimentation THC

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- Délivrance de préservatif remboursés à 100%

- Enfin, si aucun contexte n'a toujours pas été identifié, il est possible de demander au PS d'indiquer s'il effectue sa facture dans le contexte suivant :
  - Prévention Santé sexuelle

☞ Une saisie explicite PS peut correspondre à la saisie d'un NIR fictif tel que spécifié aux niveau de consignes PS Assurance Maladie.

	Donnée de la facture Ou saisie PS			Valeur du contexte d'anonymisation potentielle	
	Donnée	Référence	Valeur	EF_IP01_09	libellé
1ère étape	Groupe fonctionnel général des prestations	EF_IP05_03	IVG	CTX_IVG	TP IVG
2ème étape	Codes CIP ou saisie PS	EF_IP14_02	Code CIP de contraceptif d'urgence	CTX_CU	Délivrance de contraceptif d'urgence (1)
	Codes CIP ou saisie PS	EF_IP14_02	Code CIP du médicament à base de cannabis	CTX_THC	Expérimentation THC
	Codes LPP ou saisie PS	EF_IP15_01	Code LPP de préservatifs remboursés à 100%	CTX_P100	Délivrance de préservatif remboursés à 100% (3)
3ème étape	Saisie PS : « soins en lien avec la prévention santé sexuelle »			CTX_SS	Prévention Santé sexuelle (2)

➢ (1) ***Délivrance de contraceptif d'urgence***

Lorsque le système de facturation détecte l'acquisition d'un code CIP de médicament relatif à la contraception d'urgence, il valorise automatiquement le code contraceptif d'urgence (EF_IP01_04) à la valeur OUI.

En absence de code CIP relatif à la contraception d'urgence, ce code reste valorisé à NON.

➢ (2) ***Prévention santé sexuelle »***

Le Professionnel de Santé a la possibilité d'indiquer au système de facturation que la facture est réalisée dans un contexte de santé sexuelle.

☞ Ce contexte est utilisé pour les examens médicaux ou les analyses de biologie médicale ou les produits de santé (hors contraceptif d'urgence), en lien avec la santé sexuelle tel que défini par la règlementation. Pour les bénéficiaires masculins, cela concerne la première consultation de contraception (CCP).

➢ (3) ***Délivrance de préservatifs***

Dans le cas de la délivrance de préservatif pris en charge par l'Assurance Maladie, le système de facturation positionne ce code à la valeur OUI dès que le code prestation LPP dédié est saisi par le Professionnel de Santé

☞ A noter que ces différents contextes sont exclusifs entre eux pour une facture donnée : s'il est renseigné, le contexte d'anonymisation potentielle de la facture ne peut correspondre qu'à une seule valeur.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Cas d'erreur

[CE1] Prestations incohérentes

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La détermination automatique par le LPS du contexte d'anonymisation potentielle de la facture s'appuie sur les codes prestation ou les codes affinés saisis préalablement.

Ceux-ci doivent être cohérents entre eux, i.e. relever de la même catégorie correspondant au contexte déterminé.

Dans le cas contraire, la facture n'est pas cohérente et une rupture est nécessaire.

Ainsi, doivent faire l'objet d'une facturation isolée et ne peuvent cohabiter dans la même facture, avec des actes de nature différente, les prestations suivantes :

- les prestations relatives à la délivrance du contraceptif d'urgence : seuls les codes CIP de médicament de contraception d'urgence peuvent cohabiter.
- les examens relatifs à la santé sexuelle font l'objet d'une facturation isolée d'autres examens non relatifs à la santé sexuelle et qu'ils sont facturés dans le respect des tarifs opposables.
- les prestations de type support relatives à l'IVG : elles sont identifiées par leur type (EF_IP05_01 : « support ») et leur groupe fonctionnel général égal à IVG (EF_IP05_03 = « IVG »).
  Ces prestations ne sont pas cumulables avec des prestations de type support et de groupe fonctionnel général différent d'« IVG ».
  A contrario, ces prestations sont cumulables avec tout acte de type secondaire (EF_IP05_01 : « secondaire »).
- les prestations relatives à la délivrance de préservatifs remboursés à 100% : seuls les codes LPP de préservatifs remboursés à 100% peuvent cohabiter.
- les prestations facturées dans le cadre de l'expérimentation THC : seuls les codes CIP de médicament à base de cannabis peuvent cohabiter.

[RG_IP374] Déterminer le top anonymisation de la facture (EF_IP01_10)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Principe

Dans le cas général, une facture n'est pas anonymisée.

Dans certains contextes, le patient bénéficie de la confidentialité, notamment s'il est mineur. Pour autant, il peut demander à ne pas bénéficier de cette confidentialité.
En revanche, un bénéficiaire majeur ne peut pas demander à bénéficier de la confidentialité.

Règle

Par défaut le code top anonymisation facture est à « pas d'anonymisation »

Dans le cas où le contexte d'anonymisation potentielle de la facture est renseigné, il convient de déterminer, s'il y a lieu d'anonymiser effectivement la facture.

Les conditions d'anonymisation de la facture varient selon la valeur du contexte d'anonymisation potentielle (EF_IP01_09) identifiée au préalable (cf. RG_IP373).

Pour certains contextes l'anonymisation dépend de l'âge et de l'accord du bénéficiaire ; pour d'autres elle est automatique.

Anonymisations conditionnelles

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

➢ ***CTX_CU Délivrance de contraceptif d'urgence PH***

Par défaut la facture contraception d'urgence est anonymisée pour une bénéficiaire mineure.

Lors de la facturation de produits de santé relatifs à la contraception d'urgence (EF_IP01_09 = « CTX_CU »), la patiente bénéficie de la confidentialité si elle est mineure.

Dans ce cas :

- le LPS positionne le top anonymisation de la facture à « OUI » si la bénéficiaire a moins de 18 ans ;

Par ailleurs, la bénéficiaire peut demander à ne pas bénéficier de la confidentialité. Dans ce cas, le PS repositionne le code anonymisation de la facture à « NON ».

En revanche, une bénéficiaire majeure ne peut pas demander à bénéficier de la confidentialité.

➢ ***CTX_SS Prévention santé sexuelle » M-SF-LB-PH***

Par défaut la facture santé sexuelle est anonymisée pour un bénéficiaire mineur.

Pour rappel, ce contexte correspond à la facturation de contraceptifs hors urgence, d'examens médicaux ou de biologie médicale relatifs à la santé sexuelle

Dans tous les cas, le ou la bénéficiaire peut demander à ne pas bénéficier de la confidentialité. Dans ce cas, le PS repositionne le-top-anonymisation de la facture à NON.

En revanche, un bénéficiaire majeur ne peut pas demander à bénéficier de la confidentialité.

➢ ***CTX_P100 Délivrance de préservatifs PH***

L'anonymisation de la facture en cas de délivrance de préservatif relève des mêmes conditions que pour une facture de contexte Prévention santé sexuelle :

- Par défaut la facture est anonymisée pour un(e) bénéficiaire mineur(e).
- Dans tous les cas, le ou la bénéficiaire peut demander à ne pas bénéficier de la confidentialité. Dans ce cas, le PS repositionne le-top-anonymisation de la facture à NON
- En revanche, un bénéficiaire majeur ne peut pas demander à bénéficier de la confidentialité.

➢ ***CTX_IVG facture IVG M-SF-LB***

Lors de la facturation d'actes relatifs à l'interruption volontaire de grossesse le PS choisit de transmettre la facture d'IVG anonymisée ou non (sur consigne de la caisse par exemple).

La valeur par défaut du top anonymisation pour une facture IVG dépend du paramétrage choisi par le PS (RG_AP55_01). Pour autant le PS peut modifier cette valeur pour la facture qu'il est en train de réaliser.

☞ À noter que ces examens font l'objet d'une facturation isolée d'autres prestations qui ne sont pas en rapport avec l'IVG, d'où la notion de facture d'IVG.

Anonymisations automatiques

Lors de la facturation dans le cadre de l'un des contextes suivants, la facture doit systématiquement être anonymisée.

Le top anonymisation est positionné à « OUI » dès que le contexte prend la valeur suivante :

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- CTX_THC Expérimentation THC PH

[RG_IP363] Contrôler les données du Bénéficiaire des Soins en fonction du contexte d'anonymisation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas général d'une facture non anonymisée, (EF_IP01_10 = « non »), les données du Bénéficiaire des Soins sont renseignées conformément aux règles de la fonctionnalité BS. Ce contrôle est sans objet.

Situation spécifique

[RG_IP363] [SP10] Contrôler les données du Bénéficiaire des Soins en cas de facture anonymisée

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas d'une facture anonymisée (EF_IP01_10 = « oui ») il convient de vérifier que la Date de naissance du Bénéficiaire des Soins (EF_BS09_07) est renseignée si le contexte d'anonymisation potentiel (EF_IP01_09) correspond à l'une des valeurs suivantes :

- CTX_IVG
- CTX_THC
- CTX_P100

Si la date de naissance n'est pas renseignée, la facture ne peut pas être élaborée.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.5 IP05 : Contrôler la cohérence des prestations

Vue générale

Nom ***IP05 Contrôler la cohérence des prestations***

Description L'objet de cette opération est de contrôler conformément à la réglementation applicable, d'une part, les informations communes de la facture par rapport aux prestations et, d'autre part, la compatibilité des prestations entre elles.

Cette opération consiste à appliquer les différentes règles de contrôle aux prestations acquises, au regard de la facture (contrôles de niveau facture).

Objet du contrôle des informations

Le système de facturation 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 dans le système de facturation. Ils portent sur les aspects réglementaires, la cohérence et les valeurs des données.

Entrées	Sous-famille du prescripteur	EF_PS04_10
	Spécialité du Professionnel de santé	EF_PS03_14
	code spécialité de l'exécutant salarié	EF_IP07_03
	Données générales facture	EF_IP01
	Prestation	EF_IP04
	Type prestation	EF_IP05
	Détail prestation CCAM	EF_IP09
	Détail prestation CCAM-modificateurs	EF_IP10
	Détail prestation biologie	EF_IP12
	Détail prestation LPP	EF_IP15
	Détail association de la prestation CCAM	EF_IP16
	Base CCAM	DF_CCAM
Sorties	Aucune	
Situations spécifiques	Bénéficiaire de la C2S : Forfaits dentaires CMU-C	SP03.1
	Forçage	SP11

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Préambule : SP03.1 Forfaits dentaires CMU-C

Définition

Les forfaits dentaires CMU-C correspondent aux prestations de groupe fonctionnel « soins dentaires / forfait CMU-C » (cf. EF_A2_T1).

Principe de facturation

A chaque acte dentaire support (CCAM ou NGAP) correspond un code forfait dentaire CMU-C à facturer (FDA, FDC, …) et un montant maximum pris en charge pour ce forfait.

Les montants maximum de prise en charge des forfaits dentaires CMU-C font l'objet d'un arrêté CMU-C publié au Journal Officiel.

NGAP

Les actes d'orthopédie dento-faciale (ODF) sont en NGAP.

Les soins d'orthopédie dento-faciale correspondent aux prestations de groupe fonctionnel « soins dentaires / ODF » (cf. EF_A2_T1).

La compatibilité entre le forfait CMU-C et l'acte dentaire NGAP est contrôlée par la règle RG_IP_R11bis qui s'appuie sur la table 12 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T12).

CCAM

La liste des forfaits dentaires CMU-C facturables pour un acte CCAM dentaire est consultable dans la base CCAM (DF_CCAM).

Cette consultation est à mettre en œuvre via le service SRT-ConsulterDonnées (CCAM-52a) du CDC-Editeurs (A1-C).

Ordre des prestations

Dans le cadre de la CCAM, une prestation de forfait dentaire au titre de la CMU-C devra suivre immédiatement une prestation CCAM de code regroupement dentaire.

Cas général : Forfait dentaire CMU-C dans le panier de biens

- l'acte dentaire support (CCAM ou NGAP) est facturé au tarif conventionnel **sans dépassement** ,
- l'acte forfait dentaire CMU-C correspond au dépassement

Cas particulier : Forfait dentaire CMU-C hors panier de biens

Pour certains actes CCAM dentaires, un dépassement au-delà du montant maximal de dépassement autorisé est possible. Dans ce cas, une part reste à la charge de l'assuré.

L'acte forfait dentaire CMU-C utilisé est nécessairement le code prestation **FPC**.

Sur la facture :

- le montant facturé sur l'acte CCAM est supérieur au tarif conventionnel,
- le PS indique un qualificatif de dépense « entente directe » (D),
- le forfait CMU-C utilisé est nécessairement le code **FPC**,
- le montant du FPC correspond au montant maximal de dépassement autorisé.

Attention : le dépassement (autre que le montant du FPC) ne doit pas être reporté dans le montant AMC de l'acte CCAM :

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- le montant AMC de l'acte CCAM correspond au Ticket Modérateur (TM) calculé sur la base de remboursement,
- le dépassement autre que le montant du FPC doit apparaître dans le reste à charge de l'acte CCAM.
- Les actes CCAM dentaire concernés sont ceux compatibles avec le code forfait FPC.

Règles de gestion

Les règles de gestion concernant cette opération sont regroupées ci-après par thème.

Règles Prestations entre elles

[RG_IP300] Permettre la cohabitation de prestations de différentes natures sur une même facture

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Nomenclature

Une même facture peut comporter des actes faisant référence à des nomenclatures différentes (NGAP, CCAM, LPP…).

☞ Voir RG_IP354 Déterminer le type de nomenclature de la prestation (EF_IP05_02)

Affection exonérante

Par ailleurs, en présence d'une ordonnance comportant des prescriptions en rapport et d'autres sans rapport avec l'affection exonérante (ordonnance bi-zone), le Professionnel de Santé exécutant établit une seule facture qui peut contenir des exonérations différentes.

[RG_IP301] Permettre la cohabitation de prestations CCAM et non CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La mise en application de la CCAM induit la cohabitation d'actes CCAM et d'actes NGAP. Cependant, les règles actuelles de la NGAP continuent de s'appliquer.

Un acte donné n'appartient qu'à une seule des deux nomenclatures à une date donnée pour une spécialité donnée.
Voir RG_IP354 : Déterminer le type de nomenclature de la prestation (EF_IP05_02)

Par exemple, il n'est pas possible de cumuler un acte technique et une consultation sauf exceptions (en particulier, C ou CS et ECG).

☞ **Remarque** : cette dernière phrase ne constitue pas une règle à implémenter par le système de facturation, elle est uniquement informationnelle. C'est le Professionnel de Santé qui décide des prestations CCAM et non CCAM cumulées sur la même facture.

[RG_IP302] Regrouper des prestations

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Hormis dans le cas des indemnités kilométriques (EF_IP05_03= « Indemnité de déplacement » et EF_IP05_04= « Kilométrique »), les prestations identiques (code prestation EF_IP04_01, code complément prestation EF_IP08_01, coefficient EF_IP04_03) effectuées par un professionnel de santé pour un bénéficiaire de soins dans une même journée peuvent être cumulées.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Les indemnités kilométriques (EF_IP05_03= « Indemnité de déplacement » et EF_IP05_04= « Kilométrique ») doivent être présentées par séance de soins (la faculté de regrouper les actes effectués le même jour n'est pas contradictoire avec le non regroupement des indemnités kilométriques).

Les informations télétransmises reflètent exactement la facturation des actes retracée sur le support papier. Pour chaque acte répertorié sur la feuille de soins, le système de facturation créé une prestation.

Cas particuliers

[CP1] Regroupement des prestations biologie

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cadre de la mise en œuvre de la codification affinée des actes de biologie (prestations de type de nomenclature EF_IP05_02 = « NABM » et de code nécessité de codage affiné EF_IP05_05 = « oui » ou « éventuellement »), l'ensemble des actes exécutés à la même date (EF_IP04_02) pour une même prescription (EF_IP03) est regroupé par le système de facturation dans une prestation (EF_IP04) unique.

Le nombre de codes affinés est limité à 50 par code prestation.

Par ailleurs, certaines analyses peuvent être répétées plusieurs fois au cours d'une même journée et font alors l'objet d'une même facture.

Dans ce cas, à l'inverse de la consigne de regroupement spécifiée ci-dessus, chaque exécution d'analyse donne lieu à une prestation spécifique, comme présenté dans l'exemple ci-dessous :

Exemple :

	Code prestation	Quantité	Coefficient	Code affiné
1ère analyse de la journée	B	1	n	XXXXXX YYYYYY
2ème analyse de la journée	B	1	n	XXXXXX YYYYYY

Remarque :

Lorsque l'acte de biologie a été effectué par un laboratoire spécialisé, sa facturation est reprise par le laboratoire demandeur et doit être isolée dans un code acte particulier suivi du (des) code(s) affiné(s) comportant le codage de l'acte dans un contexte de contrat de collaboration.

[CP2] Actes CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les prestations CCAM ne sont pas concernées par ce regroupement.

[CP3] Règles particulières de présentation concernant certains types d'actes

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Rappel :

Une séance de soins correspond à des actes réalisés le même jour par un même Professionnel de Santé sur le même patient (cf. GD-Guide de Lecture et Définitions).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Actes multiples au cours d'une même séance avec ou sans dépassement de tarif

Chaque acte doit faire l'objet d'une prestation spécifique (EF_IP04). Le montant des honoraires retrace le prix de chaque acte. Le dépassement éventuel est imputé soit à chaque acte, soit à l'acte le plus important.

Plusieurs séances facturées sur la même feuille de soins avec actes multiples ou indemnités

Lorsque plusieurs séances d'actes sont facturées sur la même feuille de soins, la présentation des articles doit respecter la chronologie des séances et l'ordre de présentation des feuilles de soins comme précisé ci-après :

- 1ére Séance
  - acte médical avec ou sans majoration,
  - éventuellement, acte médical réduit,
  - indemnité(s).
- 2éme Séance
  - acte médical avec ou sans majoration,
  - éventuellement, acte médical réduit,
  - indemnité(s).

Exemple :

Un AIS 3 effectué le matin et un AIS 3 effectué le soir pendant X jours à domicile.

- Remplissage des prestations avec regroupement par journée de soins

	N° prestation	Date d'exécution	Code prestation	Coefficient	Quantité	Dénom-brement
1ere journée de soins	1	20021201	AIS	3,00	2	2
	2	20021201	IFA	---	2	1
	3	20021201	IK	---	5 (kms)	1
	4	20021201	IK	---	5 (kms)	1
2ème journée de soins	5	20021202	AIS	3,00	2	2
	6	20021202	IFA	---	2	1
	7	20021202	IK	---	5 (kms)	1
	8	20021202	IK	---	5 (kms)	1

- Remplissage des prestations sans regroupement par journée de soins

	N° prestation	Date d'exécution	Code prestation	Coefficient	Quantité	Dénom-brement
1ere journée de soins	1	20021201	AIS	3,00	1	1
	2	20021201	IFA	---	1	1
	3	20021201	IK	---	5 (kms)	1
	4	20021201	AIS	3,00	1	1

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

	5	20021201	IFA	---	1	1
	6	20021201	IK	---	5 (kms)	1
2ème journée de soins	7	20021202	AIS	3,00	1	1
	8	20021202	IFA	---	1	1
	9	20021202	IK	---	5 (kms)	1
	10	20021202	AIS	3,00	1	1
	11	20021202	IFA	---	1	1
	12	20021202	IK	---	5 (kms)	1

[CP4] Regroupement des prestations LPP

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cadre de la délivrance de produits de la LPP (prestations de type de nomenclature EF_IP05_02 = « LPP ») en nature d'assurance maladie ou maternité (EF_CF02_02), l'ensemble des produits délivrés à la même date (EF_IP04_02) et relevant du même code prestation (EF_IP04_01) sont regroupés par le système de facturation dans une prestation (EF_IP04) unique à laquelle sont rattachés autant de groupes « détail prestation LPP » (EF_IP15) que de produits délivrés, dans une limite de 10 groupes « détail prestation LPP » maximum.

Précision :

Une prestation détaillée LPP (EF_IP15) n'est pas nécessairement caractérisée par un code affiné. Elle l'est au minimum par :

- son type de prestation détaillée LPP (EF_IP15_02),
- sa date de début (EF_IP15_04),
- et ses montants (EF_IP15_06 à EF_IP15_10).

Toutes les prestations détaillées LPP (EF_IP15) rattachés à une même prestation (EF_IP04) doivent être homogènes en terme de remplissage du code LPP : soit chaque prestation détaillée LPP contient un code affiné LPP, soit aucune n'en contient.

Ce regroupement ne doit pas être effectué en nature d'assurance SMG, en nature d'assurance AT, ni en cas de prestation LPP soumise à PLV.

[RG_IP303] Ordonnancer des prestations

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les prestations de type « indemnités de déplacement » doivent succéder immédiatement à la prestation support à laquelle ils se rattachent. Toute autre prestation de type secondaire doit apparaître **après** les prestations de déplacement.

~~*[RG_IP396] Interdire la cohabitation d'actes d'IVG avec d'autres types d'acte*~~

~~PR~~			~~AM~~	~~LB~~	~~PH~~	~~FR~~	~~TR~~
~~M~~	~~CD~~	~~SF~~					

~~Les actes relatifs à l'IVG sont identifiés par un groupe fonctionnel général égal à IVG (EF_IP05_03 = IVG) dans la table 1 de l'annexe 2 (EF_A2_T1).~~

~~Ces actes font l'objet d'une facturation isolée et ne sont pas cumulables avec des actes identifiés par un groupe fonctionnel général différent d'« IVG ».~~

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles Informations communes de la facture par rapport aux prestations

[RG_IP306] Contrôler la Date de la facture (EF_IP01_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La date de la facture est nécessairement égale ou postérieure à toutes les dates d'exécution des prestations (EF_IP04_02) constituant la facture.

Cas particuliers

[CP1] Location LPP (EF_IP15)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

- Dans le cas de locations de fournitures LPP, toute location doit être facturée une fois la période de location terminée.

En conséquence, la date de facturation doit être égale ou postérieure à chaque date de fin de location de la facture.

Une prestation détaillée LPP en location est caractérisée par le code type de prestation détaillée LPP (EF_IP15_02) à la valeur « location ». Dans ce cas-là, la donnée « date de fin pour la LPP détaillée » (EF_IP15_05) contient la date de fin de location.

Règles Prestations CCAM

[RG_IP_RC15] Contrôler la compatibilité des prestations CCAM appartenant à une même procédure

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les actes d'une même association ne peuvent appartenir à la même procédure.

Cas particuliers

[CP1] Organes multiples

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Exception à la règle : les actes CCAM appartenant à la catégorie médicale « organes multiples »peuvent appartenir à la même association d'actes.

Dans ce cas, il s'agit d'une association non prévue. Le code association doit donc être renseigné pour chaque acte de l'association (cf. RG_IP316).

Ce contrôle est à mettre en œuvre via un service du module SRT : cf. A1-A1 règle RC15.

[RG_IP_RC17] Contrôler la compatibilité médicale entre codes actes CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans une même facture, à une même date d'exécution (EF_IP04_02), tous les actes doivent être compatibles entre eux.

Ce contrôle est à mettre en œuvre via un service du module SRT : cf. A1-A1 règle RC17.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_IP_RC18] Contrôler la fréquence d'un code modificateur CCAM AMO (EF_IP10_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Certains codes modificateurs peuvent être utilisés plusieurs fois dans une même facture.

A contrario, certains codes modificateurs ne peuvent être utilisés qu'une seule fois pour un même exécutant et à une même date d'exécution donnée.

Pour chaque valeur de code modificateur, la base CCAM (DF_CCAM) contient la fréquence de facturation autorisée (une seule fois ou plusieurs).

Cette règle a pour objet de vérifier que la facturation répétée d'un même code modificateur CCAM AMO (EF_IP10_01) par un même exécutant (EF_IP07_01 si renseigné, EF_PS03_09 sinon) à une même date d'exécution (EF_IP04_02) pour un même patient est autorisée.

Cette règle est à appliquer autant de fois que de modificateurs saisis par le Professionnel de Santé pour l'ensemble de la facture.

Cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règle RC18

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

[RG_IP_CC3] Contrôler l'Utilisation d'un acte complémentaire CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Un acte de type complémentaire ne peut être facturé isolément. Il est obligatoirement accompagné dans la même facture d'un acte isolé ou d'un acte de type procédure facturé à la même date d'exécution.

Le type d'un acte CCAM est contenu dans le champ CCAM-9 de la base CCAM (DF_CCAM)

Cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règle CC3

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

[RG_IP_RC6] Contrôler la compatibilité des Frais de déplacement

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de prestation de déplacement (EF_IP05_03= « Indemnité de Déplacement ») associée à une prestation CCAM (EF_IP05_02 = « CCAM »), cette règle a pour objet de vérifier la compatibilité des frais de déplacement avec l'acte CCAM auquel ils se rapportent.

Par ailleurs, il est nécessaire que l'acte CCAM auquel ils se rapportent soit effectué à la même date d'exécution (EF_IP04_02) et par le même exécutant (EF_IP07_01 si renseigné, EF_PS03_09 sinon).

Il existe 2 types de frais de déplacement :

- les déplacements forfaitaires ou Indemnités de déplacement (ID),
- les déplacements kilométriques ou Indemnités kilométriques (IK).

Certains actes CCAM interdisent tout type de frais de déplacement, d'autres autorisent les ID seulement, d'autres les IK seulement. Enfin certains actes CCAM autorisent les ID et les IK

A tout acte CCAM correspond un code « frais de déplacement » précisant le type de frais de déplacement autorisés avec cet acte.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

En cas de frais de déplacement rattachés à un acte CCAM, le progiciel doit vérifier que cet acte CCAM autorise les frais de déplacement en question.

Le code frais de déplacement pour un acte donné est contenu dans le champ CCAM-41 de la base CCAM (DF_CCAM).

Cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règle RC6

[RG_IP_RC19] Contrôler la Compatibilité du forfait dentaire avec le code acte CCAM de l'acte support

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle est prévue uniquement en cas de forfaits dentaires CMU-C (SP03.1).
Elle n'a pas de comportement nominal.

Situations spécifiques

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

[SP03.1] Contrôler la Compatibilité du forfait dentaire (au titre de la CMU-C) avec le code acte CCAM de l'acte support

Cette règle a pour objet d'assurer la compatibilité entre une prestation de type forfait CMU-C et le code de l'acte CCAM de la prestation support à laquelle le forfait CMU-C se rapporte.

Ce contrôle est à mettre en œuvre via un service du module SRT : cf. A1-A1 règle RC19.

[RG_IP_R43] Contrôler le non panachage sur une même dent des paniers de soins pour les prothèses dentaires ~~sur une même dent~~

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de vérifier la cohérence des paniers de soins des actes ~~CCAM~~ de prothèse dentaire facturés sur une même dent.

Cette règle concerne tous les actes CCAM de prothèse dentaire pour lesquels au moins un n° de dent est renseigné dans la facture.

Pour tout acte CCAM, il peut y avoir jusqu'à 16 numéros de dent identifiés (16 occurrences de la donnée EF_IP11_01)

Pour tout acte CCAM de prothèse dentaire, il convient de vérifier pour tout n° de dent (EF_IP11_01) sur lequel cet acte ~~CCAM~~ porte s'il existe dans la facture un acte CCAM de même catégorie « prothèse dentaire » portant sur ce même numéro de dent. Dans ce cas, les deux actes CCAM doivent relever du même panier.

La catégorie médicale d'un acte CCAM correspond à la donnée EF_IP09_08.

Le panier de tout acte CCAM de prothèse dentaire se déduit de la table des plafonds dentaires :

- soit l'acte est présent dans la table et une valeur de panier lui est associée, à savoir :
  - 0 : pour panier reste à charge zéro
  - 1 : pour panier reste à charge modéré.
- soit l'acte est absent de la table et il relève du panier « Honoraires Libres ».

La présence et le type de panier d'un acte CCAM dans la table des plafonds dentaires (DF_PFD) s'apprécie à la date d'exécution de cet acte.

Cette table des plafonds contient également les plafonds C2S. Ceux-ci sont associés au panier de valeur 2 : il convient d'ignorer cette valeur 2 pour le présent contrôle.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

En cas d'incohérence des paniers de soins sur une même dent, le logiciel doit déclencher un message d'alerte au PS.

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

Règles Autres natures de prestations

[RG_IP_R11bis] Contrôler la Compatibilité du forfait dentaire avec l'acte support

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

☞ Cette règle n'a pas de fonctionnement nominal. Elle s'entend uniquement dans la situation spécifique SP03.1 : Forfaits dentaires CMU-C.

Situations spécifiques

[SP03.1] Contrôler la Compatibilité du forfait dentaire (au titre de la CMU-C) avec l'acte support

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cadre de la C2S, des dépassements fixés par arrêté ministériel peuvent être pris en charge en plus des tarifs de responsabilités.

Ces dépassements sont facturés sous la forme d'un forfait, i.e. une prestation du groupe fonctionnel « soins dentaires / forfait CMU-C ».

Ils sont compatibles avec certaines prestations des groupes fonctionnels suivants :

- « soins dentaires / ODF »

Tables utilisées

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T1)
- Table 12 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T12)

Référence réglementaire :

- arrêté du 31/12/99 pris par application des articles L162-9 et L861-3 du code de la Sécurité Sociale (JO du 01/01/2000)
- arrêté du 30 mai 2006 (J.O. du 2 juin 2006)

☞ Cette règle est prévue uniquement en cas de forfaits dentaires CMU-C (SP03.1).
Elle n'a pas de comportement nominal.

➢ ***Cas particuliers pour cette situation spécifique***

[SP03.1][CP1] Prestation CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce contrôle ne concerne pas les prestations CCAM.

Les prestations CCAM sont régies par la règle équivalente RG_IP_RC19[SP03.1].

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_IP_R12] Contrôler la Compatibilité du code prestation (EF_IP04_01) avec une indemnité de déplacement

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de vérifier la compatibilité de l'indemnité de déplacement avec l'acte qui supporte cette indemnité.

Pour que les frais de déplacement soient facturables, il est nécessaire qu'ils soient compatibles avec le code prestation auquel ils se rapportent.

Tables utilisées

- Table 4 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T4)

Référence réglementaire :

- NGAP : Dispositions générales : Art. 13
- NABM : Dispositions générales : Art. 10

Cas particuliers

[CP1] Prestation CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce contrôle ne concerne pas les prestations CCAM.

Les prestations CCAM sont régies par la règle équivalente RG_IP_RC6.

[CP2] Spécificité sage-femme

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les sages-femmes, une prestation codifiée avec la lettre-clé « C » est compatible avec les frais de déplacement sous condition.

Les frais de déplacement sont possibles exclusivement lorsque le coefficient associé à la lettre-clé prend les valeurs suivantes :

- 0,9
- 2
- 2,50

Ces cotations correspondent aux séances de préparation à l'accouchement psychoprophylactique.

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

[RG_IP_R17bis] Contrôler l'Association obligatoire de code prestation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

[Certains codes prestation ne peuvent être facturés seuls. Il s'agit des codes prestation de type « secondaire ». Ils accompagnent nécessairement un code prestation de type « support » facturé à la même date d'exécution.

De plus, parmi les codes prestation de type « secondaires », certains sont associés à une liste définie et exhaustive de codes prestation « supports » compatibles.

☞ Remarque :

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

D'autres actes peuvent être compatibles mais pas obligatoirement associés.

Exemple : CS + K 6.50 + MPC

Un acte de type secondaire est nécessairement un acte NGAP.

Par contre un acte de type support peut relever de tout type de nomenclature.

Tables utilisées

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T1)
- Table 12 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T12)

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

Cas particuliers

[CP1] Prestation CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les règles d'associations d'actes CCAM entre eux ne sont pas concernés par la présente règle mais relèvent des règles RG_IP_RC15 et RG_IP_RC17).

☞ C'est pourquoi les codes regroupement CCAM sont de type « acte support ».

[RG_IP_R19] Contrôler la présence d'actes incompatibles au regard des codes affinés de biologie (EF_IP12_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

S'il n'y a pas d'incompatibilité entre les codes affinés présents sur la facture, la facture est prise en compte.

Cette règle concerne les prestations de la nomenclature « NABM ».

Tables utilisées

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T1)
- Table nationale de biologie

Référence réglementaire :

- NABM

[RG_IP_R20] Contrôler le nombre maximum d'un même code affiné de biologie (EF_IP12_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si l'acte à traiter n'est pas limité en nombre sur une même facture, la facture est prise en compte.

Si le nombre d'actes, pour un même code affiné, est inférieur ou égal au nombre maximum autorisé, la facture est prise en compte.

Cette règle concerne les prestations de la nomenclature « NABM ».

Tables utilisées

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T1)

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- Table nationale de biologie

Référence réglementaire :

- NABM

[RG_IP_R21] Contrôler le respect des règles spécifiques en matière de codes affinés de biologie (EF_IP12_01)

PR | M | CD | SF | AM | **LB** | PH | FR | TR

Si l'acte à traiter ne possède pas de " règle spécifique ", la facture est prise en compte.

Si une " règle spécifique " est associée à cet acte, il faut vérifier si elle est respectée.

La règle spécifique est un numéro auquel correspond une quantité maximale des codes régis par cette même règle, qui peuvent être simultanément présents sur une même facture.

Cette règle concerne les prestations de la nomenclature « NABM ».

☞ Il existe actuellement une seule règle spécifique. Elle concerne l'hépatite B.

Tables utilisées

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T1)
- Table nationale de biologie

Référence réglementaire :

- NABM

[RG_IP_R22] Contrôler le coefficient facturé (EF_IP04_03) et le cumul des coefficients associés à chaque code affiné de biologie (EF_IP12_01)

PR | M | CD | SF | AM | **LB** | PH | FR | TR

Pour réaliser ce contrôle il faut, au préalable, déterminer les coefficients correspondant aux codes affinés et éventuellement au complément à l'acte sanguin présents sur la facture et les cumuler.

Le contrôle sur la cohérence est réalisé en comparant les coefficients ainsi cumulés au montant du coefficient facturé.

Si le cumul ainsi constitué est égal au coefficient facturé, la facture est acceptée.

Cette règle concerne les prestations de la nomenclature « NABM ».

Tables utilisées

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T1)
- Table nationale de biologie

Référence réglementaire :

- NABM

[RG_IP_R23] Contrôler la justification du complément à la cotation minimale liée aux actes sanguins

PR | M | CD | SF | AM | **LB** | PH | FR | TR

Si aucun complément à la cotation minimale n'a été facturé, ce contrôle n'est pas effectué.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

S'il existe au moins un complément à la cotation minimale sur la facture, il faut contrôler si sa présence et son coefficient sont justifiés.

Pour réaliser ce contrôle, on vérifie dans un premier temps la présence d'au moins un examen sanguin.

1. Si l'analyse est unique :

   On effectue le cumul des coefficients de l'ensemble des codes affinés présents sur la facture et pouvant être sanguins, sans tenir compte du forfait de sécurité.

   Le contrôle consiste à comparer ce cumul à la valeur de la cotation minimale (B20).

   Si ce cumul additionné au coefficient du complément à la cotation minimale est supérieur ou égal à B20, alors le complément est justifié et la facture est prise en compte.

2. Si l'analyse est répétée plusieurs fois dans la journée, il est nécessaire d'effectuer ce contrôle pour chacune des analyses réalisées :

   Pour chaque analyse (distinguée par un numéro d'ordre), on effectue le cumul des coefficients des codes affinés pouvant être sanguins, sans tenir compte du forfait de sécurité.

   Le contrôle consiste à comparer ce cumul à la valeur de la cotation minimale (B20).

   Si ce cumul additionné au coefficient du complément à la cotation minimale est supérieur ou égal à B20, alors le complément est justifié et pris en compte pour l'analyse considérée.

   Si l'ensemble des compléments à la cotation minimale est justifié, la facture est prise en compte.

Cette règle concerne les prestations de la nomenclature « NABM »

☞ Forfait de sécurité : sa cotation diffère selon qu'il s'agit d'un échantillon sanguin ou non.

☞ Les examens liés à la glycémie peuvent être répétés plusieurs fois dans la journée.

Tables utilisées

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T1)
- Table nationale de biologie

Référence réglementaire :

- NABM : Dispositions générales : Art. 4

[RG_IP349] Contrôler les périodes LPP

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Chaque code détaillé LPP (EF_IP15_04) est caractérisé par une date de début de la prestation détaillée LPP (EF_IP15_04) et éventuellement une date de fin de la prestation détaillée LPP (EF_IP15_05), définissant ainsi une période de la prestation LPP.

Dans une même facture, les périodes de location correspondant à un même code LPP :

- doivent être différentes et consécutives,
- ne doivent pas se chevaucher,
- ne doivent pas être incluses l'une dans l'autre,
- et la date de fin d'une période doit être distincte de la date de début de la suivante.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

☞ A noter que ce contrôle concerne uniquement les codes LPP pour lesquels une date de fin de période est renseignée, ce qui correspond en pratique aux prestations LPP de type location (EF_IP15_02 = « L ») et service (EF_IP15_02 = « S »).

[RG_IP_R44] Contrôler le non panachage des paniers de soins optique entre verres

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de vérifier la cohérence des paniers de soins pour les verres d'un même appareillage d'optique :
Pour tout verre facturé, il convient de vérifier que le second verre facturé à la même date d'exécution appartient au même panier de soins, i.e. est de même sous-groupe fonctionnel (EF_IP05_04).

La facturation d'un verre se traduit dans la facture par une prestation de groupe fonctionnel Optique (EF_IP05_03= « Optique ») et de sous-groupe fonctionnel de type verre (EF_IP05_04= « Verre A » ou EF_IP05_04= « Verre B »),

☞ A noter qu'il peut être facturé au maximum 2 verres à une même date d'exécution, hors cas particulier prévu ci-après.

En cas d'incohérence des paniers de soins, le logiciel doit déclencher un message d'alerte au PS.

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

Cas particuliers

[CP1] Présence de 4 verres

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas particulier de la délivrance de 2 appareillages d'optique à la même date, la facture peut comporter 4 prestations de type verre de même date d'exécution.

Il convient alors de vérifier que ces 4 prestations sont de même panier deux à deux i.e.

- soit les quatre prestations relèvent du même panier
- soit deux prestations relèvent du panier A et les deux autres du panier B

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

4 SP11 : Situation spécifique de forçage

Principe

Le professionnel de santé peut modifier les éléments constitutifs de la facture, dans la limite de certaines données, et sans modification de leur définition fonctionnelle.

La création d'une nouvelle prestation non prévue dans le périmètre du système de facturation ou la modification des attributs du code prestation sont considérées comme un forçage.

La notion de forçage d'une donnée correspond à passer outre une règle de contrôle de compatibilité (ou éventuellement une règle d'acquisition ou de détermination).

L'ensemble des règles outrepassables ainsi que les données forçées sont présentées ci-après dans l'ordre d'apparition des règles dans le processus.

Les tableaux de synthèse présentent pour chaque opération les données forçables et la règle outrepassée correspondante ainsi que l'indicateur de forçage spécifique à positionner.

Il existe autant d'indicateur de forçage spécifique que de cas fonctionnel de forçage.

CCAM

Pour une prestation CCAM, les données de la facture qui peuvent être forcées par le professionnel de santé sont les suivantes :

- Compatibilité entre la spécialité de l'exécutant et l'acte effectué

ainsi que les informations spécifiques CCAM suivantes:

- Code acte CCAM
- Code activité CCAM
- Code phase de traitement CCAM
- Modificateurs CCAM AMO
- Code association CCAM
- Code regroupement
- Numéro de dent traitée en CCAM

Par ailleurs, le professionnel de Santé a également la possibilité de modifier au niveau du système de facturation les informations suivantes :

- Le code regroupement en base CCAM (DF_CCAM)
  ce qui correspond à modifier le code regroupement associé à un couple code acte CCAM/ code activité CCAM et éventuellement à ajouter un nouveau code regroupement à la table des codes regroupement connus dans la base.

Le forçage des informations au niveau du système de facturation se fait par la fonctionnalité d'Administration du Poste (AP).

Hors CCAM et hors honoraires générés

La création d'un nouveau code prestation non prévu dans le périmètre du système de facturation positionne le top indicateur de forçage code prestation (EF_IP04_99).

La modification des attributs du code prestation positionne le top indicateur de forçage attribut du code prestation (EF_IP04_98).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Toutes prestations hors honoraires générés

Pour tout type de prestation, hors prestation d'honoraire générée, le Professionnel de Santé a la possibilité de modifier au niveau du système de facturation les caractéristiques d'un code prestation définies dans la table 1 de l'annexe 2bis (EF_A2_T1) à savoir :

- Le type de prestation associé à une prestation (EF_IP05_01)
- Le type de nomenclature associé à une prestation (EF_IP05_02)
- Le groupe fonctionnel général associé à une prestation (EF_IP05_03)
- Le groupe fonctionnel détaillé associé à une prestation (EF_IP05_04)
- Le code nécessité d'un code affiné associé à une prestation (EF_IP05_05)

Attention : pour toute prestation de la table 1, l'origine de la prestation (EF_IP05_06) n'est pas une donnée forçable.

Prestations de type honoraire généré

Rappel : Ces prestations ne sont pas concernées par le forçage (cf. Corps du CDC §4.3 Situations spécifiques).

Les indicateurs de forçage (EF_IP04_98 à EF_IP04_99) sont nécessairement **non renseignés.**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Tableau de synthèse

Les données de la facture qui peuvent être forcées par le professionnel de santé, les règles outrepassées par le forçage et l'indicateur de forçage à positionner dans chaque cas sont présentés dans les tableaux de synthèse ci-après (l'un pour les prestations CCAM, l'autre pour les prestations hors CCAM, le dernier pour toutes les prestations indépendamment de leur nomenclature).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

PRESTATIONS HORS CCAM

Opération	Règle outrepassée		Donnée forcée		Indicateur à positionner
IP02.05	RG_IP340 EF_A2_T1	Contrôler la validité du code prestation	Code prestation	EF_IP04_01	EF_IP04_99
	RG_IP_R1 EF_A2_T2	Contrôler la Compatibilité du code prestation avec la spécialité du PS	Code prestation	EF_IP04_01	EF_IP04_99
	RG_IP_R2 EF_A2_T3	Contrôler la Compatibilité du code prestation avec la qualité du bénéficiaire à la date d'exécution des soins	Qualité du bénéficiaire	EF_BS09_02	EF_IP04_98
	RG_IP_R2bis EF_A2_T3	Contrôler la Compatibilité du code prestation avec l'âge du bénéficiaire à la date de la prestation	Age du bénéficiaire	EF_IP04_07	EF_IP04_98
	RG_IP_R7 EF_A2_T4	Contrôler le coefficient des codes prestations effectués par un prescripteur, un auxiliaire médical ou un laboratoire d'analyses de biologie médicale	Coefficient de la prestation	EF_IP04_03	EF_IP04_98
IP02.06	RG_IP_R14 EF_A2_T4	Contrôler la Compatibilité du code prestation avec la majoration de nuit, dimanche ou jour férié	Complément de prestation	EF_IP08_01	EF_IP08_99
IP05	RG_IP_R5 EF_A2_T4	Contrôler la nécessité d'une prescription pour une prestation	Prescription	EF_IP03	EF_IP04_99
	RG_IP_R12 EF_A2_T4	Contrôler la Compatibilité du code prestation avec une indemnité de déplacement	Code prestation	EF_IP04_01	EF_IP04_99
	RG_IP_R17bis EF_A2_T12	Contrôler l'Association obligatoire de code prestation d'actes de la NGAP	Code prestation	EF_IP04_01	EF_IP04_99

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

PRESTATIONS CCAM

Opération	Règle outrepassée		Donnée forcée		Indicateur à positionner
IP02.01	RG_IP_CC9	Contrôle valeur des modificateurs	Modificateurs CCAM AMO	EF_IP10_01	EF_IP09_98 EF_IP09_97
	RG_IP_CC1	Valeur du code association.	Code association CCAM	EF_IP09_04	EF_IP09_98
	RG_IP_CC5	Contrôle nombre de dents traitées	Numéro de dent	EF_IP11_01	EF_IP09_97
IP02.02	RG_IP_CC8	Validité du code acte CCAM	Code acte CCAM	EF_IP09_01	EF_IP09_99
	RG_IP_RC1	Compatibilité entre le code acte CCAM et le code activité	Code activité CCAM	EF_IP09_02	EF_IP09_99
	RG_IP_RC2	Compatibilité entre le couple acte/activité et le code phase de traitement	Code Phase CCAM	EF_IP09_03	EF_IP09_98
	RG_IP_RC3	Compatibilité entre le couple acte/activité et le code modificateur.	Modificateurs	EF_IP10_01	EF_IP09_97
	RG_IP_RC4	Compatibilité entre le code modificateur et l'âge du bénéficiaire.	Modificateurs	EF_IP10_01	EF_IP09_97
	RG_IP_RC5	Compatibilité du couple acte/activité avec la spécialité de l'exécutant	Spécialité du professionnel de santé	EF_IP07_03 ou EF_PS03_14	EF_IP09_97
	RG_IP_RC12	Compatibilité entre 2 codes modificateurs.	Modificateurs	EF_IP10_01	EF_IP09_97
	RG_IP_RC14	Compatibilité code de l'acte / numéro de dent.	Numéro de dent	EF_IP11_01	EF_IP09_97
IP02.07.02	RG_IP339-CP2 (CC7)	Contrôle existence du code regroupement.	Code regroupement	EF_IP04_01	EF_IP09_95
		Contrôle compatibilité du code regroupement avec le code acte/activité.	Code regroupement en base CCAM	DF_CCAM	EF_IP09_95
IP05	RG_IP_RC18	Contrôle lié à la présence répétée d'un code modificateur.	Modificateurs	EF_IP10_01	EF_IP09_97
	RG_IP_CC3	Acte complémentaire facturé isolément.	Code acte CCAM	EF_IP09_01	EF_IP09_97

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

TOUTES PRESTATIONS

Opération	Règle outrepassée		Donnée forcée		Indicateur à positionner
IP02.07.02	RG_IP353 EF_A2_T1	Déterminer le type de la prestation	Type de la prestation	EF_IP05_01	EF_IP05_99
	RG_IP354 EF_A2_T1	Déterminer le type de nomenclature de la prestation	Type de nomenclature de la prestation	EF_IP05_02	EF_IP05_99
	RG_IP355 EF_A2_T1	Déterminer le groupe fonctionnel général et le groupe fonctionnel détaillé de la prestation	Groupe fonctionnel général de la prestation	EF_IP05_03	EF_IP05_99
	RG_IP356 EF_A2_T1	Déterminer le top nécessité d'un code affiné de la prestation	Code nécessité de code affiné	EF_IP05_05	EF_IP05_99

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Forçage et débrayage

Les tableaux ci-après présentent pour chaque règle outre-passable la liste des règles ou opérations qui en conséquence n'ont plus à être respectées:

RG_IP_CC8

	Règle outrepassée		***Donnée forcée***	
IP02.02	**RG_IP_CC8**	**Validité du code acte CCAM**	**Code acte CCAM**	**EF_IP09_01**

Règles à débrayer				
IP02.01	***IP02.02***	***IP02.03***	***IP02.05***	***IP05***
RG_IP_CC9 RG_IP_CC1	RG_IP_RC1 RG_IP_RC5 RG_IP_RC9 RG_IP_RC2 RG_IP_RC13 RG_IP_RC3 RG_IP_RC11 RG_IP_RC4 RG_IP_RC12 RG_IP_RC14 RG_IP_CC5	RG_IP_CC7	RG_IP_CC16	RG_IP_RC15 RG_IP_RC17 RG_IP_CC3 RG_IP_RC6 RG_IP_RC18
CF02.01	***CF02.02***	***CF03***	***CF03.02***	
RG_CF_TC1	RG_CF_RC7	RG_CF_RC8	RG_CF_R17	
VF01.01				
RG_VF_BC1				
Opérations à débrayer				
VF01	***VF02***			
VF01.02 VF01.04	VF02.01 VF02.02 VF02.03			

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

RG_IP_RC1

	Règle outrepassée		***Donnée forcée***	
IP02.02	**RG_IP_RC1**	**Compatibilité entre le code acte CCAM et le code activité**	**Code activité CCAM**	**EF_IP09_02**

Règles à débrayer				
IP02.01	***IP02.02***	***IP02.03***	***IP02.05***	***IP05***
RG_IP_CC1	RG_IP_RC5 RG_IP_RC9 RG_IP_RC2 RG_IP_RC13 RG_IP_RC3 RG_IP_RC14 RG_IP_CC5	RG_IP_CC7	RG_IP_CC16	RG_IP_RC15 RG_IP_RC17
VF01.01				
RG_VF_BC1				
Opérations à débrayer				
VF01	***VF02***			
VF01.02 VF01.04	VF02.01 VF02.02 VF02.03			

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

RG_IP_RC2

	Règle outrepassée		***Donnée forcée***	
IP02.02	**RG_IP_RC2**	**Compatibilité entre le couple acte/activité et le code phase de traitement**	**Code phase de traitement CCAM**	**EF_IP09_03**

Règles à débrayer				
IP02.01	***IP02.02***	***IP02.03***	***IP02.05***	***IP05***
	RG_IP_RC13 RG_IP_RC14 RG_IP_CC5			
VF01.01				
RG_VF_BC1				

Opérations à débrayer				
VF01	***VF02***			
VF01.02 VF01.04	VF02.01 VF02.02 VF02.03			

RG_IP_CC9

	Règle outrepassée		***Donnée forcée***	
IP02.02	**RG_IP_CC9**	**Contrôle valeur des modificateurs**	**Modificateurs CCAM AMO**	**EF_IP10_01**

Règles à débrayer				
IP02.01	***IP02.02***	***IP02.03***	***IP02.05***	***IP05***
RG_IP_CC13	RG_IP_RC3 RG_IP_RC4 RG_IP_RC12			RG_IP_RC18

Opérations à débrayer				
VF01	***VF02***			
VF01.02 VF01.04	VF02.01 VF02.02 VF02.03			

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

RG_IP_CC1

	Règle outrepassée		***Donnée forcée***	
IP02.02	**RG_IP_CC1**	**Valeur du code association**	**Code association CCAM**	**EF_IP09_04**
	Règles à débrayer			
	IP02.01	***IP02.02***	***IP02.03***	***IP02.05***
	Opérations à débrayer			
	VF01	***VF02***		
	VF01.02 VF01.04	VF02.01 VF02.02 VF02.03		

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

4.1.1 Impact IP02.01 : Acquérir les informations détaillées de la prestation

Règles de gestion

PRESTATIONS CCAM

[RG_IP_CC9] [SP11] Acquérir les codes modificateurs CCAM AMO tarifants (EF_IP10_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (non-respect de la règle d'acquisition) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le code modificateur CCAM AMO

Le système de facturation positionne alors à VRAI

- soit l'indicateur de forçage modificateur CCAM (EF_IP09_96), s'il s'agit d'un modificateur tarifant.
- soit l'indicateur de forçage de compatibilité avec l'acte CCAM (EF_IP09_97), s'il s'agit d'un modificateur non tarifant.

Débrayages à opérer

IP05 ***Contrôler la cohérence des prestations***

RG_IP_RC18 Modificateur multiple
La compatibilité avec le code modificateur forcé n'a pas à être respectée

IP02.02 ***Contrôler les informations détaillées de la prestation***

RG_IP_RC3 Code modificateur
La compatibilité avec le code modificateur n'a pas à être respectée

RG_IP_RC4 Compatibilité modificateur/âge du bénéficiaire
La compatibilité avec le code modificateur n'a pas à être respectée

RG_IP_RC12 Compatibilité modificateurs entre eux
La compatibilité avec le code modificateur n'a pas à être respectée

IP02.01 ***Acquérir les informations détaillées de la prestation***

RG_IP_CC13 Modificateurs AMC : le code modificateur AMC ne peut être déterminé. Il est non renseigné dans le modèle de données et sera donc non renseigné dans la facture transmise.

VF01 ***Déterminer la base de remboursement de chaque prestation***

VF01.02 Calcul BR : RG_VF_BC2 pas faisable : on ne peut connaître le montant de la majoration correspondant au modificateur forcé.

VF01.04 Le Professionnel de Santé doit indiquer directement la BR de la prestation pour laquelle le code modificateur est forcé
Par ailleurs, le système ne sait pas nécessairement déterminer la BR conventionnée et la BR hors forfait. Ces deux informations sont donc non renseignées dans le système.

VF02 ***Déterminer le taux de remboursement de chaque prestation***

VF02.01 RG_VF_TC3 : Exonération Acte CCAM par la règle du seuil
En cas de forçage d'un code modificateur, le système ne sait pas nécessairement déterminer la BR hors forfait (si le modificateur est de type coefficient) et ne peut donc pas déterminer si l'acte CCAM est exonéré par la règle du seuil.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

VF02.02 RG_VF_TC5 : Déterminer le taux de remboursement de la prestation en fonction de la règle du seuil

En cas de forçage d'un code modificateur pour un code acte CCAM, le PS doit indiquer le taux de remboursement de tous les actes associés à l'acte forcé.

VF02.03 RG_VF_T13 : Finaliser le taux de la prestation et déterminer le code justificatif d'exonération

Le Professionnel de Santé doit indiquer directement le taux de remboursement et le code justificatif d'exonération associé de la prestation forcée et de toutes les prestations associées.

[RG_IP_CC1] [SP11] Acquérir le Code association CCAM (EF_IP09_04)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (non-respect de la règle d'acquisition) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le code association CCAM (EF_IP09_04)

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage modificateur CCAM (EF_IP09_96) à VRAI.

Débrayages à opérer

VF01 Déterminer la base de remboursement de chaque prestation

VF01.02 Calcul BR : RG_VF_BC2 pas faisable : on ne peut connaître le montant de la majoration correspondant au modificateur forcé.

VF01.04 Le Professionnel de Santé doit indiquer directement la BR de l'acte CCAM forcé.

Par ailleurs, le système ne sait pas nécessairement déterminer la BR conventionnée et la BR hors forfait. Ces deux informations sont donc non renseignées dans le système.

VF02 Déterminer le taux de remboursement de chaque prestation

VF02.01 RG_VF_TC3 : Exonération Acte CCAM par la règle du seuil

En cas de forçage du code association, le système ne sait pas déterminer la BR hors forfait et ne peut donc pas déterminer si l'acte CCAM est exonéré par la règle du seuil.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

VF02.02 RG_VF_TC5 : Déterminer le taux de remboursement de la prestation en fonction de la règle du seuil

En cas de forçage du code association pour un code acte CCAM, le PS doit indiquer le taux de remboursement de tous les actes associés à l'acte forcé.

VF02.03 RG_VF_T13 : Finaliser le taux de la prestation et déterminer le code justificatif d'exonération

Le Professionnel de Santé doit indiquer directement le taux de remboursement et le code justificatif d'exonération associé de la prestation forcée et de toutes les prestations associées.

[RG_IP_CC5] [SP11] Contrôler le nombre de dents traitées (EF_IP11_01) pour une prestation CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (non-respect de la règle d'acquisition) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir sa saisie, à savoir ne pas renseigner le nombre minimum de dents à traiter.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec l'acte CCAM (EF_IP09_97) à VRAI.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

4.1.2 Impact IP02.02 : Contrôler les informations détaillées de la prestation

Règles de gestion

PRESTATIONS CCAM

[RG_IP_CC8] [SP11] Contrôler la Validité du code acte CCAM (EF_IP09_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir un code acte CCAM

- soit qui n'existe pas dans la base CCAM (DF_CCAM) ;
- soit qui n'est pas valide à la date des soins.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage du code acte CCAM (EF_IP09_99) à VRAI.

Débrayages à opérer

IP02.01	***Acquérir les informations détaillées de la prestation***
RG_IP_CC9	Les codes modificateurs acquis n'ont pas nécessairement à être connus dans la base CCAM (DF_CCAM)
RG_IP_CC1	En cas de forçage du code acte CCAM, le système ne peut déterminer s'il appartient à une association prévue ou non prévue et ne peut donc demander le renseignement des codes association
IP02.02	***Contrôler les informations détaillées de la prestation***
RG_IP_RC1	Code activité La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée
RG_IP_RC5	Compatibilité spécialité Exécutant La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée
RG_IP_RC9	Compatibilité Agrément Radio La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée
RG_IP_RC2	Code phase La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée
RG_IP_RC13	Compatibilité Age du bénéficiaire La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée
RG_IP_RC3	Code modificateur La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée
RG_IP_RC11	Modificateur Férié La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée
RG_IP_RC4	Compatibilité modificateur/âge du bénéficiaire La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée
RG_IP_RC12	Compatibilité modificateurs entre eux La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée
RG_IP_RC14	N° de dents La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée
RG_IP_CC5	Nombre minimum de n° de dents traitées à renseigner La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

IP02.03 ***Acquérir les informations générales de la prestation***

RG_IP_CC7 Code regroupement

En cas de forçage du code acte CCAM, le système ne peut déterminer son code regroupement associé → il appartient au PS de le saisir directement

IP02.05 ***Contrôler les informations générales de la prestation***

RG_IP_CC16 Compatibilité date de naissance/date des soins

La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée

IP05 ***Contrôler la cohérence des prestations***

RG_IP_RC15 Compatibilité entre actes CCAM

RG_IP_RC17 La compatibilité avec le code acte CCAM forcé n'a pas à être respectée

RG_IP_CC3 Acte complémentaire isolé

La compatibilité avec le code acte CCAM forcé n'a pas à être respectée

RG_IP_RC6 Frais de déplacement

La compatibilité avec le code acte CCAM forcé n'a pas à être respectée

RG_IP_RC18 Modificateur multiple

La compatibilité avec le code acte CCAM forcé n'a pas à être respectée

CF02.01 ***Acquérir les informations générales du contexte prestation de prise en charge AMO***

RG_CF_TC1 Contrôler le motif médical d'exonération

Le contrôle ne peut être fait sur un code acte CCAM forcé

CF02.02 ***Acquérir les informations spécifiques du contexte prestation de prise en charge AMO***

RG_CF_RC7 Compatibilité Entente préalable

La compatibilité avec le code acte CCAM forcé n'a pas à être respectée

CF03 ***Contrôler le contexte de prise en charge AMO et les données de la prestation***

RG_CF_RC8 Compatibilité Nature d'Assurance

La compatibilité avec le code acte CCAM forcé n'a pas à être respectée

CF03.02 ***Contrôler le contexte prestation de prise en charge AMO***

RG_CF_R17 Contrôler le code qualificatif de la dépense

On ne peut contrôler si l'acte est NR et donc si le code N est valorisé

VF01.01 ***Déterminer le prix unitaire de la prestation***

RG_VF_BC1 Calcul PU

En cas de forçage du code acte CCAM, le PU n'est pas connu en base, il doit être renseigné directement par le PS

VF01 ***Déterminer la base de remboursement de chaque prestation***

VF01.02 RG_VF_BC3 pas faisable : on ne peut connaître le supplément de charge de l'acte CCAM forcé

VF01.04 Le Professionnel de Santé doit indiquer directement la BR de l'acte CCAM forcé

Par ailleurs, le système ne sait pas nécessairement déterminer la BR conventionnée et la BR hors forfait. Ces deux informations sont donc non renseignées dans le système.

VF02 ***Déterminer le taux de remboursement de chaque prestation***

VF02.01 RG_VF_TC2 : Exonération Acte CCAM par nature

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

En cas de forçage du code acte CCAM le système ne sait pas s'il est exonéré par nature.

RG_VF_TC3 : Exonération Acte CCAM par la règle du seuil

En cas de forçage du code acte CCAM, le système ne sait pas s'il est exonéré par la règle du seuil.

VF02.02 RG_VF_TC4 : Déterminer le taux de remboursement de la prestation en fonction des autres prestations de l'association

RG_VF_TC5 : Déterminer le taux de remboursement de la prestation en fonction de la règle du seuil

En cas de forçage d'un code acte dans la facture, le Professionnel de Santé doit indiquer le taux de remboursement de tous les actes associés à l'acte forcé.

VF02.03 RG_VF_T13 : Finaliser le taux de la prestation et déterminer le code justificatif d'exonération

Le Professionnel de Santé doit indiquer directement le taux de remboursement et le code justificatif d'exonération associé de la prestation forcée et de toutes les prestations associées.

[RG_IP_RC1] [SP11] Contrôler la Compatibilité entre le code acte CCAM (EF_IP09_01) et le code activité CCAM (EF_IP09_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le un code activité non prévu dans la base CCAM (DF_CCAM) pour le code acte CCAM.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage du code acte CCAM (EF_IP09_99) à VRAI.

Débrayages à opérer

IP02.01 Acquérir les informations détaillées de la prestation

RG_IP_CC1 En cas de forçage du code acte CCAM, le système ne peut déterminer s'il appartient à une association prévue ou non prévue et ne peut donc demander le renseignement des codes association

IP02.02 Contrôler les informations détaillées de la prestation

RG_IP_RC5 Compatibilité spécialité Exécutant
La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée

RG_IP_RC9 Compatibilité Agrément Radio
La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée

RG_IP_RC2 Code phase
La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée

RG_IP_RC13 Compatibilité Age du bénéficiaire
La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée

RG_IP_RC3 Code modificateur
La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée

RG_IP_RC14 N° de dents
La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée

RG_IP_CC5 Nombre minimum de n° de dents traitées à renseigner
La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée

IP02.03 Acquérir les informations générales de la prestation

RG_IP_CC7 Code regroupement

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

En cas de forçage du code acte CCAM, le système ne peut déterminer son code regroupement associé → il appartient au PS de le saisir directement.

IP02.05 ***Contrôler les informations générales de la prestation***

RG_IP_CC16 Compatibilité date de naissance/date des soins

La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée.

IP05 ***Contrôler la cohérence des prestations***

RG_IP_RC15 Compatibilité entre actes CCAM

RG_IP_RC17 La compatibilité avec le code acte CCAM forcé n'a pas à être respectée

VF01.01 ***Déterminer le prix unitaire de la prestation***

RG_VF_BC1 Calcul PU

En cas de forçage du code acte CCAM, le PU n'est pas connu en base, il doit être renseigné directement par le PS.

VF01 ***Déterminer la base de remboursement de chaque prestation***

VF01.02 Calcul BR : RG_VF_BC3 pas faisable : on ne peut connaître le supplément de charge du l'acte CCAM forcé.

VF01.04 Le Professionnel de Santé doit indiquer directement la BR de l'acte CCAM forcé

Par ailleurs, le système ne sait pas nécessairement déterminer la BR conventionnée et la BR hors forfait. Ces deux informations sont donc non renseignées dans le système.

VF02 ***Déterminer le taux de remboursement de chaque prestation***

VF02.01 RG_VF__TC2 : Exonération Acte CCAM par nature

En cas de forçage du code activité CCAM le système ne sait pas si l'acte CCAM est exonéré par nature

RG_VF_TC3 : Exonération Acte CCAM par la règle du seuil

En cas de forçage du code activité CCAM, le système ne sait pas si l'acte CCAM est exonéré par la règle du seuil.

VF02.02 RG_VF_TC4 : Déterminer le taux de remboursement de la prestation en fonction des autres prestations de l'association

RG_VF_TC5 : Déterminer le taux de remboursement de la prestation en fonction de la règle du seuil

En cas de forçage du code activité CCAM pour une prestation CCAM dans la facture, le Professionnel de Santé doit indiquer le taux de remboursement de tous les actes associés à l'acte forcé.

VF02.03 RG_VF_T13 : Finaliser le taux de la prestation et déterminer le code justificatif d'exonération

Le Professionnel de Santé doit indiquer directement le taux de remboursement et le code justificatif d'exonération associé de la prestation forcée et de toutes les prestations associées.

[RG_IP_RC5] [SP11] Contrôler la Compatibilité entre le couple code acte CCAM / code activité CCAM (EF_IP09_01 / EF_IP09_02) et la spécialité de l'exécutant (EF_IP07_03 ou EF_PS03_14)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le couple code acte CCAM / code activité CCAM (EF_IP09_01 / EF_IP09_02).

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec l'acte CCAM (EF_IP09_97) à VRAI.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_IP_RC2] [SP11] Contrôler la Compatibilité entre le couple code acte CCAM / code activité CCAM (EF_IP09_01/EF_IP09_02) et le code phase de traitement CCAM (EF_IP09_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le code phase de traitement non prévu dans la base CCAM (DF_CCAM) pour le code acte CCAM

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage phase de traitement (EF_IP09_98) à VRAI.

Débrayages à opérer

IP02.02 Contrôler les informations détaillées de la prestation

RG_IP_RC13 Compatibilité Age du bénéficiaire
La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée

RG_IP_RC14 N° de dents
La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée

RG_IP_CC5 Nombre minimum de n° de dents traitées à renseigner
La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée

VF01.01 Déterminer le prix unitaire de la prestation

RG_VF_BC1 Calcul PU
En cas de forçage du code acte CCAM, le PU n'est pas connu en base, il doit être renseigné directement par le PS.

VF01 Déterminer la base de remboursement de chaque prestation

VF01.02 Calcul BR : RG_VF_BC3 pas faisable : on ne peut connaître le supplément de charge du l'acte CCAM forcé.

VF01.04 Le Professionnel de Santé doit indiquer directement la BR de l'acte CCAM forcé.
Par ailleurs, le système ne sait pas nécessairement déterminer la BR conventionnée et la BR hors forfait. Ces deux informations sont donc non renseignées dans le système.

VF02 Déterminer le taux de remboursement de chaque prestation

VF02.01 RG_VF_TC2 : Exonération Acte CCAM par nature
En cas de forçage du code phase de traitement CCAM le système ne sait pas si l'acte CCAM est exonéré par nature.
RG_VF_TC3 : Exonération Acte CCAM par la règle du seuil
En cas de forçage du code phase de traitement CCAM, le système ne sait pas si l'acte CCAM est exonéré par la règle du seuil.

VF02.02 RG_VF_TC4 : Déterminer le taux de remboursement de la prestation en fonction des autres prestations de l'association
RG_VF_TC5 : Déterminer le taux de remboursement de la prestation en fonction de la règle du seuil
En cas de forçage du code phase de traitement CCAM pour une prestation CCAM dans la facture, le Professionnel de Santé doit indiquer le taux de remboursement de tous les actes associés à l'acte forcé.

VF02.03 RG_VF_T13 : Finaliser le taux de la prestation et déterminer le code justificatif d'exonération
Le Professionnel de Santé doit indiquer directement le taux de remboursement et le code justificatif d'exonération associé de la prestation forcée et de toutes les prestations associées.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_IP_RC3] [SP11] Contrôler la Compatibilité entre le couple code acte CCAM / code activité CCAM (EF_IP09_01 / EF_IP09_02) et les codes modificateurs CCAM AMO (EF_IP10_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le code modificateur AMO (EF_IP10_01).

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec l'acte CCAM (EF_IP09_97) à VRAI.

[RG_IP_RC4] [SP11] Contrôler la Compatibilité entre le code modificateur CCAM AMO (EF_IP10_01) et l'âge du bénéficiaire à la date de la prestation (EF_IP04_07)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le code modificateur AMO (EF_IP10_01).

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec l'acte CCAM (EF_IP09_97) à VRAI.

[RG_IP_RC12] [SP11] Contrôler la Compatibilité entre codes modificateurs CCAM AMO (EF_IP10_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le code modificateur AMO (EF_IP10_01).

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec l'acte CCAM (EF_IP09_97) à VRAI.

[RG_IP_RC14] [SP11] Contrôler la compatibilité code CCAM (EF_IP09_01) / numéro de dent (EF_IP11_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le numéro de dent (EF_IP11_01).

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec l'acte CCAM (EF_IP09_97) à VRAI.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

4.1.3 Impact IP02.05 : Contrôler les informations générales de la prestation

Règles de gestion

PRESTATIONS HORS CCAM

[RG_IP340] [SP11] Contrôler la validité du code prestation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le code prestation.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage du code prestation (EF_IP04_99) à VRAI.

[RG_IP_R1] [SP11] Contrôler la Compatibilité du code prestation avec la spécialité du professionnel de santé

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le code prestation.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage du code prestation (EF_IP04_99) à VRAI.

[RG_IP_R1bis] [SP11] Contrôler la Compatibilité du code prestation avec le contexte conventionnel du PS exécutant

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le code prestation.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation (EF_IP04_98) à VRAI.

[RG_IP_R2] [SP11] Contrôler la Compatibilité du code prestation avec la qualité du bénéficiaire à la date d'exécution des soins

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir la qualité du bénéficiaire.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation (EF_IP04_98) à VRAI.

[RG_IP_R2bis] [SP11] Contrôler la Compatibilité du code prestation avec l'âge du bénéficiaire à la date de la prestation (EF_IP04_07)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir l'âge du bénéficiaire.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation (EF_IP04_98) à VRAI.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

[RG_IP_R7] [SP11] Contrôler le coefficient (EF_IP04_03) des codes prestations effectués par un prescripteur, un auxiliaire médical ou un laboratoire d'analyses de biologie médicale

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le coefficient de la prestation.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation (EF_IP04_98) à VRAI.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

4.1.4 Impact IP02.06 : Contrôler les informations supplémentaires de la prestation

Règles de gestion

PRESTATIONS HORS CCAM

[RG_IP_R14] [SP11] Contrôler la Compatibilité du code prestation avec la majoration de nuit, dimanche ou jour férié

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le code complément de prestation.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation (EF_IP04_98) à VRAI.

[RG_IP_R5] [SP11] Contrôler la nécessité d'une prescription pour une prestation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir les données qu'il a saisies, à savoir les informations de la prescription.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation (EF_IP04_98) à VRAI.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

4.1.5 Impact IP02.07.02 : Acquérir le code acte de la prestation

Règles de gestion

PRESTATIONS CCAM

[RG_IP339][CP2] [SP11] Code affiné CCAM (EF_IP09_01 ;EF_IP09_02): code regroupement

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Deux cas de forçage sont possibles pour la donnée code regroupement.

1er cas : Forçage dans la facture

En cas de non-respect de cette règle, (non-respect de la règle d'acquisition) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le code regroupement (EF_IP04_01).

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage du code regroupement (EF_IP09_95) à VRAI.

2ème cas : Forçage dans la base CCAM

Par ailleurs, si le système de facturation utilise pour le respect de la règle d'acquisition RG_IP339 une valeur de code regroupement modifiée par le Professionnel de santé dans la base CCAM (DF_CCAM), cela est considéré comme un forçage et le système de facturation positionne donc l'indicateur de forçage du code regroupement en base (EF_IP09_94) à VRAI.

Règles de gestion

TOUTES PRESTATIONS

[RG_IP353] [SP11] Déterminer le type de la prestation (EF_IP05_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour chaque code prestation le Professionnel de Santé a la possibilité de modifier sa caractéristique « type de prestation » dans la table 1 de l'Annexe 2bis.

Dans ce cas-là, la règle de détermination utilise la donnée modifiée par le Professionnel de santé et positionne à VRAI l'indicateur de forçage de caractéristiques de la prestation (EF_IP05_99).

[RG_IP354] [SP11] Déterminer le type de nomenclature de la prestation (EF_IP05_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour chaque code prestation le Professionnel de Santé a la possibilité de modifier sa caractéristique « type de nomenclature » dans la table 1 de l'Annexe 2bis.

Dans ce cas-là, la règle de détermination utilise la donnée modifiée par le Professionnel de santé et positionne à VRAI l'indicateur de forçage de caractéristiques de la prestation (EF_IP05_99).

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_IP355] [SP11] Déterminer le groupe fonctionnel de la prestation (EF_IP05_03 et EF_IP05_04)

Pour chaque code prestation le Professionnel de Santé a la possibilité de modifier ses caractéristiques « groupe fonctionnel général» ou « groupe fonctionnel détaillé » dans la table 1 de l'Annexe 2bis.

Dans ce cas-là, la règle de détermination utilise la donnée modifiée par le Professionnel de santé et positionne à VRAI l'indicateur de forçage de caractéristiques de la prestation (EF_IP05_99).

[RG_IP356] [SP11] Déterminer le code nécessité de codage affiné de la prestation (EF_IP05_05)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour chaque code prestation le Professionnel de Santé a la possibilité de modifier sa caractéristique « code nécessité de codage affiné » dans la table 1 de l'Annexe 2bis.

Dans ce cas-là, la règle de détermination utilise la donnée modifiée par le Professionnel de santé et positionne à VRAI l'indicateur de forçage de caractéristiques de la prestation (EF_IP05_99).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

4.1.6 Impact IP05 : Contrôler la cohérence des prestations

Règles de gestion	PRESTATIONS CCAM

[RG_IP_RC18] [SP11] Contrôler la fréquence d'un code modificateur CCAM AMO (EF_IP10_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le code modificateur CCAM AMO.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec l'acte CCAM (EF_IP09_97) à VRAI.

[RG_IP_CC3] [SP11] Contrôler l'Utilisation d'un acte complémentaire CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le code acte CCAM de type complémentaire.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec l'acte CCAM (EF_IP09_97) à VRAI.

[RG_IP_R43] [SP11] Contrôler le non panachage sur une même dent des paniers de soins pour les prothèses dentaires ~~sur une même dent~~

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir les deux actes CCAM de panier de soins différents et portant sur la même dent.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation (EF_IP04_98) à VRAI, et ce pour chacune des prestations concernées.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

PRESTATIONS HORS CCAM

[RG_IP_R12] [SP11] Contrôler la Compatibilité du code prestation avec une indemnité de déplacement

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir l'indemnité de déplacement.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation (EF_IP04_98) à VRAI et ce pour chacune des 2 prestations concernées.

[RG_IP_R17bis] [SP11] Contrôler l'Association obligatoire de code prestation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir l'indemnité de déplacement.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation (EF_IP04_98) à VRAI, et ce pour chacune des 2 prestations concernées.

[RG_IP_R44] [SP11] Contrôler le non panachage des paniers de soins optique entre verres

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir les prestations saisies.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation (EF_IP04_98) à VRAI, et ce pour chacune des prestations concernées.

[RG_IP_R44] [CP1][SP11] Présence de 4 verres

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de panachage des verres (3 verres de Classe A / 1 verre de Classe B ou 1 verre de Classe A / 3 verres de Classe B) l'indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation (EF_IP04_98) est positionné à VRAI pour chacune des 4 prestations.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

5 DF_IP : Domaine d'Information « Informations Prestation »

5.1 Modèle de données

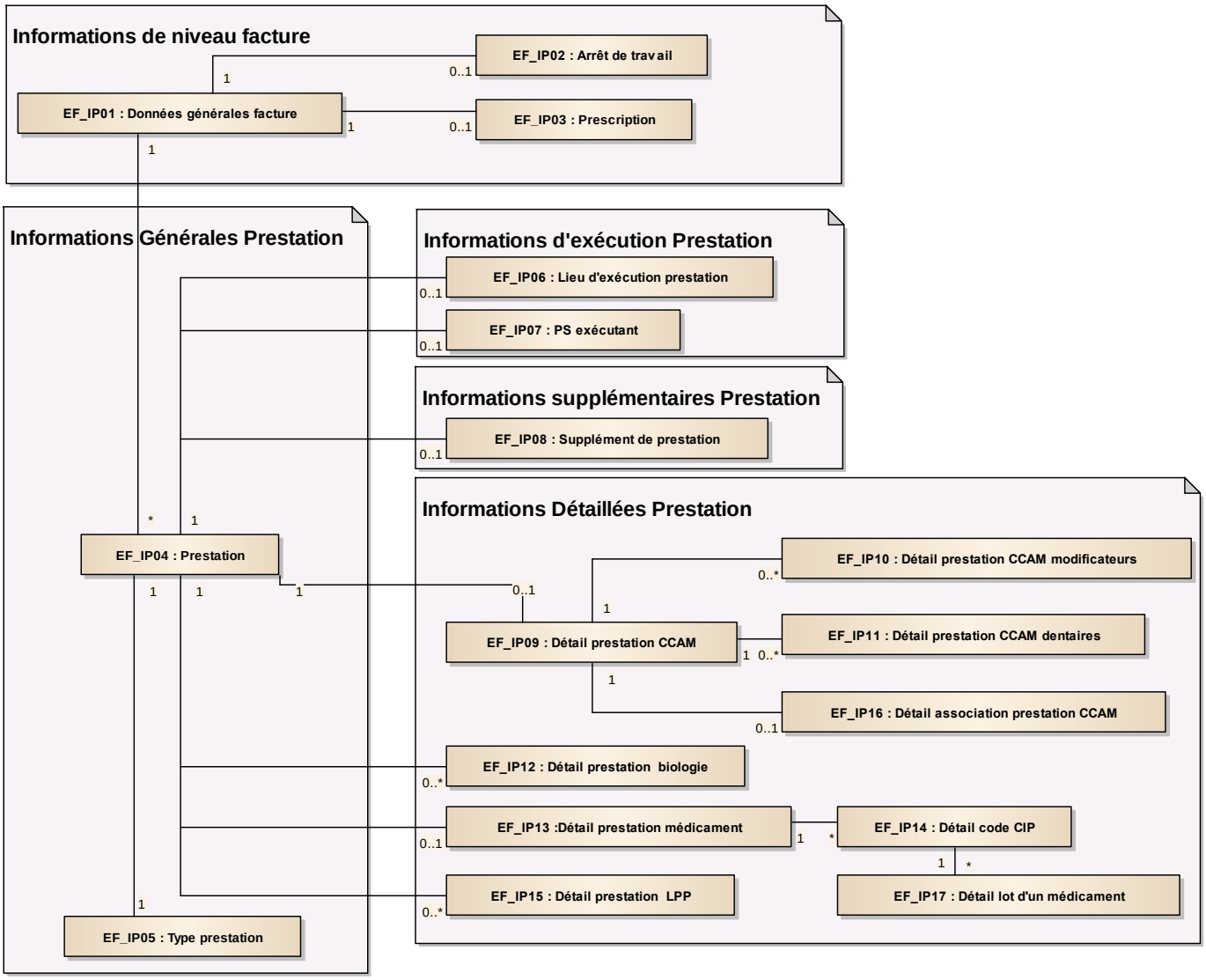


Figure 6 : [DF_IP] Modèle de données de la fonctionnalité IP « Informations Prestation » : DF_IP

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

5.2 Liste des données fonctionnelles pour chaque entité

N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG_IP
EF_IP01	Données générales facture	01	Date de la facture	D	305
		02	Nombre total de prestations de la facture saisies par le PS	N	371
		03	montant total facture des saisies PS	M	372
		~~04~~	~~Code contraceptif d'urgence à la mineure~~	~~C~~	~~390~~
		~~05~~	~~Code anonymisation de la facture santé sexuelle contraception des mineures~~	~~C~~	~~394~~
		~~06~~	~~Code anonymisation de la facture IVG~~	~~C~~	~~395~~
		~~07~~	~~Code contexte santé sexuelle~~	~~C~~	~~397~~
		~~08~~	~~Code anonymisation de la facture contraception d'urgence~~	~~C~~	~~398~~
		09	Code contexte d'anonymisation potentielle	C	373
		10	Top anonymisation de la facture	T	374
EF_IP02	Arrêt de travail	01	Nombre de jours d'Arrêt de Travail	N	312
		02	Date de fin d'Arrêt de Travail	D	313
EF_IP03	Prescription	01	Numéro d'identification de la prescription	N	317
		02	Date de prescription	D	311
		03	Code prescription médecin SNCF	C	310
		04	Numéro d'identification de facturation du prescripteur	N	307
		05	Clé du numéro d'identification de facturation du prescripteur	K	308
		06	Code spécialité du prescripteur	C	309
		07	Numéro RPPS du prescripteur	N	367
		08	Clé du RPPS du prescripteur	K	368
		09	Numéro de la structure du prescripteur	N	369
		10	Code condition d'exercice du prescripteur	C	385
		11	Code origine de la prescription	C	386
EF_IP04	Prestation	01	Code prestation	C	339
		02	Date d'exécution de la prestation	D	338
		03	Coefficient de la prestation	N	341
		04	Quantité de la prestation	N	320
		05	Dénombrement de la prestation	N	337

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG_IP
		06	Montant PS des honoraires de la prestation	M	351
		07	Age du bénéficiaire à la date d'exécution de la prestation	N	366
		08	Contexte tarifaire PS de la prestation	N	R41
		09	Contexte tarifaire BS de la prestation	N	R42
		10	Taux d'abattement des IK des infirmiers	N	R24
		11	Contexte COx	T	343
		12	Grille tarifaire de la prestation	N	BC10
		98	Indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation	T	SP11
		99	Indicateur de forçage du code prestation	T	SP11
EF_IP05	Type prestation	01	Type de prestation	C	353
		02	Type de nomenclature de la prestation	C	354
		03	Groupe fonctionnel général	C	355
		04	Groupe fonctionnel détaillé	C	355
		05	Code nécessité de codage affiné	C	356
		06	Origine de la prestation	C	392
		99	Indicateur de forçage de caractéristiques de la prestation	T	SP11
EF_IP06	Lieu d'exécution prestation	01	Code lieu d'exécution de la prestation	C	357
		02	Numéro lieu d'exécution de la prestation	N	358
EF_IP07	PS Exécutant salarié	01	Numéro d'identification de facturation de l'exécutant salarié	N	359
		02	Clé du numéro d'identification de facturation de l'exécutant salarié	K	359
		03	Code spécialité de l'exécutant salarié	C	359
		04	Code zone tarifaire déplacement de l'exécutant salarié	C	359
		05	Code condition exercice de l'exécutant salarié	C	352
		06	Code situation conventionnelle de l'exécutant salarié	C	359
		07	Code caisse de l'exécutant salarié	C	359

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG_IP
		08	Numéro RPPS de l'exécutant salarié	N	359
		09	Clé du RPPS de l'exécutant salarié	K	359
		10	Numéro de la structure de l'exécutant salarié	N	359
		11	Contrat tarifaire de l'exécutant salarié	C	359
EF_IP08	Supplément de prestation	01	Code complément de prestation	C	360
		02	Libellé identifiant du réseau soin	L	364
		03	Code discipline de prestation	C	361
		04	Code mode de traitement	C	361
		06	Date d'installation de l'appareil	D	365
		07	Numéro d'identification de l'appareillage	N	361
		08	Libellé puissance de l'appareil	L	361
		09	Libellé zone d'implantation de l'appareil	L	361
		10	Numéro d'ordre de l'examen	N	361
		11	Numéro de dent traitée en NGAP	N	362
		12	Code renouvellement	N	365
EF_IP09	Détail prestation CCAM	01	Code acte CCAM	C	315
		02	Code activité CCAM	C	315
		03	Code phase de traitement CCAM	C	315
		04	Code association CCAM	C	CC1
		05	Code supplément de charge CCAM	C	CC14
		06	Code extension documentaire CCAM	C	318
		07	Code appartenance à une association	C	373
		08	Catégorie médicale de l'acte CCAM	A	323
		94	Indicateur de forçage du code regroupement en base CCAM	T	SP11
		95	Indicateur de forçage du code regroupement	T	SP11
		96	Indicateur de forçage modificateur ou association CCAM	T	SP11
		97	Indicateur de forçage de compatibilité avec l'acte CCAM	T	SP11

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG_IP
		98	Indicateur de forçage phase de traitement	T	SP11
		99	Indicateur de forçage du code acte ou activité CCAM	T	SP11
EF_IP10	Détail prestation CCAM-modificateurs	01	Code modificateur CCAM AMO	C	CC9
		02	Code modificateur CCAM AMC	C	CC13
EF_IP11	Détail prestation CCAM dentaire	01	Numéro de dent traitée en CCAM	N	391
EF_IP12	Détail prestation biologie	01	Code affiné prestation biologie	C	319
		02	N° d'ordre d'analyse dans la journée	N	342
EF_IP13	Détail prestation médicament	01	Prix unitaire du conditionnement ou de l'unité	N	324
		02	Quantité de conditionnements ou d'unités	N	325
		03	Indicateur du médicament délivré	C	376
		04	Mode de prescription	C	377
		05	Top déconditionnement	T	378
		06	Nombre de conditionnements en cas de déconditionnement	N	379
		07	Code indicateur de substitution	C	322
		08	Conditions particulières de prise en charge	L	380
EF_IP14	Détail code CIP	01	Type de code CIP	C	375
		02	Code CIP	C	321
EF_IP15	Détail prestation LPP	01	Code détaillé LPP	C	327
		02	Code type de prestation détaillée LPP	C	328
		03	Numéro SIRET pour la prestation détaillée LPP	N	329
		04	Date de début de la prestation détaillée LPP	D	330
		05	Date de fin de la prestation détaillée LPP	D	331
		06	Prix unitaire public LPP détaillée	M	332
		07	Montant du tarif LPP	M	333
		08	Nombre d'unité de la prestation détaillée LPP	N	334
		09	Montant total de la prestation détaillée LPP	M	335
		10	Montant total facturé de la prestation détaillée LPP	M	336

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG_IP
EF_IP16	Détail association de la prestation CCAM	01	Identifiant association CCAM	L	CC1bis
		02	Nature association CCAM	C	CC1bis
EF_IP17	Détail lot d'un médicament	01	N° de lot du conditionnement	N	381
		02	Quantité de conditionnement du lot	N	382
		03	Top Conditionnement déconditionné	T	383
		04	N° de série du conditionnement délivré	L	384
EF_IP99	Donnée intermédiaire de la prestation	01	Top prestation caractérisée par un code affiné	T	501

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

6 Liste des règles de gestion

IP01 Acquérir et contrôler les informations de niveau facture 11

[RG_IP305] Acquérir la Date de la facture (EF_IP01_01) 11
[CP1] Actes en série ou série d'actes 11
~~[RG_IP390]~~ ~~Acquérir le code contraceptif à la mineure (EF_IP01_04)~~ 14
~~[RG_IP397]~~ ~~Acquérir le code contexte de santé sexuelle (EF_IP01_07)~~ 15
~~[CP1]~~ ~~Délivrance de préservatifs~~ 15
~~[RG_IP394]~~ ~~Déterminer le code anonymisation de la facture santé sexuelle (EF_IP01_05)~~ 15
~~[RG_IP395]~~ ~~Déterminer le code anonymisation de la facture IVG (EF_IP01_06)~~ 16
[RG_IP307] Acquérir le Numéro de prescripteur (EF_IP03_04) 16
~~[CP1]~~ ~~Délivrance du contraceptif d'urgence ou de préservatifs à la mineure~~ 16
[CP1] Absence d'ordonnance 17
[CP1][SP10] Facture anonymisée 17
[CP2] Prescripteur remplaçant 17
[CP3] Facturation de Télémédecine 17
[RG_IP350] Contrôler le Numéro de prescripteur (EF_IP03_04) 17
[CP1] Facturation de prestations de télémédecine 18
[CP2] Facturation de prestations d'accompagnement à la téléconsultation 18
[RG_IP308] Acquérir la clé du numéro de prescripteur (EF_IP03_05) 18
~~[CP1]~~ ~~Délivrance du contraceptif d'urgence ou de préservatifs à la mineure~~ 18
[CP1] Numéro de prescripteur fictif 18
[CP2] Prescripteur remplaçant 18
[CP3] Facturation de Télémédecine 19
[RG_IP367] Acquérir le numéro RPPS du prescripteur (EF_IP03_07) 19
[CP1] Facturation de Télémédecine 19
[RG_IP368] Acquérir la clé du numéro RPPS du prescripteur (EF_IP03_08) 19
[CP1] Facturation de Télémédecine 20
[RG_IP_R6] Contrôler la clé des numéros de prescripteur (EF_IP03_05) et (EF_IP03_08) 20
[CP1] Présence de lettres dans le numéro 20
[RG_IP309] Acquérir le Code spécialité du prescripteur (EF_IP03_06) 20
[CP1] Facturation de Télémédecine 21
[RG_IP310] Acquérir le Code prescription établie par un médecin SNCF (EF_IP03_03) 21
[RG_IP311] Acquérir la Date de prescription (EF_IP03_02) 21
[CP1] Soins dentaires 21
~~[CP2]~~ ~~Délivrance du contraceptif d'urgence ou de préservatifs à la mineure~~ 22
[CP3] Facturation de Télémédecine 22
[RG_IP326] Contrôler la Date de prescription (EF_IP03_02) 22
[RG_IP317] Acquérir le n° d'Identification de la prescription (EF_IP03_01) 22
[RG_IP369] Acquérir le numéro de la structure du prescripteur (EF_IP03_09) 22
[CP1] Facturation de Télémédecine 23
[RG_IP385] Acquérir le code condition d'exercice du prescripteur (EF_IP03_10) 23
[CP1] Facturation de Télémédecine 23
[RG_IP386] Acquérir le code origine de la prescription (EF_IP03_11) 23
[RG_IP502] Rechercher une donnée à partir du référentiel PS 24
[RG_IP504] Scanner le code à barre de l'ordonnance 25
[RG_IP312] Acquérir le nombre de jours d'Arrêt de Travail (EF_IP02_01) 25
[RG_IP313] Acquérir la Date de fin d'Arrêt de Travail (EF_IP02_02) 25

IP02 Acquérir et contrôler une prestation 26

[RG_IP393] Contrôler le code prestation saisi par le PS (EF_IP04_01) 28

IP02.01 Acquérir les informations détaillées de la prestation 29

[RG_IP_CC9] Acquérir les codes modificateurs CCAM AMO (EF_IP10_01) 30

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_IP_CC1] Acquérir le Code association CCAM (EF_IP09_04)....30
[RG_IP391] Acquérir les Numéros de dents traitées en CCAM (EF_IP11_01)....31
[RG_IP_CC14] Acquérir le Code supplément de charges CCAM (EF_IP09_05)....31
[RG_IP318] Acquérir le code extension documentaire (EF_IP09_06)....32
[RG_IP_CC13] Déterminer les codes modificateurs CCAM AMC (EF_IP10_02)....32
[RG_IP342] Acquérir le numéro d'ordre d'analyse dans la journée (EF_IP12_02)....32
[RG_IP375] Acquérir le type de code CIP (EF_IP14_01)....35
[RG_IP322] Acquérir le code indicateur de substitution (EF_IP13_07)....36
[CP1] Mode de prescription non valide....36
[RG_IP324] Acquérir le PU du conditionnement ou de l'unité (EF_IP13_01)....36
[CP1] Refus de substitution d'un médicament princeps par le bénéficiaire des soins....36
[RG_IP325] Acquérir la quantité du médicament de conditionnements ou d'unités (EF_IP13_02)....37
[RG_IP376] Acquérir l'indicateur du médicament (EF_IP13_03)....37
[RG_IP377] Acquérir le mode de prescription (EF_IP13_04)....37
[RG_IP378] Acquérir le top déconditionnement (EF_IP13_05)....37
[RG_IP379] Acquérir le nombre de conditionnement en cas de déconditionnement (EF_IP13_06)....38
[RG_IP380] Acquérir les conditions particulières de prise en charge (EF_IP13_08) du médicament....38
[RG_IP381] Acquérir les numéros de lot des conditionnements (EF_IP17_01)....38
[RG_IP382] Acquérir la quantité de conditionnement du lot (EF_IP17_02)....38
[RG_IP383] Acquérir le top conditionnement déconditionné (EF_IP17_03)....38
[RG_IP384] Acquérir le n° de série du conditionnement délivré (EF_IP17_04)....38
[RG_IP304] Changer de tarif LPP....39
[RG_IP328] Acquérir le type de prestation détaillée LPP (EF_IP15_02)....39
[RG_IP329] Acquérir le n° SIRET pour la prestation détaillée LPP (EF_IP15_03)....40
[RG_IP330] Acquérir la date de début de la prestation détaillée LPP (EF_IP15_04)....40
[RG_IP331] Acquérir la date de fin de la prestation détaillée LPP (EF_IP15_05)....40
[RG_IP332] Acquérir le prix unitaire public LPP détaillée (EF_IP15_06)....40
[RG_IP333] Acquérir le montant du tarif LPP (EF_IP15_07)....41
[RG_IP334] Acquérir le nombre d'unité de la prestation détaillée LPP (EF_IP15_08)....41
[RG_IP335] Déterminer le montant total prestation détaillée LPP (EF_IP15_09)....41
[RG_IP336] Acquérir le montant total facturé prestation détaillée LPP (EF_IP15_10)....41

IP02.02 Contrôler les informations détaillées de la prestation....42

[RG_IP_CC12] Contrôler la présente d'un acte CCAM avec un code regroupement....42
[RG_IP_CC8] Contrôler la Validité du code acte CCAM (EF_IP09_01)....42
[RG_IP_RC1] Contrôler la Compatibilité entre le code acte CCAM (EF_IP09_01) et le code activité CCAM (EF_IP09_02)....43
[RG_IP_RC5] Contrôler la Compatibilité entre le couple code acte CCAM / code activité CCAM (EF_IP09_01 / EF_IP09_02) et la spécialité de l'exécutant (EF_IP07_03 ou EF_PS03_14)....43
[RG_IP_RC9] Contrôler la Compatibilité entre l'acte CCAM (EF_IP09_01) et le code agrément radio de l'exécutant (EF_PS03_17)....43
[RG_IP_RC2] Contrôler la Compatibilité entre le couple code acte CCAM / code activité CCAM (EF_IP09_01/EF_IP09_02) et le code phase de traitement (EF_IP09_03)....43
[RG_IP_RC13] Contrôler la Compatibilité des actes dentaires (EF_IP11_01) avec l'âge du bénéficiaire à la date de la prestation (EF_IP04_07)....44
[RG_IP_RC3] Contrôler la Compatibilité entre le couple code acte CCAM / code activité CCAM (EF_IP09_01 / EF_IP09_02) et les codes modificateurs CCAM AMO (EF_IP10_01)....44
[RG_IP_RC11] Contrôler la Compatibilité entre la date d'exécution (EF_IP04_02) et le code modificateur férié (EF_IP10_01)....44
[RG_IP_RC4] Contrôler la Compatibilité entre le code modificateur CCAM AMO (EF_IP10_01) et l'âge du bénéficiaire à la date de la prestation (EF_IP04_07)....44
[RG_IP_RC12] Contrôler la Compatibilité entre codes modificateurs CCAM AMO (EF_IP10_01)....45

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_IP_RC14] Contrôler la compatibilité code CCAM (EF_IP09_01) / numéro de dent (EF_IP11_01) 45
[RG_IP_CC5] Contrôler le nombre de dents traités (EF_IP11) pour une prestation CCAM 45
[CP1] Pas de dents à traiter 46
[RG_IP_R32] Contrôler la date de fin de location : date de fin pour la LPP détaillée (EF_IP15_05) 46
[RG_IP347] Contrôler la cohérence entre le type de code CIP (EF_IP14_01) et la longueur du code CIP (EF_IP14_02) 46
[CE1] Type et longueur de code CIP incompatibles 47
[RG_IP_R65] Contrôler la validité du mode de prescription à la date de prescription 47
[CE1] Le mode de prescription n'existe pas 47
[CE2] Le mode de prescription n'est pas valide à la date de prescription 47
[RG_IP_R66] Contrôler la compatibilité entre le mode de prescription et l'indicateur de substitution 47
[CE1] Mode de prescription et indicateur de substitution incompatibles ou non valorisés 47

IP02.03 Acquérir les informations générales de la prestation 48

[RG_IP341] Acquérir le coefficient de la prestation (EF_IP04_03) 49
[CP1] Prestations CCAM 49
[CP2] prestations de biologie 49
[CP3] Prestation de déplacement 49
[CP4] Honoraire de Dispensation généré 50
[RG_IP320] Acquérir la quantité de la prestation (EF_IP04_04) 50
[CP1] Prestations CCAM 50
[CP2] Regroupement de prestations 50
[CP3] Cas de la biologie 50
[CP4] Cas d'un déplacement (EF_IP05_03= « Indemnité de Déplacement ») 50
[CP5] Honoraire de Dispensation simple 50
[CP6] Honoraire de Dispensation global 51
[RG_IP337] Acquérir le dénombrement de la prestation (EF_IP04_05) 51
[CP1] Prestations CCAM 51
[CP2] Cas de la délivrance de médicaments 51
[CP3] Cas la biologie 51
[CP4] Cas d'un déplacement (EF_IP05_03= « Indemnité de Déplacement ») 51
[CP5] Soins effectués par un Auxiliaire-Médical 51
[CP6] Cas de la LPP 52
[CP7] Honoraire de Dispensation généré 52
[RG_IP_R24] Acquérir du taux d'abattement (EF_IP04_10) 52
[RG_IP351] Acquérir le montant PS des honoraires de la prestation (EF_IP04_06) 52
[CP1] Dispositif Médical de la LPP 53
[CP2] Cas d'un déplacement (EF_IP05_03= « Indemnité de Déplacement ») 53
[CP3] Prestations gratuites 53
[CP4] Génération automatique SMG (pour prestations remboursables AMO ou non remboursables AMO) 53
[CP5] Honoraire de Dispensation généré 53
[CP6] Génération automatique d'un complément AT dentaire 53
[CP8] Génération automatique du supplément APIAS (DAT) 54
[SP18] Dépassement pour Victime d'Attentat 54

IP02.04 Acquérir les informations supplémentaires de la prestation 55

[RG_IP360] Acquérir le Code Complément de prestation (EF_IP08_01) 55
[CP1] Prestations CCAM 55
[CP2] Regroupement des prestations biologie 55
[CP3] Prestations multiples au cours d'une même séance 55

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[CP4] Honoraire de Dispensation généré 56
[CP5] Prestation de type complément AT....56
[CP6] Génération automatique SMG (pour prestations remboursables AMO ou non remboursables AMO)....56
[CP7] Génération automatique du supplément APIAS (DAT) 56
[SP18] Dépassement pour Victime d'Attentat....56
[RG_IP361] Acquérir le complément DMT-MT (EF_IP08_03, EF_IP08_04, EF_IP08_06, EF_IP08_07, EF_IP08_08, EF_IP08_09, EF_IP08_10) 56
[CP1] Télémédecine....57
[CP2] Prestations de type secondaire....57
[RG_IP362] Acquérir le Numéro de dent traitée NGAP (EF_IP08_11)....57
[CP1] Génération automatique d'un complément AT dentaire 57
[SP18] Dépassement pour Victime d'Attentat....58
[RG_IP364] Acquérir le libellé identifiant réseau soin (EF_IP08_02) 58
[CP1] Honoraire de Dispensation généré 58
[CP2] Prestation de type complément AT....58
[CP4] Prestations de type secondaire....58
[SP18] Dépassement pour Victime d'Attentat....58
[RG_IP365] Acquérir le code renouvellement (EF_IP08_12) 58
[CP1] Délivrance exceptionnelle 59
[CP2] Honoraire de Dispensation généré 59
[CP3] Prestations de type secondaire....59

IP02.05 Contrôler les informations générales de la prestation 60

[RG_IP370] Contrôler la compatibilité entre la date d'exécution de la prestation (EF_IP04_02) et la date de prescription (EF_IP03_02)....60
[RG_IP_CC16] Contrôler la compatibilité entre la date de naissance (EF_BS02_07) et la date d'exécution de la prestation (EF_IP04_02) 60
[RG_IP_CC6] Contrôler la Validité de la lettre-clé (EF_IP04_01) par rapport au codage CCAM..61
[RG_IP_CC6] [CE1] Lettre-clé NGAP non valide par rapport au codage CCAM 61
[RG_IP340] Contrôler la validité du code prestation (EF_IP04_01) dans le système de facturation 61
[CP1] Prestation CCAM 62
[SP06] Interdire les Médicaments à faible service médical rendu (SMR) pour un bénéficiaire de l'AME 62
[RG_IP_R11ter] Interdire certains codes actes avec la situation particulière du bénéficiaire des soins 62
[RG_IP_R1] Contrôler la Compatibilité du code prestation (EF_IP04_01) avec la spécialité du professionnel de santé exécutant (EF_IP07_03 ou EF_PS03_14)....62
[CP1] Prestation CCAM 63
[RG_IP_R1bis] Contrôler la Compatibilité du code prestation (EF_IP04_01) avec le contexte conventionnel du professionnel de santé exécutant 63
[RG_IP_R2] Contrôler la Compatibilité du code prestation (EF_IP04_01) avec la qualité du bénéficiaire à la date d'exécution des soins (EF_BS09_02)....64
[RG_IP_R2bis] Contrôler la Compatibilité du code prestation (EF_IP04_01) avec l'âge du bénéficiaire à la date de la prestation (EF_IP04_07) 64
[CP1] Prestation CCAM 65
[RG_IP_R7] Contrôler le coefficient (EF_IP04_03) des codes prestations effectués par un prescripteur, un auxiliaire médical ou un laboratoire d'analyses de biologie médicale 65

IP02.06 Contrôler les informations supplémentaires de la prestation ...66

[RG_IP_R14] Contrôler la Compatibilité du code prestation (EF_IP04_01) avec la majoration de nuit, dimanche ou jour férié (EF_IP08_01)....66
[CP1] Prestation CCAM 66
[RG_IP_R15] Contrôler la validité d'une majoration de dimanche ou de jour férié (EF_IP08_01)67
[CP1] Prestation CCAM 67
[RG_IP_R10] Contrôler l'identification de l'appareillage(EF_IP08_07) 67

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_IP_R5] Contrôler la nécessité d'une prescription pour une prestation 68

IP02.07 Acquérir les caractéristiques de la prestation 69

IP02.07.01 Acquérir le code affiné de la prestation 70

[RG_IP314] Interdire la Cohabitation d'un code médicament et de la LPP 71
[RG_IP387] Interdire la Cohabitation de codes affinés Biologie et de la CCAM....72
[RG_IP388] Interdire la Cohabitation d'un code médicament et de la CCAM 72
[RG_IP389] Interdire la Cohabitation d'un code médicament et de codes affinés Biologie....72
[RG_IP315] Acquérir le codage de la prestation CCAM : triplet acte/activité/phase (EF_IP09_01, EF_IP09_02, EF_IP09_03) 75
[RG_IP323] Acquérir la catégorie médicale d'un acte CCAM....75
[RG_IP_R41] Déterminer le contexte tarifaire PS de la prestation (EF_IP04_08) 75
[RG_IP_R42] Déterminer le contexte tarifaire BS de la prestation (EF_IP04_09) 75
[RG_IP319] Acquérir la prestation détaillée de biologie (EF_IP12_01) 76
[CP1] Prestation d'anatomo-cyto-pathologie 76
[RG_IP321] Acquérir les codes CIP (EF_IP14_02) 77
[CP1] Médecin propharmacien 77
~~[RG_IP390]~~ ~~Acquérir le code contraception d'urgence (EF_IP01_04)~~ 77
~~[RG_IP399]~~ ~~Contrôler l'exclusivité des contextes « santé sexuelle » et « contraception d'urgence »~~ 77
~~[RG_IP398]~~ ~~Déterminer le code anonymisation de la facture contraception d'urgence (EF_IP01_08)~~ 78
[RG_IP327] Acquérir le code détaillé LPP (EF_IP15_01)....79
[CP1] Changement de tarif en cours de période 80
[RG_IP501] Déterminer si la prestation est caractérisée par un code affiné (EF_IP99_01) 80

IP02.07.02 Acquérir le code acte de la prestation 80

[RG_IP343] Acquérir le contexte COx (EF_IP04_11) 81
[RG_IP339] Acquérir le code prestation (EF_IP04_01) 81
[CP1] Prestation de déplacement 81
[CP2] Code affiné CCAM (EF_IP09_01 ; EF_IP09_02): code regroupement....81
[CP3] Prestations de Biologie 82
[CP4] Code affiné Médicament 82
[CP5] Code affiné LPP 82
[CP6] Génération automatique SMG pour prestations remboursables AMO 82
[CP7] Génération automatique SMG pour prestations non remboursables AMO 82
[CP8] Génération automatique d'un Honoraire de Dispensation simple 83
[CP9] Génération automatique d'un Honoraire de Dispensation complexe .83
[CP10] Génération automatique d'un complément AT dentaire 83
[CP11] Génération automatique du supplément APIAS (DAT) 83
[CP13] Génération automatique d'un Honoraire de Dispensation pour médicament remboursable 83
[CP14] Génération automatique d'un Honoraire de Dispensation lié à l'âge .83
[CP15] Génération automatique d'un Honoraire de Dispensation pour médicament spécifique 83
[CP16] Consultations Obligatoires Enfant....84
[SP18] Génération automatique d'un dépassement pour Victime d'Attentat..84
[RG_IP353] Déterminer le type de la prestation (EF_IP05_01) 84
[RG_IP354] Déterminer le type de nomenclature de la prestation (EF_IP05_02) 85
[RG_IP355] Déterminer le groupe fonctionnel général (EF_IP05_03) et le groupe fonctionnel détaillé (EF_IP05_04) de la prestation 85
[RG_IP356] Déterminer le code nécessité de codage affiné (EF_IP05_05) de la prestation 85
[RG_IP392] Déterminer l'origine de la prestation (EF_IP05_06) 86

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

IP02.08 Acquérir et déterminer les informations d'exécution de la prestation 87

[RG_IP338] Acquérir la date d'exécution de la prestation (EF_IP04_02) 88
[CP1] date d'exécution des soins dentaires 89
[CP2] Génération automatique SMG pour prestations remboursables AMO 89
[CP3] Génération automatique SMG pour prestations non remboursables AMO 89
[CP4] date d'exécution pour la LPP 89
[CP5] Génération automatique d'un Honoraire de Dispensation simple 89
[CP6] Génération automatique d'un Honoraire de Dispensation global 89
[CP7] Prestation de type complément AT 89
[CP8] Génération automatique du supplément APIAS (DAT) 90
[CP9] Génération automatique du supplément APIAS (DAT) 90
[SP18] Dépassement pour Victime d'Attentat 90
[RG_IP348] Contrôler la date d'exécution de la prestation (EF_IP04_02) 90
[RG_IP366] Déterminer l'âge du bénéficiaire des soins (EF_IP04_07) à la date d'exécution de la prestation (EF_IP04_02) 90
[CP1] Mois lunaires 90
[RG_IP357] Acquérir le Code lieu d'exécution de la prestation (EF_IP06_01) 92
[CP1] Génération automatique SMG pour prestations remboursables AMO 92
[CP2] Génération automatique SMG pour prestations non remboursables AMO 92
[CP3] Cas des Fournisseurs 92
[CP4] Honoraire de Dispensation simple 92
[CP5] Honoraire de Dispensation global 92
[CP6] Prestation de type complément AT 92
[CP8] Prestations de type secondaire 93
[CP9] Génération automatique du supplément APIAS (DAT) 93
[SP18] Dépassement pour Victime d'Attentat 93
[RG_IP358] Acquérir l'Identifiant du lieu d'exécution (EF_IP06_02) 93
[CP1] Honoraire de Dispensation généré 93
[CP2] Prestation de type complément AT 93
[CP4] Prestations de type secondaire 94
[SP18] Dépassement pour Victime d'Attentat 94
[RG_IP359] Acquérir les informations du PS exécutant salarié 94
[CP1] Prestation de type complément AT 95
[CP3] Prestations de type secondaire 95
[SP18] Dépassement pour Victime d'Attentat 95
[RG_IP352] Acquérir la condition d'exercice de l'exécutant salarié (EF_IP07_05) 95

IP03 Déterminer les informations finales des prestations CCAM 96

[RG_IP_CC1bis] Déterminer l'appartenance à une association (EF_IP09_07), l'identifiant (EF_IP16_01) et la nature (EF_IP16_02) de cette association pour chaque prestation CCAM 98

IP04 Déterminer les informations communes finales de niveau facture 99

[RG_IP371] Déterminer le nombre de prestations de la facture (EF_IP01_02) 99
[RG_IP372] Déterminer le montant total facture des saisies PS (EF_IP01_03) 99
[RG_IP373] Acquérir le code contexte anonymisation potentielle (EF_IP01_09) 99
[CE1] Prestations incohérentes 101
[RG_IP374] Déterminer le top anonymisation de la facture (EF_IP01_10) 101
[RG_IP363] Contrôler les données du Bénéficiaire des Soins en fonction du contexte d'anonymisation 103

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_IP363] [SP10] Contrôler les données du Bénéficiaire des Soins en cas de facture anonymisée 103

IP05 Contrôler la cohérence des prestations 104

[RG_IP300] Permettre la cohabitation de prestations de différentes natures sur une même facture 106
[RG_IP301] Permettre la cohabitation de prestations CCAM et non CCAM 106
[RG_IP302] Regrouper des prestations 106
[CP1] Regroupement des prestations biologie 107
[CP2] Actes CCAM 107
[CP3] Règles particulières de présentation concernant certains types d'actes 107
[CP4] Regroupement des prestations LPP 109
[RG_IP303] Ordonnancer des prestations 109
~~[RG_IP396] Interdire la cohabitation d'actes d'IVG avec d'autres types d'acte~~ 109
[RG_IP306] Contrôler la Date de la facture (EF_IP01_01) 110
[CP1] Location LPP (EF_IP15) 110
[RG_IP_RC15] Contrôler la compatibilité des prestations CCAM appartenant à une même procédure 110
[CP1] Organes multiples 110
[RG_IP_RC17] Contrôler la compatibilité médicale entre codes actes CCAM 110
[RG_IP_RC18] Contrôler la fréquence d'un code modificateur CCAM AMO (EF_IP10_01) 111
[RG_IP_CC3] Contrôler l'Utilisation d'un acte complémentaire CCAM 111
[RG_IP_RC6] Contrôler la compatibilité des Frais de déplacement 111
[RG_IP_RC19] Contrôler la Compatibilité du forfait dentaire avec le code acte CCAM de l'acte support 112
[SP03.1] Contrôler la Compatibilité du forfait dentaire (au titre de la CMU-C) avec le code acte CCAM de l'acte support 112
[RG_IP_R43] Contrôler le non panachage sur une même dent des paniers de soins pour les prothèses dentaires ~~sur une même dent~~ 112
[RG_IP_R11bis] Contrôler la Compatibilité du forfait dentaire avec l'acte support 113
[SP03.1] Contrôler la Compatibilité du forfait dentaire (au titre de la CMU-C) avec l'acte support 113
[SP03.1][CP1] Prestation CCAM 113
[RG_IP_R12] Contrôler la Compatibilité du code prestation (EF_IP04_01) avec une indemnité de déplacement 114
[CP1] Prestation CCAM 114
[CP2] Spécificité sage-femme 114
[RG_IP_R17bis] Contrôler l'Association obligatoire de code prestation 114
[CP1] Prestation CCAM 115
[RG_IP_R19] Contrôler la présence d'actes incompatibles au regard des codes affinés de biologie (EF_IP12_01) 115
[RG_IP_R20] Contrôler le nombre maximum d'un même code affiné de biologie (EF_IP12_01) 115
[RG_IP_R21] Contrôler le respect des règles spécifiques en matière de codes affinés de biologie (EF_IP12_01) 116
[RG_IP_R22] Contrôler le coefficient facturé (EF_IP04_03) et le cumul des coefficients associés à chaque code affiné de biologie (EF_IP12_01) 116
[RG_IP_R23] Contrôler la justification du complément à la cotation minimale liée aux actes sanguins 116
[RG_IP349] Contrôler les périodes LPP 117
[RG_IP_R44] Contrôler le non panachage des paniers de soins optique entre verres 118
[CP1] Présence de 4 verres 118

SP11 Forçage 119

[RG_IP_CC9] [SP11] Acquérir les codes modificateurs CCAM AMO tarifants (EF_IP10_01) 129
[RG_IP_CC1] [SP11] Acquérir le Code association CCAM (EF_IP09_04) 130

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_IP_CC5] [SP11] Contrôler le nombre de dents traitées (EF_IP11_01) pour une prestation CCAM 131
[RG_IP_CC8] [SP11] Contrôler la Validité du code acte CCAM (EF_IP09_01) 132
[RG_IP_RC1] [SP11] Contrôler la Compatibilité entre le code acte CCAM (EF_IP09_01) et le code activité CCAM (EF_IP09_02)....134
[RG_IP_RC5] [SP11] Contrôler la Compatibilité entre le couple code acte CCAM / code activité CCAM (EF_IP09_01 / EF_IP09_02) et la spécialité de l'exécutant (EF_IP07_03 ou EF_PS03_14) 135
[RG_IP_RC2] [SP11] Contrôler la Compatibilité entre le couple code acte CCAM / code activité CCAM (EF_IP09_01/EF_IP09_02) et le code phase de traitement CCAM (EF_IP09_03) 136
[RG_IP_RC3] [SP11] Contrôler la Compatibilité entre le couple code acte CCAM / code activité CCAM (EF_IP09_01 / EF_IP09_02) et les codes modificateurs CCAM AMO (EF_IP10_01) 137
[RG_IP_RC4] [SP11] Contrôler la Compatibilité entre le code modificateur CCAM AMO (EF_IP10_01) et l'âge du bénéficiaire à la date de la prestation (EF_IP04_07)...137
[RG_IP_RC12] [SP11] Contrôler la Compatibilité entre codes modificateurs CCAM AMO (EF_IP10_01) 137
[RG_IP_RC14] [SP11] Contrôler la compatibilité code CCAM (EF_IP09_01) / numéro de dent (EF_IP11_01) 137
[RG_IP340] [SP11] Contrôler la validité du code prestation 138
[RG_IP_R1] [SP11] Contrôler la Compatibilité du code prestation avec la spécialité du professionnel de santé 138
[RG_IP_R1bis] [SP11] Contrôler la Compatibilité du code prestation avec le contexte conventionnel du PS exécutant 138
[RG_IP_R2] [SP11] Contrôler la Compatibilité du code prestation avec la qualité du bénéficiaire à la date d'exécution des soins 138
[RG_IP_R2bis] [SP11] Contrôler la Compatibilité du code prestation avec l'âge du bénéficiaire à la date de la prestation (EF_IP04_07)....138
[RG_IP_R7] [SP11] Contrôler le coefficient (EF_IP04_03) des codes prestations effectués par un prescripteur, un auxiliaire médical ou un laboratoire d'analyses de biologie médicale 139
[RG_IP_R14] [SP11] Contrôler la Compatibilité du code prestation avec la majoration de nuit, dimanche ou jour férié 140
[RG_IP_R5] [SP11] Contrôler la nécessité d'une prescription pour une prestation 140
[RG_IP339][CP2] [SP11] Code affiné CCAM (EF_IP09_01 ;EF_IP09_02): code regroupement....141
[RG_IP353] [SP11] Déterminer le type de la prestation (EF_IP05_01) 141
[RG_IP354] [SP11] Déterminer le type de nomenclature de la prestation (EF_IP05_02) 141
[RG_IP355] [SP11] Déterminer le groupe fonctionnel de la prestation (EF_IP05_03 et EF_IP05_04)....142
[RG_IP356] [SP11] Déterminer le code nécessité de codage affiné de la prestation (EF_IP05_05) 142
[RG_IP_RC18] [SP11] Contrôler la fréquence d'un code modificateur CCAM AMO (EF_IP10_01) 143
[RG_IP_CC3] [SP11] Contrôler l'Utilisation d'un acte complémentaire CCAM....143
[RG_IP_R43] [SP11] Contrôler le non panachage sur une même dent des paniers de soins pour les prothèses dentaires ~~sur une même dent~~ 143
[RG_IP_R12] [SP11] Contrôler la Compatibilité du code prestation avec une indemnité de déplacement 144
[RG_IP_R17bis] [SP11] Contrôler l'Association obligatoire de code prestation 144
[RG_IP_R44] [SP11] Contrôler le non panachage des paniers de soins optique entre verres...144
[RG_IP_R44] [CP1][SP11] Présence de 4 verres....144

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Facturation SESAM-Vitale

Ordonnance du 24/04/1996

1.40 - Addendum 8

Mai 2024

CF : Acquérir le Contexte de Facturation

Version	08.50
Date	05/01/2024
Référence	FACT-SFG-014
Information	RESTREINTE
Etat	PROVISOIRE

GIE SESAM-Vitale
5, boulevard Marie et Alexandre Oyon – 72 019 LE MANS Cedex 2
www.sesam-vitale.fr

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.

TABLE DES MATIERES

1 INTRODUCTION DOCUMENTAIRE 7

1.1 OBJET DU DOCUMENT 7
1.2 POSITIONNEMENT DU DOCUMENT 7
1.3 CONTENU DU DOCUMENT 7
1.4 DOCUMENTS DE REFERENCE 7
1.5 ABREVIATIONS 7
1.6 DEFINITIONS 7
1.7 GUIDE DE LECTURE 7

2 PRESENTATION DE LA FONCTIONNALITE CF « ACQUERIR LE CONTEXTE DE FACTURATION ASSURANCE MALADIE » 8

2.1 POSITIONNEMENT DE CF « ACQUERIR LE CONTEXTE DE FACTURATION ASSURANCE MALADIE » 8
2.2 DESCRIPTION GENERALE DE LA FONCTIONNALITE CF 10

3 ACQUERIR LE CONTEXTE DE FACTURATION POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA PART OBLIGATOIRE 12

3.1 ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE CF-AMO 12
3.2 CF01 : ACQUERIR ET CONTROLER LE CONTEXTE DE PRISE EN CHARGE AMO NIVEAU FACTURE 14
3.2.1 CF01.01 : Déterminer la date de référence AMO 17
3.2.2 CF01.02 : Contrôler les droits AMO 21
3.2.3 CF01.03 : Acquérir et contrôler les données spécifiques à la nature d'assurance 26
3.2.4 CF01.04 : Acquérir et contrôler les données liées au parcours de soins 51
3.2.5 CF01.05 : Déterminer le Tiers Payant AMO 66
3.2.6 CF01.06 : Acquérir et contrôler la nature d'assurance 74
3.3 CF02 : ACQUERIR LE CONTEXTE DE PRISE EN CHARGE AMO NIVEAU PRESTATION 77
3.3.1 CF02.01 : Acquérir les données générales du contexte prestation de prise en charge AMO 79
3.3.2 CF02.02 : Acquérir les données spécifiques du contexte prestation de prise en charge AMO 87
3.4 CF03 : CONTROLER LE CONTEXTE DE PRISE EN CHARGE AMO ET LES DONNEES DE LA PRESTATION 93
3.4.1 CF03.01 : Contrôler le contexte commun de prise en charge AMO en fonction de la prestation 95
3.4.2 CF03.02 : Contrôler le contexte prestation de prise en charge AMO 96
3.4.3 CF03.03 : Contrôler la prestation par rapport aux contextes de prise en charge AMO (niveau facture et prestation) 101
3.5 CF04 : FINALISER LE CONTEXTE COMMUN DE PRISE EN CHARGE AMO 103
3.6 CF05 : CONTROLER LA FACTURATION DES DEPLACEMENTS 107
3.7 CF06 : GENERER LES PRESTATIONS LPS 108
3.7.1 CF06.01 : Générer une prestation d'honoraire 114

4 ACQUERIR LE CONTEXTE DE FACTURATION POUR LA PART COMPLEMENTAIRE 117

4.1 ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE CF-COMPLEMENTAIRE 117
4.2 CF11 : ACQUERIR LE CONTEXTE DE LA PART COMPLEMENTAIRE NIVEAU FACTURE 118
4.2.1 CF11.01 : Déterminer la date de référence part complémentaire 121
4.2.2 CF11.02 : Contrôler les droits complémentaires 123
4.2.3 CF11.03 : Rechercher la convention complémentaire applicable 127
4.2.4 CF11.04 : Déterminer le tiers payant complémentaire 142
4.2.5 CF11.05 : Rechercher dans l'Annuaire AMC les informations administratives et de routage 144
4.2.6 CF11.06 : Acquérir les autres informations relatives au contexte de la part complémentaire niveau facture 148
4.2.7 CF11.08 : Déterminer le service de l'organisme complémentaire à appeler 150
4.2.8 CF11.09 : Déterminer le service ouvert au bénéficiaire de soins 153
4.2.9 CF11.10 : Déterminer les informations administratives et de routage pour élaborer la facture 156

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

4.3 CF12 : ACQUERIR LE CONTEXTE DE LA PART COMPLEMENTAIRE NIVEAU PRESTATION....158

5 SP11 : SITUATIONS SPECIFIQUES DE FORÇAGE....159

5.1.1 Impact CF01.03.01 : Acquérir et contrôler la nature d'assurance....161
5.1.2 Impact CF01.03.03 : Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance maladie ..162
5.1.3 Impact CF01.04 : Acquérir et contrôler les données liées au parcours de soins....162
5.1.4 Impact CF01.05 : Déterminer le Tiers Payant AMO....163
5.1.5 Impact CF02.01 : Acquérir les données générales du contexte prestation de prise en charge AMO 163
5.1.6 Impact CF03.01 : Contrôler le contexte commun de prise en charge AMO en fonction de la prestation....164
5.1.7 Impact CF03.02 : Contrôler le contexte de prise en charge AMO 164
5.1.8 Impact CF03.03 : Contrôler la prestation par rapport aux contextes de prise en charge AMO (niveau facture et prestation) 165
5.1.9 Impact CF04 : Finaliser le contexte commun de prise en charge AMO....166
5.1.10 Impact CF11.02 : Contrôler les droits complémentaires....166

6 DF_CF : DOMAINE D'INFORMATION « CONTEXTE FACTURE » 168

6.1 MODELE DE DONNEES....168
6.2 LISTE DES DONNEES FONCTIONNELLES POUR CHAQUE ENTITE....169

7 LISTE DES REGLES DE GESTION 174

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

SCHEMAS DES OPERATIONS

FIGURE 1 : [CF] PERIMETRE DE "ACQUERIR CONTEXTE FACTURATION ASSURANCE MALADIE".....8
FIGURE 2 : [SC_CF] PRESENTATION DE LA FONCTIONNALITE CF : "ACQUERIR LE CONTEXTE DE FACTURATION ASSURANCE MALADIE" 11
FIGURE 3 : [SC_CF-AMO] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE CF-AMO "ACQUERIR LE CONTEXTE DE FACTURATION POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA PART OBLIGATOIRE".....12
FIGURE 4 : [SC_CF01] ENCHAINEMENT DE CF01 : "ACQUERIR ET CONTROLER LE CONTEXTE DE PRISE EN CHARGE AMO NIVEAU FACTURE".....16
FIGURE 5 : [SC_CF01.03] ENCHAINEMENT DE CF01.03 : "ACQUERIR ET CONTROLER LES DONNEES SPECIFIQUES A LA NATURE D'ASSURANCE" 27
FIGURE 6 : [SC_CF01.03.01] ENCHAINEMENT DE CF01.03.01 : "ACQUERIR ET CONTROLER LES DONNEES EN NATURE D'ASSURANCE MALADIE" 28
FIGURE 7 : [SC_CF01.03.02] ENCHAINEMENT DE CF01.03.02 : "ACQUERIR ET CONTROLER LES DONNEES EN NATURE D'ASSURANCE MATERNITE" 31
FIGURE 8 : [SC_CF01.03.03] ENCHAINEMENT DE CF01.03.03 : "ACQUERIR ET CONTROLER LES DONNEES EN NATURE D'ASSURANCE AT" 38
FIGURE 9 : [SC_CF01.04] ENCHAINEMENT DE CF01.04 : "ACQUERIR ET CONTROLER LES DONNEES LIEES AU PARCOURS DE SOINS " 52
FIGURE 10 : [SC_CF01.05] ENCHAINEMENT DE CF01.05 : "DETERMINER LE TIERS PAYANT AMO " 67
FIGURE 11 : [SC_CF02] ENCHAINEMENT DE CF02 : " ACQUERIR LE CONTEXTE DE PRISE EN CHARGE AMO NIVEAU PRESTATION " 78
FIGURE 12 : [SC_CF03] ENCHAINEMENT DE CF03 : " CONTROLER LES DONNEES DE CONTEXTE AMO ET LES DONNEES DE LA PRESTATION " 94
FIGURE 13 : [SC_CF04] ENCHAINEMENT DE CF04 : " FINALISER LE CONTEXTE COMMUN DE PRISE EN CHARGE AMO " 104
FIGURE 14 : [SC_CF06] ENCHAINEMENT DE CF06 : " GENERER LES PRESTATIONS LPS ".....110
FIGURE 15 : [SC_CF06.01] ENCHAINEMENT DE CF06.01 : " GENERER UNE PRESTATION D'HONORAIRE " 115
FIGURE 16 : [SC_CF-AMC] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE CF-COMPLEMENTAIRE : "ACQUERIR LE CONTEXTE DE FACTURATION DE LA PART COMPLEMENTAIRE".....117
FIGURE 17 : [SC_CF11] ENCHAINEMENT DES TACHES DE L'OPERATION CF11 « ACQUERIR LE CONTEXTE DE LA PART COMPLEMENTAIRE NIVEAU FACTURE ».....120
FIGURE 18 : [SC_CF11.03] ENCHAINEMENT DE LA TACHE CF11.03 « RECHERCHER LA CONVENTION APPLICABLE ».....129
FIGURE 19 : [SC_CF11.08] ENCHAINEMENT DE CF11.08 « DETERMINER LE SERVICE DE TARIFICATION COMPLEMENTAIRE A APPELER ».....151
FIGURE 20 : [DF_CF] MODELE DE DONNEES DE LA FONCTIONNALITE CF-CONTEXTE FACTURE 168

TABLE DES ILLUSTRATIONS

TABLEAU 1 : SCHEMA DE PRESENTATION DU CONTEXTE GENERAL DU DISPOSITIF « MEDECIN TRAITANT » 55
TABLEAU 2 : [TAB_CF01.04] TABLEAU DE DETERMINATION DE L'IPS ET DE LA POSITION PAR RAPPORT AU PARCOURS DE SOINS.....64
TABLEAU 3 : [TAB_A0_T2] : TABLE DES DEPASSEMENTS SELON LE CONTEXTE DU PARCOURS DE SOINS. 98
TABLEAU 4 : [TAB_A0_T2BIS] TABLE DES DEPASSEMENTS DU PARCOURS DE SOINS SELON LE PS ET LE BENEFICIAIRE.....99
TABLEAU 5 : [TAB_CF11.03.01] TABLEAU RECAPITULATIF DE RENSEIGNEMENT DES CRITERES D'ACCES A LA TABLE DES REGROUPEMENTS EN GESTION SEPAREE 132
TABLEAU 6 : [TAB_CF11.03.01] TABLEAU RECAPITULATIF DE RENSEIGNEMENT DES CRITERES D'ACCES A LA TABLE DES REGROUPEMENTS EN GESTION UNIQUE 132
TABLEAU 7 : [TAB_CF11.03.02] TABLEAU RECAPITULATIF DE RENSEIGNEMENT DES CRITERES D'ACCES A LA TABLE DES CONVENTIONS EN GESTION SEPAREE (ACCES DIRECT).....134
TABLEAU 8 : [TAB_CF11.03.02] TABLEAU RECAPITULATIF DE RENSEIGNEMENT DES CRITERES D'ACCES A LA TABLE DES CONVENTIONS EN GESTION UNIQUE (ACCES DIRECT) 135
TABLEAU 9 : [TAB_CF11.03.03] TABLEAU RECAPITULATIF DE RENSEIGNEMENT DES CRITERES D'ACCES A LA TABLE DES CONVENTIONS EN GESTION SEPAREE (SIGNATAIRES CONVENTION GROUPEE) 137

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

TABLEAU 10 : [TAB_CF11.03.03] TABLEAU RECAPITULATIF DE RENSEIGNEMENT DES CRITERES D'ACCES A LA TABLE DES CONVENTIONS EN GESTION UNIQUE (SIGNATAIRES CONVENTION GROUPEE) 138
TABLEAU 11 : [TAB_CF11.09] TABLEAU RECAPITULATIF DES SERVICES OUVERTS AU BENEFICIAIRE DE SOINS EN GESTION SEPAREE 154
TABLEAU 12 : [TAB_CF11.09] TABLEAU RECAPITULATIF DES SERVICES OUVERTS AU BENEFICIAIRE DE SOINS EN GESTION UNIQUE..... 154

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

1 Introduction documentaire

1.1 Objet du document

Ce document a pour but de spécifier la fonctionnalité « CF : Acquérir le contexte de Facturation ».

1.2 Positionnement du document

Cf. Guide de lecture référencé FACT-SFG-009.

1.3 Contenu du document

Outre ce chapitre introductif, ce document de spécifications fonctionnelles générales comporte les chapitres suivants :

- le chapitre 2 présente la fonctionnalité « CF : Acquérir le contexte de Facturation »,
- les chapitres 3 et 4 décrivent les opérations de la fonctionnalité « CF : Acquérir le contexte de Facturation »,
- le chapitre 5 décrit les situations spécifiques,
- le chapitre 6 contient la synthèse des entités fonctionnelles utilisées,
- le chapitre 7 contient la liste des règles de gestion.

1.4 Documents de référence

Les documents de référence sont présentés dans le document GD (référencé FACT-SFG-009) du package documentaire.

1.5 Abréviations

Les abréviations utilisées sont répertoriées dans le document GD (référencé FACT-SFG-009) du package documentaire.

1.6 Définitions

Les définitions sont répertoriées dans le document GD (référencé FACT-SFG-009) du package documentaire.

1.7 Guide de lecture

Cf. document spécifique GD (référencé FACT-SFG-009).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

2 Présentation de la fonctionnalité CF « Acquérir le contexte de facturation Assurance Maladie »

2.1 Positionnement de CF « Acquérir le contexte de facturation Assurance Maladie »

La fonctionnalité « Acquérir contexte facturation assurance maladie » décrite dans ce document se situe après l'acquisition des informations du Professionnel de Santé, du bénéficiaire des soins et des prestations et précède la valorisation des montants des parts d'assurance maladie obligatoire et complémentaire.

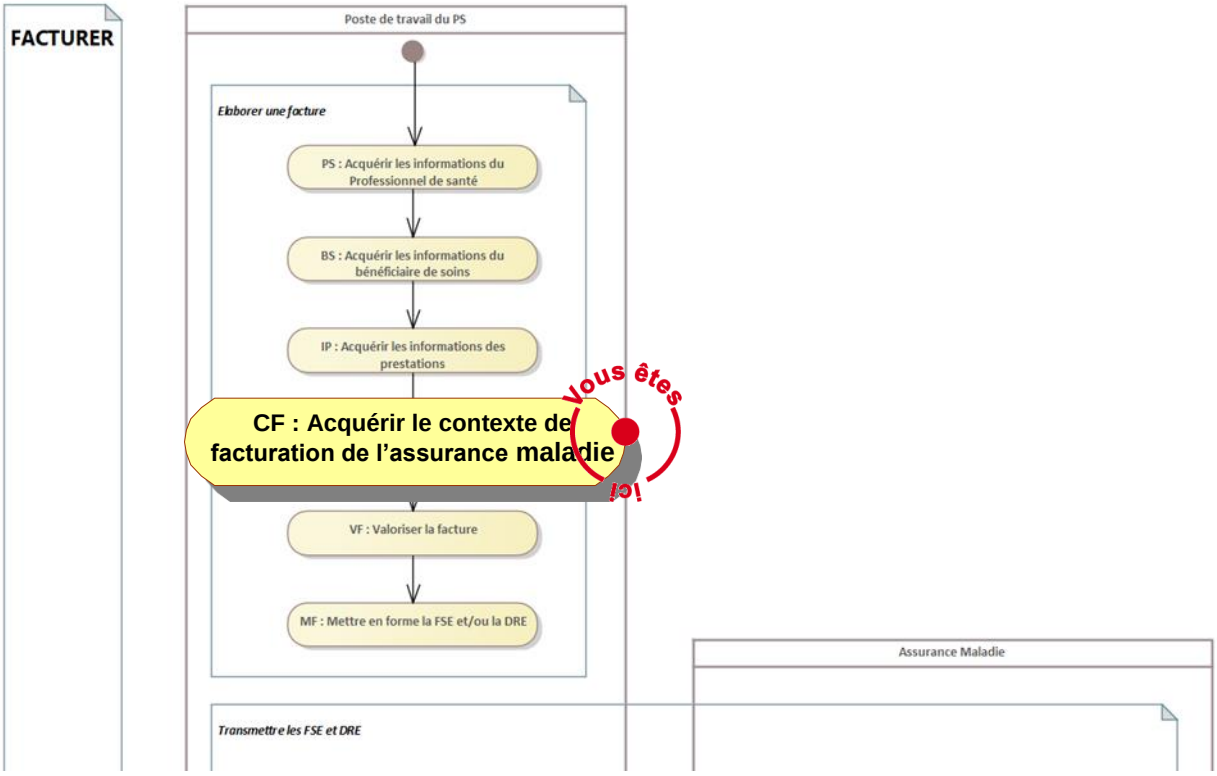


Figure 1 : **[CF]** Périmètre de "Acquérir contexte facturation assurance maladie"

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

2.2 Description générale de la fonctionnalité CF

Vue générale

Nom ***CF Acquérir le contexte de facturation assurance maladie***

Description Contexte de facturation de l'assurance maladie

Le contexte de facturation de l'assurance maladie regroupe l'ensemble des informations nécessaires à la valorisation de la facture pour la participation de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire au regard de la réglementation, des conventions et des droits du bénéficiaire des soins.

Cette fonctionnalité est composée de 2 parties distinctes l'une de l'autre :

- d'une part l'acquisition du contexte de facturation pour le renseignement de la demande de remboursement de la part obligatoire : cette partie est dénommée CF-AMO,
- d'autre part l'acquisition du contexte de facturation pour le renseignement de la demande de remboursement de la part complémentaire si des informations complémentaires ont été acquises, à partir du support de droits complémentaire présenté par le bénéficiaire de soins, dans la fonctionnalité « BS : Acquérir les informations du bénéficiaires de soins » ou « CF : Acquérir le contexte de facturation » : cette partie est dénommée CF-COMPLEMENTAIRE.

> ☞ Remarque : cette partie CF-COMPLEMENTAIRE ne concerne pas les factures en nature d'assurance SMG, ni les factures en contexte APIAS.

Pour chacune de ces parties, les informations à acquérir sont :

- soit de niveau facture, i.e. communes à toutes les prestations, à savoir :
  - pour la part AMO : nature d'assurance, parcours de soins, accès au Tiers Payant,…
  - pour la part complémentaire : droits, convention applicable, accès au Tiers Payant, référence de la réponse de prise en charge, et montant total de la réponse de prise en charge de la facture …
- soit de niveau prestation, i.e. liées à la prestation elle-même à savoir :
  - pour la part AMO : rapport des soins avec le protocole ALD, notion d'acte gratuit,…
  - pour la part complémentaire : le(s) montant(s) de la réponse de prise en charge,…

Entrées	Domaine d'informations « professionnel santé »	**DF_PS**
	Domaine d'informations « Bénéficiaire soin »	**DF_BS**
	Domaine d'informations « Prestation facture »	**DF_IP**
	Tables de l'Annexe 2bis	**DF_A2**
	Base CCAM	**DF_CCAM**
Sorties	Domaine d'informations « contexte facturation assurance maladie »	**DF_CF**
Situations spécifiques	Bénéficiaire de la C2S	**SP03**
	Forfaits dentaires CMU-C	**SP03.1**
	Sortant de la C2S	**SP04**
	Bénéficiaire de l'AME	**SP06**
	Migrant de passage	**SP08.1**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Bénéficiaire « autre situation de migrant »	**SP08.2**
Forçage	**SP11**

Schéma

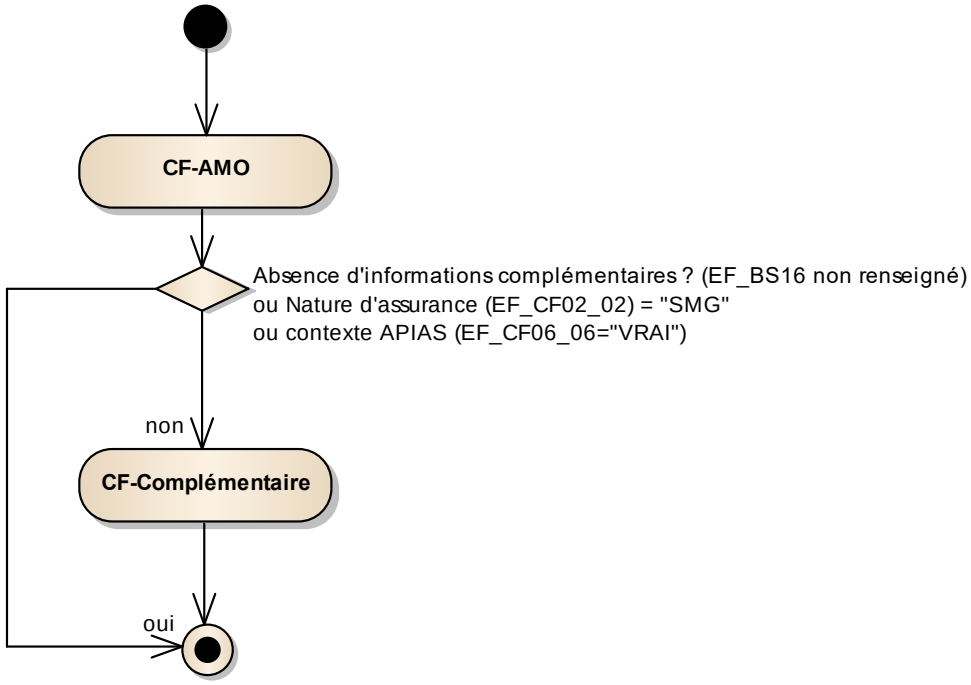


Figure 2 : [SC_CF] Présentation de la fonctionnalité CF : "Acquérir le contexte de facturation assurance maladie"

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3 Acquérir le contexte de facturation pour la prise en charge de la part obligatoire

3.1 Enchaînement des opérations de CF-AMO

Schéma

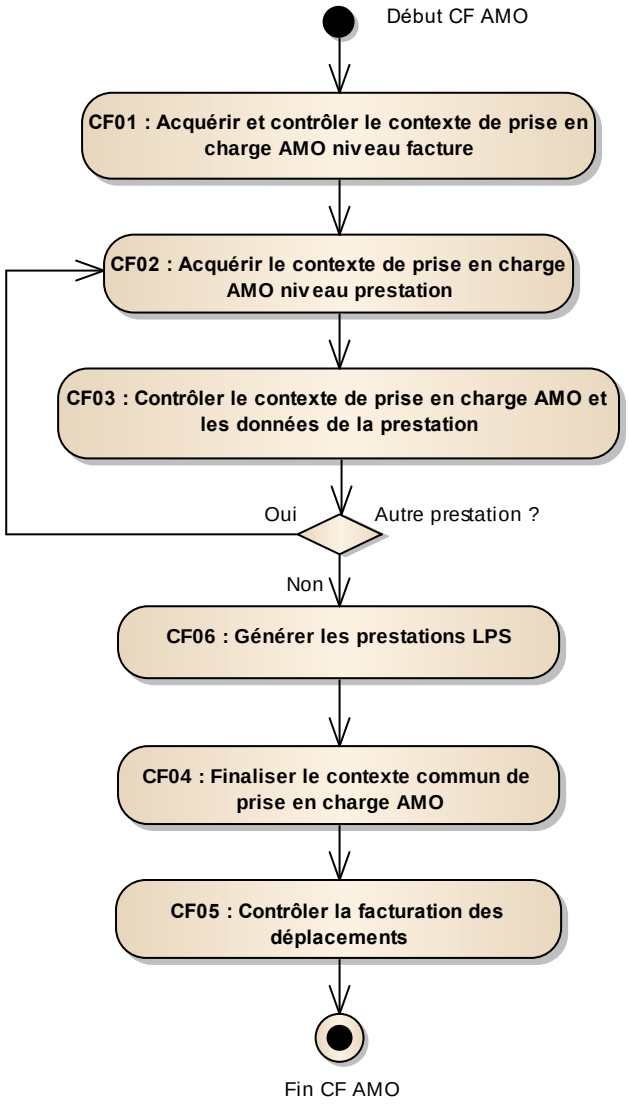


Figure 3 : [SC_CF-AMO] Enchaînement des opérations de CF-AMO "Acquérir le contexte de facturation pour la prise en charge de la part obligatoire"

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.2 CF01 : Acquérir et contrôler le contexte de prise en charge AMO niveau facture

Vue générale

Nom ***CF01 Acquérir et contrôler le contexte de prise en charge AMO niveau facture***

Description Cette opération consiste à acquérir le contexte commun de prise en charge des prestations de la facture par l'assurance maladie obligatoire au regard des droits du bénéficiaire de soins et de la réglementation :

- Sur la nature d'assurance
- Sur la situation vis-à-vis du parcours de soins
- Accès ou non au tiers-payant pour la part obligatoire

Entrées	Bénéficiaire de soins	**EF_BS02**
	Organisme AMO	**EF_BS04**
	Période droits AMO	**EF_BS06**
	Situation administrative AMO	**EF_BS09**
	Prescription	**EF_IP03**
	Prestation	**EF_IP04**
	Table 11.1 de l'annexe 2bis	**EF_A2_T11.1**
	Table 11.2 de l'annexe 2bis	**EF_A2_T11.2**
	Table 11.3 de l'annexe 2bis	**EF_A2_T11.3**
	Table 11.4 de l'annexe 2bis	**EF_A2_T11.4**
	Table 15.1 de l'annexe 2bis	**EF_A2_T15.1**
	Table 15.2 de l'annexe 2bis	**EF_A2_T15.2**
	Table 16.1 de l'annexe 2bis	**EF_A2_T16.1**
	Table 16.2 de l'annexe 2bis	**EF_A2_T16.2**
	Table 18 de l'annexe 2bis	**EF_A2_T18**
Sorties	Contexte facture AMO	**EF_CF02**
	Nature d'assurance Maladie	**EF_CF04**
	Nature d'assurance Maternité	**EF_CF05**
	Nature d'assurance AT	**EF_CF06**
	Nature d'assurance Prévention	**EF_CF07**
	Contexte SMG	**EF_CF11**
	Contexte facture AMO bénéficiaire	**EF_CF12**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

	Contexte facture parcours de soins	**EF_CF13**
Situations spécifiques	Bénéficiaire de la C2S	**SP03**
	Sortant de la C2S	**SP04**
	Bénéficiaire de l'AME	**SP06**
	Migrant de passage	**SP08.1**
	Bénéficiaire « autre situation de migrant »	**SP08.2**
	Forçage	**SP11**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

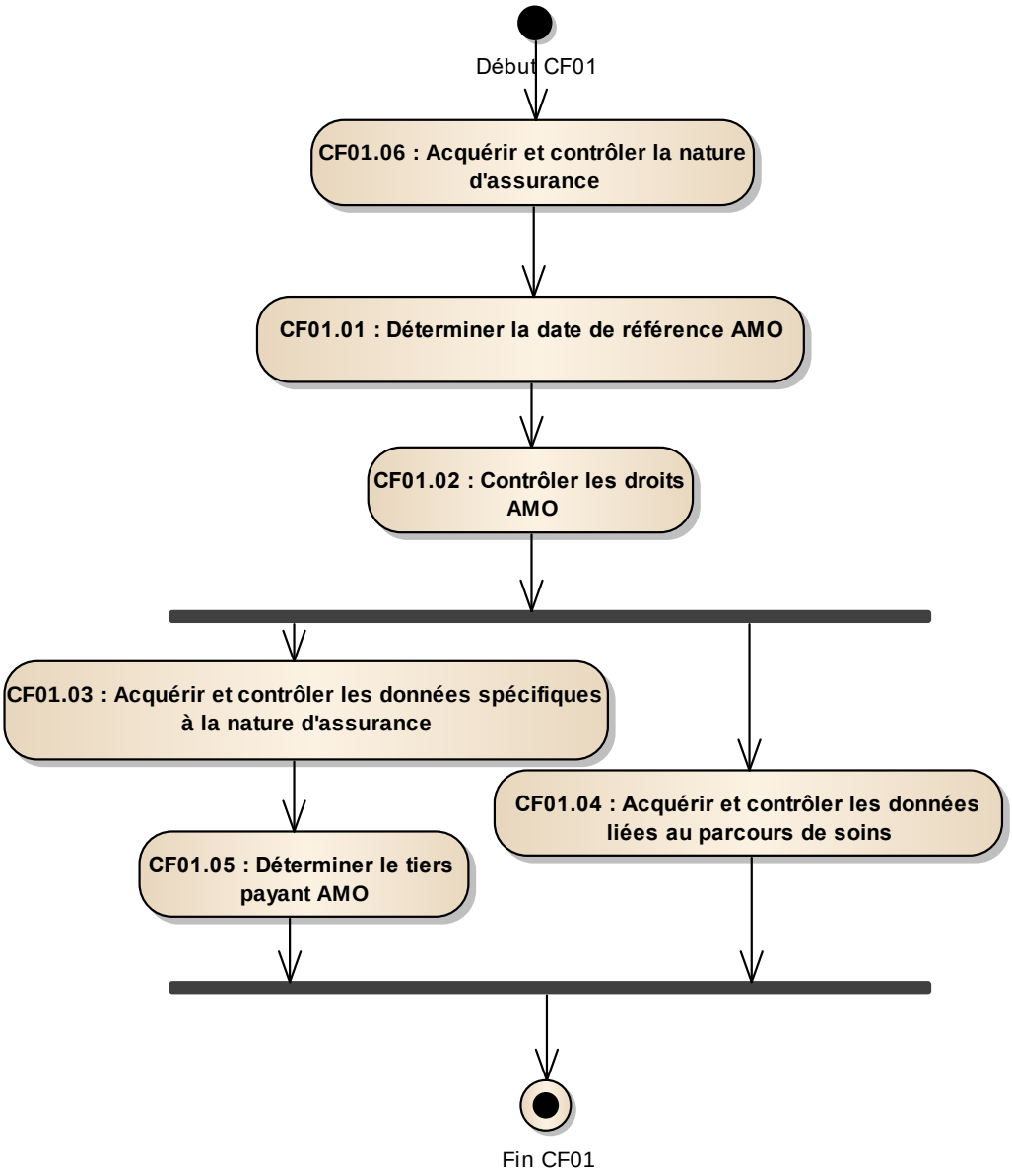


Figure 4 : [SC_CF01] Enchaînement de CF01 : "Acquérir et contrôler le contexte de prise en charge AMO niveau facture"

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.2.1 CF01.01 : Déterminer la date de référence AMO

Vue générale

Nom ***CF01.01 Déterminer la date de référence AMO***

Description La date de référence AMO est la date utilisée au cours de l'élaboration de la facture pour déterminer la validité de l'ensemble des éléments relatifs au contexte AMO.

Cette tâche consiste à déterminer cette date.

Entrées	Code sous-famille du PS	**EF_PS04-10**
	Code régime du bénéficiaire de soins	**EF_BS04_01**
	Date de prescription	**EF_IP03_02**
	Date d'exécution de la prestation	**EF_IP04_02**
	Code nature d'assurance	**EF_CF02_02**
Sorties	Date de référence AMO	**EF_CF02_01**
	Age du bénéficiaire à la date de référence AMO	**EF_CF12_04**

Situations spécifiques Aucune

Préambule

La date de référence AMO niveau facture est nécessaire pour la détermination des droits du bénéficiaire des soins et pour la détermination du taux de remboursement des prestations.

Cette date dépend du type de la prestation et du régime gestionnaire du bénéficiaire des soins.

Cette date correspond selon le cas soit à la date d'exécution, soit à la date de prescription.

Définitions

Les termes :

- Actes en série
- Traitement en série
- Acte isolé
- Série d'actes

Sont définis dans le document FACT-SFG-009 « GD-Définitions et Abréviations »

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Ces différentes situations sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Nomenclature EF_IP05_02	Groupe fonctionnel EF_IP05_03 / EF_IP05_04	Régime	Type d'Acte	Date de référence AMO	Règle SFG
NGAP CCAM	Tous Hors Soins dentaires/ ODF et Soins dentaires/ Prothétiques	Tous hors RSI	acte isolé	**date d'exécution**	***RG_CF301***
			traitements en série	**date de prescription**	
		RSI	acte isolé	**date d'exécution**	
			traitements en série	**date d'exécution**	***CP1***
	Soins dentaires/ Prothétiques	Tous	tous	**date d'achèvement des travaux**	***CP2***
	Soins dentaires/ ODF	Tous	tous	**date de proposition du traitement orthodontique i.e. date de prescription**	***CP2***
NABM Frais PH LPP	tous	Tous hors RSI	tous	**date de prescription**	***RG_CF302***
			LPP réparation	**Date de réparation**	***CP2***
		RSI	tous	**date d'exécution**	***CP1***

- [Cahier des charges – annexe 2 – T1]
- [Cahier des charges – annexe 2 – T1bis]
- [Cahier des charges – annexe 2 – T1ter]
- [Cahier des charges – annexe 2 – T3.1]
- [Cahier des charges – annexe 2 – T3.1ter]

☞ Remarque : Les termes « traitements en série » et « actes en série » sont équivalents.

Règles de gestion

[RG_CF301] Déterminer la date de référence AMO (EF_CF02_01) pour les prestations NGAP et CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Pour les prestations CCAM ou NGAP, la date de référence AMO correspond :

- à date d'exécution de la prestation (EF_IP04_02) s'il s'agit d'un acte isolé,
- ou la date de prescription (EF_IP03_02) dans le cas d'un traitement en série.

Cette règle ne concerne pas les prestations des groupes fonctionnels (EF_IP05_03/EF_IP05_04) suivants :

- Soins dentaires / prothétiques
- Soins dentaires / ODF

Cas particuliers

[CP1] Régime RSI hors soins dentaires prothétiques et ODF

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les bénéficiaires du régime *RSI*, en cas de traitement en série, la date de référence AMO niveau prestation est la date d'exécution de la prestation.

Cette règle ne concerne pas les prestations des groupes fonctionnels (EF_IP05_03/EF_IP05_04) suivants :

- Soins dentaires / prothétiques
- Soins dentaires / ODF

[CP2] Soins dentaires prothétiques et ODF

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Quel que soit le régime de l'assuré, la date à prendre en compte est :

- Pour les soins d'Orthopédie dento-faciale (EF_IP05_03= « Soins dentaires » et EF_IP05_04 = « ODF »)

  La réglementation prévoit que l'examen du droit aux prestations s'effectue à la date de proposition par le chirurgien-dentiste (renseignée au niveau de la date de prescription EF_IP03_02) et non à la date d'exécution (EF_IP04_02).

  Cela signifie que le Professionnel de santé s'assure que le bénéficiaire de soins a des droits à l'assurance maladie à la date de proposition. Mais ce n'est pas la date de référence qu'il utilisera lors de la facturation des prestations pour déterminer le taux de remboursement cf. RG_VF_T1bis.

  Cette règle concerne les professionnels de santé chirurgiens-dentistes et les médecins pouvant réaliser des soins dentaires à savoir les spécialités 18, 44, 45 et 69 et les médecins généralistes (spécialités 01, 22, 23).

- Pour les Prothèses dentaires (EF_IP05_03= « Soins dentaires » et EF_IP05_04 = « Prothétiques »)

  L'examen du droit aux prestations s'effectue :

  - En nature d'assurance SMG, à la date de proposition de la prothèse, à savoir à la date de prescription (EF_IP03_02),
  - Pour les autres natures d'assurance, à la date d'achèvement de la prothèse, à savoir la plus grande des dates d'exécution des prestations de la facture.

[RG_CF302] Déterminer la date de référence AMO (EF_CF02_01) hors prestations NGAP et CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Pour les frais pharmaceutiques (EF_IP05_02= « Frais PH »), les prestations LPP (EF_IP05_02= « LPP ») et les soins d'analyse de biologie médicale (EF_IP05_02= « NABM »), la date de référence AMO est la date de prescription (EF_IP03_02), y compris pour un renouvellement de médicament.

☞ A noter que, à ce jour la notion de renouvellement n'est pas gérée dans le système de facturation SESAM-Vitale pour les prestations LPP.

[CP1] Régime RSI

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les bénéficiaires du régime RSI, la date de référence AMO est la date d'exécution de la prestation (EF_IP04_02).

[CP2] Réparation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les réparations d'appareils, la date de référence AMO est la date à laquelle ceux-ci ont été réparés, c'est-à-dire la date d'exécution.

[RG_CF311] Déterminer l'âge du bénéficiaire des soins (EF_CF12_04) à la date de référence AMO (EF_CF02_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Il convient de calculer l'âge du bénéficiaire à partir de sa date de naissance (EF_BS02_07) issue de la fonctionnalité BS, et à la date de référence AMO précédemment acquise

[CP1] Mois lunaires

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Certaines dates de naissance sont exprimées en mois lunaire, i.e. avec un jour supérieur à 31 et/ou un mois supérieur à 12.

Dans ce cas là, pour le calcul de l'âge, il convient de ramener le jour et le mois à la valeur 01/01.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.2.2 CF01.02 : Contrôler les droits AMO

Vue générale

Nom ***CF01.02 Contrôler les droits AMO***

Description Les droits du bénéficiaire des soins à l'Assurance Maladie Obligatoire sont acquis à partir de la carte Vitale ou de différents supports de droits sur une ou plusieurs périodes de temps données.

Dans tous les cas, le Professionnel de Santé peut élaborer une facture en tiers payant indépendamment des droits de base AMO. Ce principe ne s'applique pas aux pharmaciens ni aux bénéficiaires de soins « autre situation de migrant ». Dans ces situations, si le Bénéficiaire de Soins n'a pas de droits de base, le PS peut accorder l'avance de frais sur la part obligatoire uniquement par forçage.

Cette tâche consiste à déterminer si les droits de base AMO sont ouverts à la date de référence AMO, et à déterminer également la nature de la pièce justificative des droits pour l'AMO.

Entrées	Période Droits AMO	**EF_BS06**
	Date de référence AMO	**EF_CF02_01**
	Situation particulière	EF_BS08
	Code nature d'assurance	EF_CF02_02
	Code régime	EF_BS04_01
Sorties	Droits de base AMO ouverts	**EF_CF02_05**
	Nature de la pièce justificative AMO	**EF_CF12_05**
	Droits situation particulière ouverts	**EF_CF15_01**
Situations spécifiques	Bénéficiaire de la C2S	**SP03**
	Bénéficiaire sortant de la C2S	**SP04**

Préambule

Depuis le 1er janvier 2016, la Protection Universelle MAladie est entrée en application.

La mise en œuvre de la PUMA est prévue par l'article 59 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2016. Cette réforme s'inscrit ainsi dans le prolongement de la logique de la création de la CMU- (loi du 27 juillet 1999).

Elle vise à renforcer pour les assurés la continuité et l'effectivité de la prise en charge de leurs « frais de santé » - notion qui remplace celle de prestations en nature.

L'article 59 supprime les conditions d'ouverture de droits actuelles aux prestations en nature et la notion d'ayant droit majeur. Les droits ne sont pas limités dans le temps, il y a donc suppression de la notion de maintien de droits pour les frais de santé.

Les prestations en nature deviennent les frais de santé en cas de maladie et en cas de maternité.
Il n'y a pas lieu de tenir compte de l'information « date de fin de droits AMO » éventuellement inscrite en carte Vitale pour apprécier le droit aux prestations AMO excepté pour les bénéficiaires « autre situation de Migrant » ainsi que les bénéficiaires de soins affiliés à la Caisse des Français à l'Etranger.

Ce principe ne vaut que pour les droits de base de l'AMO.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

[RG_CF306] Déterminer si les droits de base AMO sont ouverts (EF_CF02_05)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si les droits de base à l'assurance maladie obligatoire (EF_BS06) sont ouverts à la date de référence AMO (EF_CF02_01), le système de facturation positionne le top droits de base AMO ouverts (EF_CF02_05) à VRAI.

Si la date de fin de droits de base est dépassée, le progiciel ne doit pas bloquer la réalisation de la FSE. Il est recommandé qu'il ne signale pas non plus cette situation au Professionnel de Santé

📖 Corps 4.2.1.1.5.1

Cette règle ne concerne pas les factures en nature d'assurance SMG.

[RG_CF313] Déterminer la nature de la pièce justificative AMO (EF_CF12_05)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La détermination de la nature de PJ AMO dépend du support de droits AMO (EF_BS03_05).

Support de droits AMO EF_BS03_05	Saisie PS	Nature de PJ EF_CF12_05	Libellé
Carte Vitale	So	4	L'assuré a présenté sa Carte Vitale
ADRi	So	données issue du service ADRi selon conditions décrites dans la documentation spécifique du service ADRi	
Attestation papier ou autre support	Le Professionnel de Santé indique la nature de la pièce justificative AMO fournie par le bénéficiaire des soins	0	L'assuré n'a présenté aucune pièce justificative
		1	L'assuré a présenté un bulletin de salaire, une attestation de droits, une prise en charge pour l'AME, une attestation de bénéficiaire C2S, etc...
		2	L'assuré a présenté sa Carte d'assuré social ou le Professionnel de Santé a consulté le fichier patient par télématique

[CP1] Nature d'assurance SMG

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas particulier d'une facture en nature d'assurance SMG, quel que soit le support de droit AMO (EF_BS03_05), le système de facturation renseigne la nature de pièce justificative AMO (EF_CF12_05) à la valeur **1** : « L'assuré a présenté une attestation de droits… ».

📖 A1-A0 1420

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[CP3] Nature d'assurance AT

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où l'organisme gestionnaire AT identifié sur le support AT est différent de l'organisme gestionnaire AT du support AMO, c'est l'organisme gestionnaire identifié sur le support AT et non sur le support AMO qui est utilisé pour l'adressage de la facture, (cf. RG_CF_R25.0 : l'origine de l'organisme gestionnaire AT prend l'une des valeurs suivantes :

- feuillet AT,
- attestation AT,
- courrier de l'AT,
- déclaration de la victime.

La nature de pièce justificative AMO (EF_CF12_05) est alors renseignée à la valeur 1 : « L'assuré a présenté une attestation de droits ».

📖 A1-A0 1420

[RG_CF336] Acquérir la date de validité de la pièce justificative AMO (EF_CF12_06)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Règle spécifique définie dans la documentation du service ADRi :

En cas d'acquisition des informations du bénéficiaire des soins par le service ADRi, la date de validité de la pièce justificative pour l'AMO doit être renseignée avec la date d'interrogation du service ADRi (cf. RG_BS625).

[RG_CF337] Acquérir l'origine de la pièce justificative pour l'AMO (EF_CF12_07)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Code de l'organisme ayant délivré la pièce justificative quand la nature de la pièce est « L'assuré a présenté sa Carte d'assuré social » (valeur 2).

Règle spécifique définie dans la documentation du service ADRi : En cas d'acquisition des informations du bénéficiaire des soins par le service ADRi, l'origine de la pièce justificative pour l'AMO ne doit pas être renseignée.

[RG_CF317] Déterminer si les droits à la situation particulière sont ouverts pour la facture (EF_CF15_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Préambule

La date de référence prise en compte par le système de facturation pour déterminer une situation particulière est la date de référence AMO.

Règle

En présence d'une situation particulière du bénéficiaire des soins (présence de l'entité fonctionnelle EF_BS08), le système de facturation détermine si les droits à la situation particulière sont ouverts à la date de référence AMO. Les règles de détermination sont décrites pour chaque situation particulière.

Cette règle ne concerne pas les factures en nature d'assurance SMG.

Situations spécifiques

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[SP03] Déterminer si les droits à la situation particulière sont ouverts pour la facture (EF_CF15_01) pour un bénéficiaire de la C2S

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La période de validité des droits est déterminée à partir des dates de début et de fin de la situation particulière. (Date de début de la situation particulière – EF_BS08_02 ; Date de fin de la situation particulière – EF_BS08_03).

Les droits doivent être ouverts pendant cette période à la date de référence AMO.

[SP04] Déterminer si les droits à la situation particulière sont ouverts pour la facture (EF_CF15_01) pour un bénéficiaire sortant de la C2S

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La période de validité des droits est déterminée à partir des dates de début et de fin de la situation particulière. (Date de début de la situation particulière – EF_BS08_02 ; Date de fin de la situation particulière – EF_BS08_03).

Les droits doivent être ouverts pendant cette période à la date de référence AMO.

- ***Cas particuliers pour ces situations spécifiques***

[SP03][CP1] Bénéficiaire de la C2S / Prestations pharmaceutiques et dispositifs de la LPP

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour la C2S, en ce qui concerne les prestations pharmaceutiques (type de nomenclature = « Frais PH » cf. table 1 de l'Annexe2 : EF_A2_T1) et les dispositifs de la LPP (type de nomenclature = « LPP » cf. table 1 de l'Annexe2 : EF_A2_T1), il convient de retenir la date de délivrance comme date de référence.

cf. table 15.2 de l'annexe 2bis : EF_A2_T15.2

☞ Ce cas particulier est soumis à la consigne CG_PG001.

- ***Cas d'erreur pour ces situations spécifiques***

[SP03][CE1] Bénéficiaire de la C2S / Droits non ouverts

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le bénéficiaire de soins n'a pas de droit à la C2S pour cette facture.

[SP04][CE1] Bénéficiaire sortant de la C2S / Droits non ouverts

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le bénéficiaire de soins n'a pas de droit de sortant de C2S pour cette facture.

[RG_CF330] Contrôler les données du BS en facturation télémédecine

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si la facture comporte au moins un acte de télémédecine (EF_IP05_03 = « Télémédecine »), le LPS doit contrôler que le support de droits AMO (EF_BS03_05) correspond soit à la carte vitale soit à ADRi.

☞ Cette obligation ne s'applique pas s'il s'agit d'un acte d'accompagnement à la téléconsultation (EF_IP05_04 = « Accompagnement »).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Cas d'erreur

[CE1] Le support de droits AMO n'est ni la carte vitale ni ADRi

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si Le support de droits AMO (EF_BS03_05) n'est ni la carte vitale ni ADRi, le LPS doit alerter le Professionnel de Santé que les droits AMO du bénéficiaire des soins ne sont issus d'aucun de ces deux supports de droits.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.2.3 CF01.03 : Acquérir et contrôler les données spécifiques à la nature d'assurance

Vue générale

Nom	***CF01.03 Acquérir et contrôler les données spécifiques à la nature d'assurance***	
Description	Cette opération réunit les traitements et données spécifiques par nature d'assurance.	
Entrées	Organisme AMO (maladie)	**EF_BS04** (maladie)
	Organisme AMO (AT par défaut)	**EF_BS04** (AT par défaut)
	Organisme AMO (AT déclaré)	**EF_BS04** (AT déclaré) occurrence 1
		EF_BS04 (AT déclaré) occurrence 2
	Accident du travail déclaré	**EF_BS22** occurrence 1
		EF_BS22 occurrence 2
	Table 11.1 de l'annexe 2bis	**EF_A2_T11.1**
	Table 11.2 de l'annexe 2bis	**EF_A2_T11.2**
	Table 11.3 de l'annexe 2bis	**EF_A2_T11.3**
	Table 11.4 de l'annexe 2bis	**EF_A2_T11.4**
Sorties	Contexte facture AMO	**EF_CF02**
	Nature d'assurance maladie	**EF_CF04**
	Nature d'assurance maternité	**EF_CF05**
	Nature d'assurance AT	**EF_CF06**
	Nature d'assurance SMG	**EF_CF11**
	Contexte facture AMO bénéficiaire	**EF_CF12**
Situations spécifiques	Forçage	**SP11**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

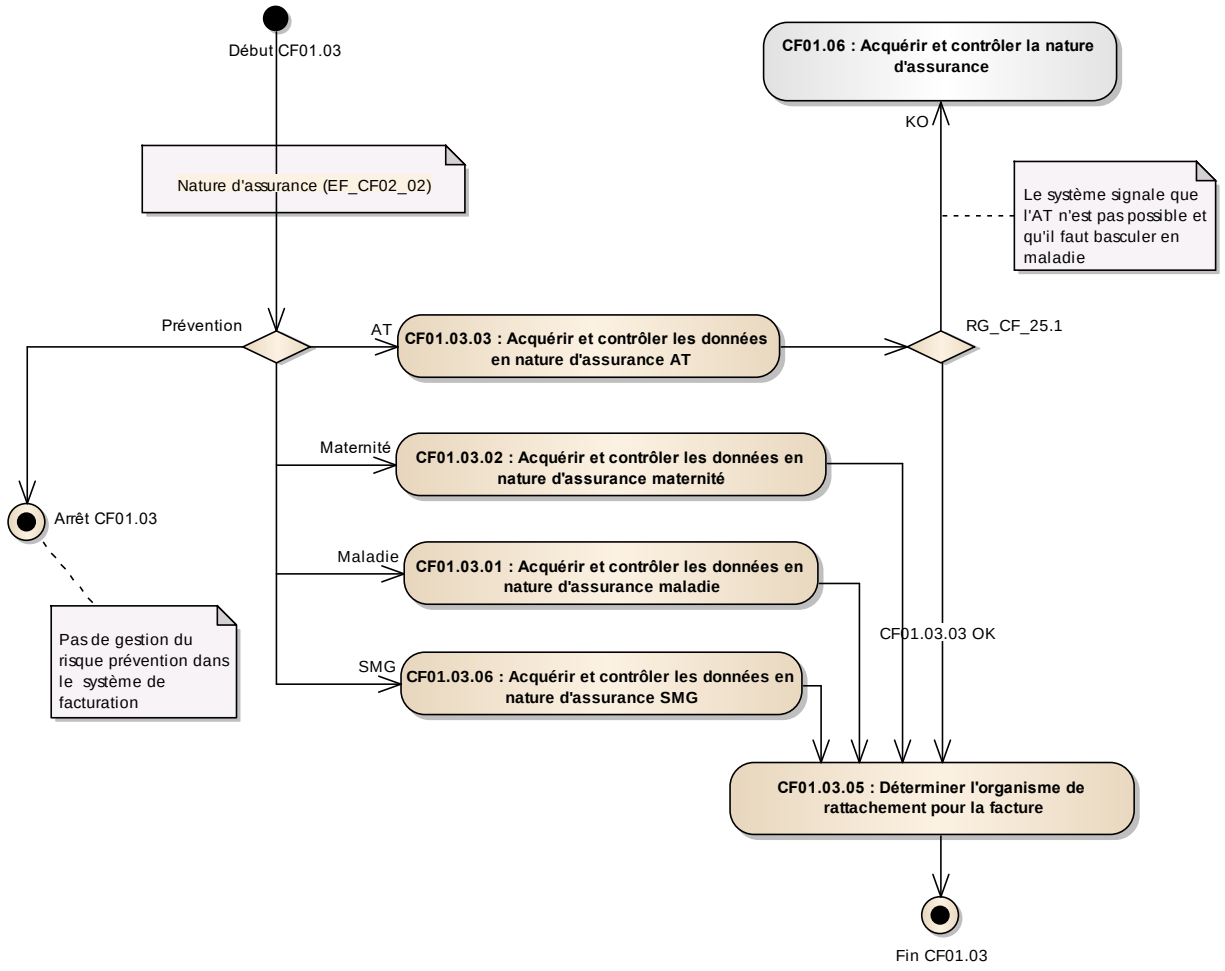


Figure 5 : [SC_CF01.03] Enchaînement de CF01.03 : "Acquérir et contrôler les données spécifiques à la nature d'assurance"

3.2.3.1 CF01.03.01 Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance maladie

Vue générale

Nom ***CF01.03.01 Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance maladie***

Description Selon la nature d'assurance sélectionnée, les données à acquérir pour le contexte commun de prise en charge AMO diffèrent.

Cette tâche consiste à acquérir et contrôler les données du contexte commun de prise en charge AMO en nature d'assurance maladie.

Entrées	Caisse gestionnaire (maladie)	**EF_BS04_02**
	Table 11.4 de l'annexe 2bis	**EF_A2_T11.4**
Sorties	Nature d'assurance Maladie	**EF_CF04**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Situations spécifiques Forçage **SP11**

Schéma

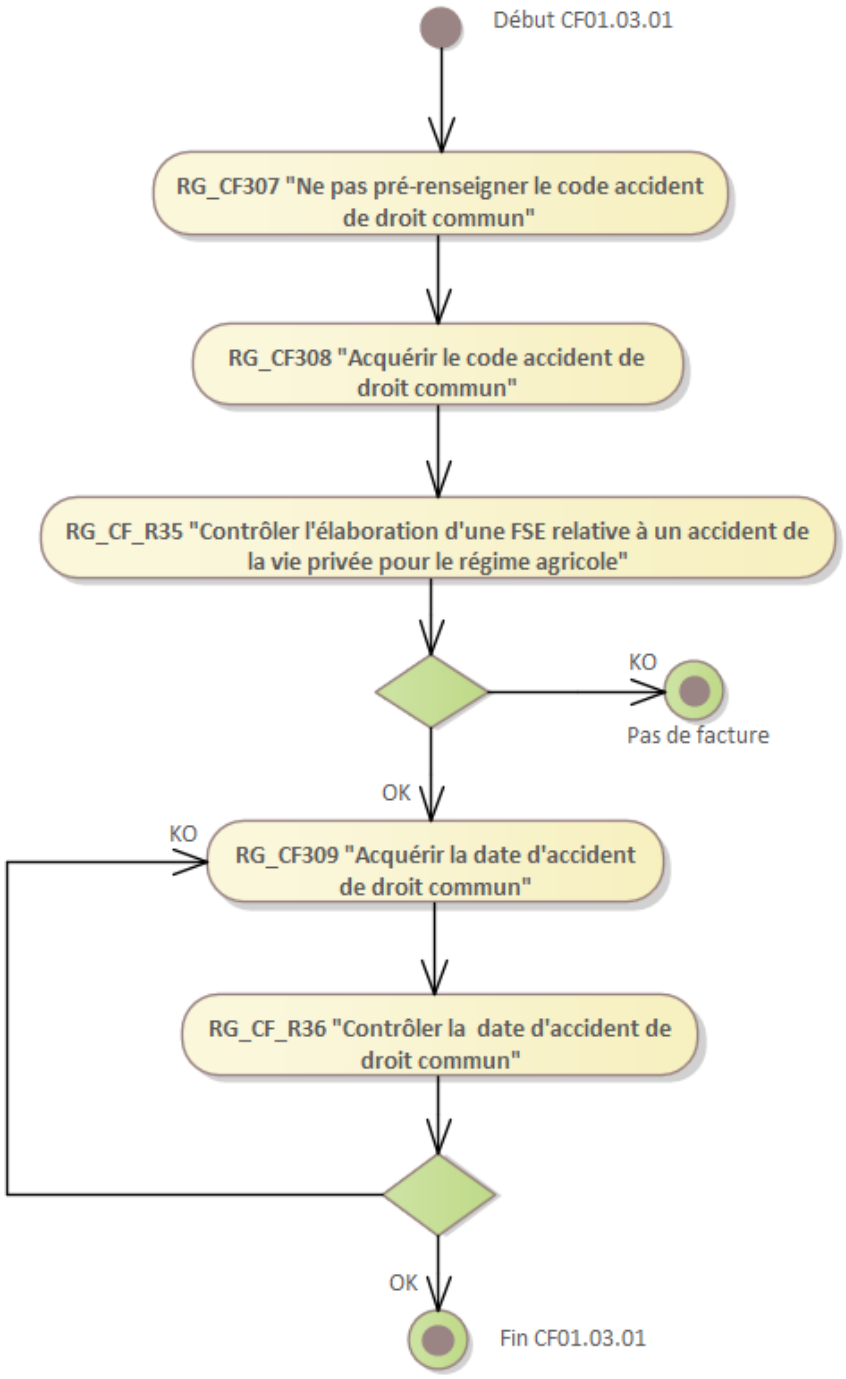


Figure 6 : [SC_CF01.03.01] Enchaînement de CF01.03.01 : "Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance maladie"

Règles de gestion

[RG_CF308] Acquérir le code accident de droit commun (EF_CF04_01)	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Le Professionnel de Santé doit indiquer si les prestations sont liées à un accident de droit commun causé par un tiers.

Le Professionnel de Santé doit indiquer si la facture (les prestations de la facture) sont en rapport avec un accident de droit commun en fonction des informations fournies par le bénéficiaire de soins, seul responsable de la véracité des éléments fournis au Professionnel de Santé.

Pour les Professionnels de Santé prescrits, le système de facturation doit renseigner par défaut cette information à « soins non en rapport avec un accident de droit commun », le Professionnel de Santé pouvant toujours la modifier si nécessaire.

☞ Remarque : La notion d'accident de droit commun est utilisée pour tous les bénéficiaires hormis les non salariés du régime agricole. Pour ces derniers on parle d'accident de la vie privée.

[RG_CF307] Ne pas pré-renseigner le code accident de droit commun (EF_CF04_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation du Professionnel de Santé doit permettre au Professionnel de Santé d'indiquer si les soins sont liés à un accident de droit commun et ne doit pas renseigner préalablement la zone prévue à cet effet.

☞ A noter que cette règle concerne uniquement les PS prescripteurs.

📖 CDC V1-40-03.20_E-reforme V12.05 4.2.1.6 Acquisition des informations relatives à la prestation

[RG_CF_R35] Contrôler l'élaboration d'une FSE relative à un accident de la vie privée pour le régime agricole

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle concerne uniquement les bénéficiaires de soins du régime agricole, dans le cas d'un accident de la vie privée.

- En présence d'une carte Vitale ou en cas de consultation du service ADRi, il convient de vérifier si la caisse gestionnaire identifiée (EF_BS04_02) appartient à la liste des caisses gestionnaires ne gérant pas les accidents de la vie privée. (EF_A2_T11.4).
- Dans le cas contraire, il convient de vérifier si le bénéficiaire de soins bénéficie du régime Alsace-Moselle (code indicateur Alsace-Moselle (EF_BS03_04)).

Tables utilisées

- Table 11.4 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T11.4)

☞ Remarque : on parle d'« accident de la vie privée » pour un assuré du régime agricole et « accident de droit commun » pour un assuré d'un autre régime.

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

Cas d'erreur

[CE1] Caisse ne gérant pas les accidents de la vie privée

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- En présence d'une carte Vitale ou en cas de consultation du service ADRi, si la caisse gestionnaire identifiée (EF_BS04_02) appartient à la liste des caisses gestionnaires ne gérant pas les accidents de la vie privée (EF_A2_T11.4), alors le Professionnel de Santé ne peut effectuer de feuille de soins électronique. Il effectue une feuille de soins papier.
- Dans le cas contraire, si le bénéficiaire de soins bénéficie du régime Alsace-Moselle (code indicateur Alsace-Moselle (EF_BS03_04) à VRAI), alors le Professionnel de Santé ne peut effectuer de feuille de soins électronique. Il effectue une feuille de soins papier.

	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

[RG_CF309] Acquérir la date d'accident de droit commun (EF_CF04_02)

Dans le cas où les prestations sont liées à un accident de droit commun causé par un tiers, le Professionnel de Santé indique obligatoirement la date de l'accident.

	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

[RG_CF_R36] Contrôler la date d'accident de droit commun (EF_CF04_02)

Si les soins sont en rapport avec un accident de droit commun ou un accident de la vie privée (régime agricole), le Professionnel de Santé doit indiquer la date de celui-ci sur la feuille de soins électronique maladie qu'il établit.

Cette date doit être antérieure ou égale à la date de la facture.

3.2.3.2 CF01.03.02 Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance maternité

Vue générale

Nom ***CF01.03.02 Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance maternité***

Description Selon la nature d'assurance sélectionnée, les données à acquérir pour le contexte commun de prise en charge AMO diffèrent.

Cette tâche consiste à acquérir et contrôler les données du contexte commun de prise en charge AMO en nature d'assurance maternité.

Le bénéficiaire des soins présente éventuellement le guide maternité au Professionnel de Santé.

Entrées « Date d'exécution de la prestation » pour chaque prestation **EF_IP04_02**

Sorties Nature d'assurance Maternité **EF_CF05**

Situations spécifiques Aucune

Préambule

En assurance maternité tous les frais médicaux remboursables (consultations, frais pharmaceutiques, examens de laboratoire, …) sont pris en charge à 100 %, dans la limite des tarifs de base de l'Assurance Maladie à partir du premier jour du sixième mois de grossesse.

Cette prise en charge à 100 % se poursuit jusqu'au douzième jour après l'accouchement.

En conséquence, la facturation de ces soins est demandée sous la nature d'assurance « maternité ».

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Dans certaines situations le contexte de maternité peut être détecté par le progiciel (cf. RG_CF304 [CP1])

Schéma

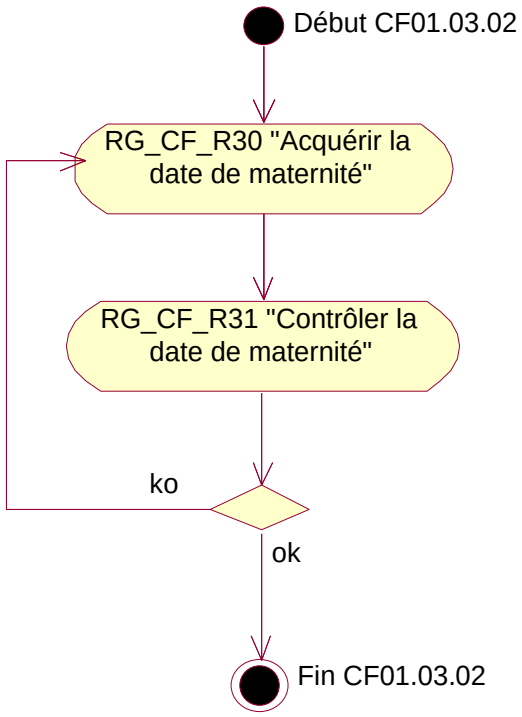


Figure 7 : [SC_CF01.03.02] Enchaînement de CF01.03.02 : "Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance maternité"

Règles de gestion

[RG_CF_R30] Acquérir la date de maternité (EF_CF05_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si les soins sont en rapport avec la nature d'assurance « Maternité », la saisie de la date maternité est obligatoire.

Cette date correspond soit à la date présumée de début de grossesse, soit à la date d'accouchement, soit à la date d'adoption.

☞ Ces informations sont portées sur le Guide Maternité

Si ces dates ne sont pas connues, la date de maternité peut correspondre à la date des soins la plus ancienne de la facture.

[RG_CF_R31] Contrôler la date de maternité (EF_CF05_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si les soins sont en rapport avec la nature d'assurance « Maternité », la date maternité (EF_CF05_01) doit être antérieure ou égale à la date des soins (EF_IP04_02) de chaque prestation de la facture.t

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

☞ La date de maternité est décrite dans la règle RG_CF_R30.

3.2.3.3 CF01.03.03 : Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance Accident du Travail

Vue générale

Nom ***CF01.03.03 Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance Accident du Travail***

Description Selon la nature d'assurance sélectionnée, les données à acquérir pour le contexte commun de prise en charge AMO diffèrent.

Cette tâche consiste à acquérir et contrôler les données du contexte commun de prise en charge AMO en nature d'assurance Accident du Travail (AT).

Entrées	Organisme AMO (maladie)	**EF_BS04** (maladie)
	Organisme AMO (gestionnaire AT par défaut)	**EF_BS04** (gestionnaire AT par défaut)
	Organisme AMO (AT déclaré)	**EF_BS04** (AT déclaré) occurrence 1
		EF_BS04 (AT déclaré) occurrence 2
	Accident du travail déclaré	**EF_BS22** occurrence 1
		EF_BS22 occurrence 2
	Table 11.1 de l'annexe 2bis	**EF_A2_T11.1**
	Table 11.2 de l'annexe 2bis	**EF_A2_T11.2**
Sorties	Nature d'assurance AT	**EF_CF06**
Situations spécifiques	Forçage	**SP11**

Principes

Le Professionnel de Santé peut réaliser une feuille de soins électronique sécurisée (sous certaines conditions) lorsque les soins sont consécutifs à un accident de travail et que la victime fournit au Professionnel de santé la feuille d'Accident du Travail ou de Maladie Professionnelle (dénommée feuillet AT) et éventuellement les éléments permettant d'identifier l'organisme gérant le risque AT.

Le Professionnel de Santé peut donc réaliser une FSE sécurisée pour des soins consécutifs à un accident de travail avec le risque AT, à partir des informations du support de droits AMO (la carte Vitale ou service ADRi), ainsi que du feuillet AT complété éventuellement d'une attestation d'affiliation/appartenance à une caisse gestionnaire de l'AT, d'un courrier de la caisse ou de la déclaration de la victime.

Si plusieurs AT sont présents au niveau du support de droits AMO, le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de sélectionner l'AT concerné en fonction des éléments fournis par la victime.

A défaut d'informations précises fournies par la victime et si la caisse gestionnaire du risque AT est indiquée au niveau du support de droits AMO, c'est cette dernière qui doit être prise en compte.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Dans le cas où l'AT ou les informations d'identification de la caisse gestionnaire du risque AT, fournies par la victime différeraient des informations contenues au niveau du support de droits AMO, le Professionnel de Santé peut réaliser une feuille de soins en mode SESAM Vitale dégradé.

Dans le cas où aucune information permettant d'identifier la caisse gestionnaire du risque AT ne serait fournie par la victime, le Professionnel de Santé réalise soit une FSE au risque AT, soit une feuille de soins papier selon que le régime accepte de recevoir des FSE AT adressées à l'organisme maladie identifié à partir du support de droits AMO.

APIAS

La nature d'assurance AT permet notamment de gérer la facturation des soins dispensés en milieu civil aux militaires victimes d'une Affection Présumée Imputable Au Service (APIAS).

L'ensemble des règles concernant les accidents du travail sont valables pour les APIAS.

Cependant, la réglementation applicable aux APIAS diffère en partie de la réglementation « accidents du travail » de droit commun. En conséquence, certaines règles peuvent présenter un cas particulier à appliquer en contexte APIAS.

Le contexte APIAS est caractérisé par l'élaboration de la facture en nature d'assurance « Accident du Travail » et pour le régime CNMSS (code régime de l'organisme gestionnaire de l'AT = 08).

Dans ce contexte, le PS renseigne systématiquement le montant total de prise en charge de la facture au titre des APIAS.

☞ Le montant total de prise en charge de la facture au titre des APIAS correspond au montant total remboursable au titre des APIAS. Il n'induit pas nécessairement un échange formel avec la CNMSS.
L'appréciation de ce montant est effectuée par le Professionnel de Santé, la plupart du temps sans échange avec la CNMSS.

Les cas nécessitant un échange avec la CNMSS correspondent à la règlementation du code des pensions militaires dont un résumé se trouve sur le site de la CNMSS.

Si ce montant est supérieur à la prise en charge au titre des AT de droit commun, il est nécessaire d'ajouter dans la facture la prestation de supplément APIAS (code prestation DAT) pour couvrir cette différence de prise en charge.

Cette prestation DAT est automatiquement générée par le LPS.

Présentation générale

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

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

Le système de facturation sur le poste doit gérer les 2 cas suivants :

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

☞ En l'absence de carte Vitale (support de droits AMO = ADRi), le mode de sécurisation de la FSE est nécessairement dégradé.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

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

Support AT

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

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

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

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

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

Organisme gestionnaire AT issu du support de droits AMO

Plusieurs organismes gestionnaires sont éventuellement présents dans les informations issues du support de droits AMO. Il s'agit :

- de l'organisme de gestion du risque maladie (EF_BS04 instance « maladie »).
- de l'organisme de gestion du risque AT par défaut, i.e. organisme à qui la FSE doit être adressée quand l'accident n'est pas identifié (EF_BS04 instance « AT par défaut»)
- de l'organisme gestionnaire associé à chaque accident du travail identifié (2 maximum) (EF_BS04 instance « AT déclaré» 1ère et 2ème occurrence).

Seul l'organisme gestionnaire de la maladie est obligatoirement présent dans les informations issues du support de droits AMO, les autres ne sont pas nécessairement renseignés.

L'organisme gestionnaire issu du support de droits AMO correspond en priorité à l'organisme gestionnaire associé à l'accident du travail identifié par la date d'accident ou le n° d'accident.

Si l'accident n'est pas inscrit sur le support de droits AMO, il correspond à l'organisme gestionnaire du risque AT par défaut si cet organisme est renseigné, ou sinon à l'organisme de gestion de la maladie. (cf. RG_CF_R25.0)

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Tableau de synthèse

Contexte facturation AT		*Organisme gestionnaire issu du support de droits AMO* (cf. R25.0)			*Comparaison Organismes gestionnaires*	*Résultat*				
Feuillet AT présenté	*Organisme gestionnaire AT identifié sur le support AT*	*EF_BS04 (AT déclaré)*	*EF_BS04 (gestionnaire AT par défaut)*	*EF_BS04 (maladie)*		*Type de facturation*	*Risque*	*Organisme gestionnaire AT issu du support de droits AMO*	*Commentaires*	**N° de cas**
NON	**HORS REGLEMENTATION AT**					**FSE**	**Maladie**	Sans objet	le PS ne réalise pas de FSE sur le risque AT	**1**
OUI	**NON**	**X**			Sans Objet	**FSE**	**AT**	**OUI**		**2**
			X							**3**
				X		**FSE ou Papier**	**AT ou maladie**	**OUI**	• FSE si le régime accepte une FSE AT adressée à l'organisme maladie inscrit en carte Vitale (R25.4, table 11.3) • sinon papier au risque AT ou maladie (R25.4, table 11.1)	**4**
	OUI à partir : • soit du feuillet AT • soit de l'attestation d'affiliation / appartenance à une caisse gestionnaire de l'AT • soit d'un courrier de la caisse, • soit de la déclaration de la victime.	**X**			**IDENTIQUE**	**FSE**	AT	**OUI**		**5**
			X							**6**
				X		**FSE ou Papier**	**AT ou maladie**	**OUI**	• FSE si l'assuré est couvert pour le risque AT (R25.1, table 11.1) et que l'organisme gestionnaire accepte des FSE au risque AT (R25.2, table 11.2) • sinon papier au risque AT	**7**
					DIFFERENT	**FSE Dégradée ou Papier**		**Autre**	• FSE si l'assuré est couvert pour le risque AT (R25.1, table 11.1) et que l'organisme gestionnaire accepte des FSE au risque AT (R25.2, table 11.2) • sinon papier au risque AT	**8**
		Pas de données issues d'ADRi ni de carte présentée			Sans Objet					**9**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Conditions pour une FSE au risque AT

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

1 Le Professionnel de Santé dispose nécessairement d'un feuillet AT (support papier), sur lequel figure au minimum la date de l'accident. Cette date est utilisée pour identifier l'accident.

La présentation du feuillet AT conditionne le choix du risque Accident du Travail

2
- Si le feuillet AT ne mentionne pas d'organisme gestionnaire, et aucun autre support AT ne permet d'identifier un organisme gestionnaire, 2 cas de figure sont possibles :
  - soit l'AT est renseigné au niveau du support de droits AMO (date de l'identifiant AT en carte (EF_BS22_01) = date de l'AT inscrite sur le feuillet AT
    → **FSE au risque AT transmise à l'organisme gestionnaire de l'AT identifié sur le support de droits AMO**

3
  - l'AT n'est pas renseigné au niveau du support de droits AMO. L'organisme gestionnaire est :
    - en priorité EF_BS04 instance « gestionnaire AT par défaut » s'il est renseigné
      → **FSE au risque AT transmise à l'organisme gestionnaire de l'AT identifié sur le support de droits AMO**

4
    - ou sinon EF_BS04 instance « maladie ». en l'absence de gestionnaire AT par défaut :
      → **FSE au risque AT transmise à l'organisme maladie identifié sur le support de droits AMO** si le régime accepte une FSE AT adressée à l'organisme maladie **(RG_CF_R25.4, EF_A2_T11.3)**
      → sinon **Feuille de soins papier au risque AT ou maladie** selon que l'assuré est couvert pour le risque AT (EF_A2_T11.1) ou non

5
- Si un organisme gestionnaire est identifié à partir d'un support AT (feuillet AT, attestation d'affiliation / appartenance à une caisse gestionnaire de l'AT, courrier de la caisse ou déclaration de la victime),
  alors une FSE au risque AT est possible quelles que soient les données du support de droits AMO.
  - En présence de données issues du support de droits AMO
    - soit l'organisme gestionnaire présent sur le support AT est identique à celui du support de droits AMO. Si l'organisme gestionnaire est :
      - l'organisme gestionnaire de l'AT1 ou de l'AT2 (EF_BS04 instance « AT déclaré inscrit en carte» 1ère ou 2ème occurrence) → **FSE au risque AT**

6
      - l'organisme gestionnaire AT par défaut (EF_BS04 instance « gestionnaire AT par défaut ») → **FSE au risque AT**

7
      - l'organisme gestionnaire maladie (EF_BS04 instance « maladie »)
        → **FSE** si l'assuré est couvert pour le risque AT (RG_CF_R25.1, EF_A2_T11.1) et que l'organisme gestionnaire accepte des FSE au risque AT (RG_CF_R25.2, EF_A2_T11.2)
        → sinon **FSE au risque maladie ou Feuille de soins papier au risque AT**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

8

- soit l'organisme gestionnaire présent sur le feuillet AT est différent des organismes issus du support de droits AMO (l'organisme gestionnaire AT par défaut si présent ou l'organisme gestionnaire maladie sinon)
  → **FSE dégradée au risque AT à l'organisme gestionnaire support sur le feuillet AT** si l'assuré est couvert pour le risque AT (RG_CF_R25.1, EF_A2_T11.1) et que l'organisme gestionnaire accepte des FSE au risque AT (RG_CF_R25.2, EF_A2_T11.2)
  → sinon **FSE dégradée au risque maladie ou Feuille de soins papier au risque AT**

9

- En l'absence de données issues du support de droits AMO
  → **FSE dégradée à l'organisme gestionnaire présent sur le support AT** si l'assuré est couvert pour le risque AT (R25.1, table 11.1) et que (RG_CF_R25.1, EF_A2_T11.1) et que l'organisme gestionnaire accepte des FSE au risque AT (RG_CF_R25.2, EF_A2_T11.2)
  → sinon **FSE dégradée au risque maladie ou Feuille de soins papier au risque AT**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

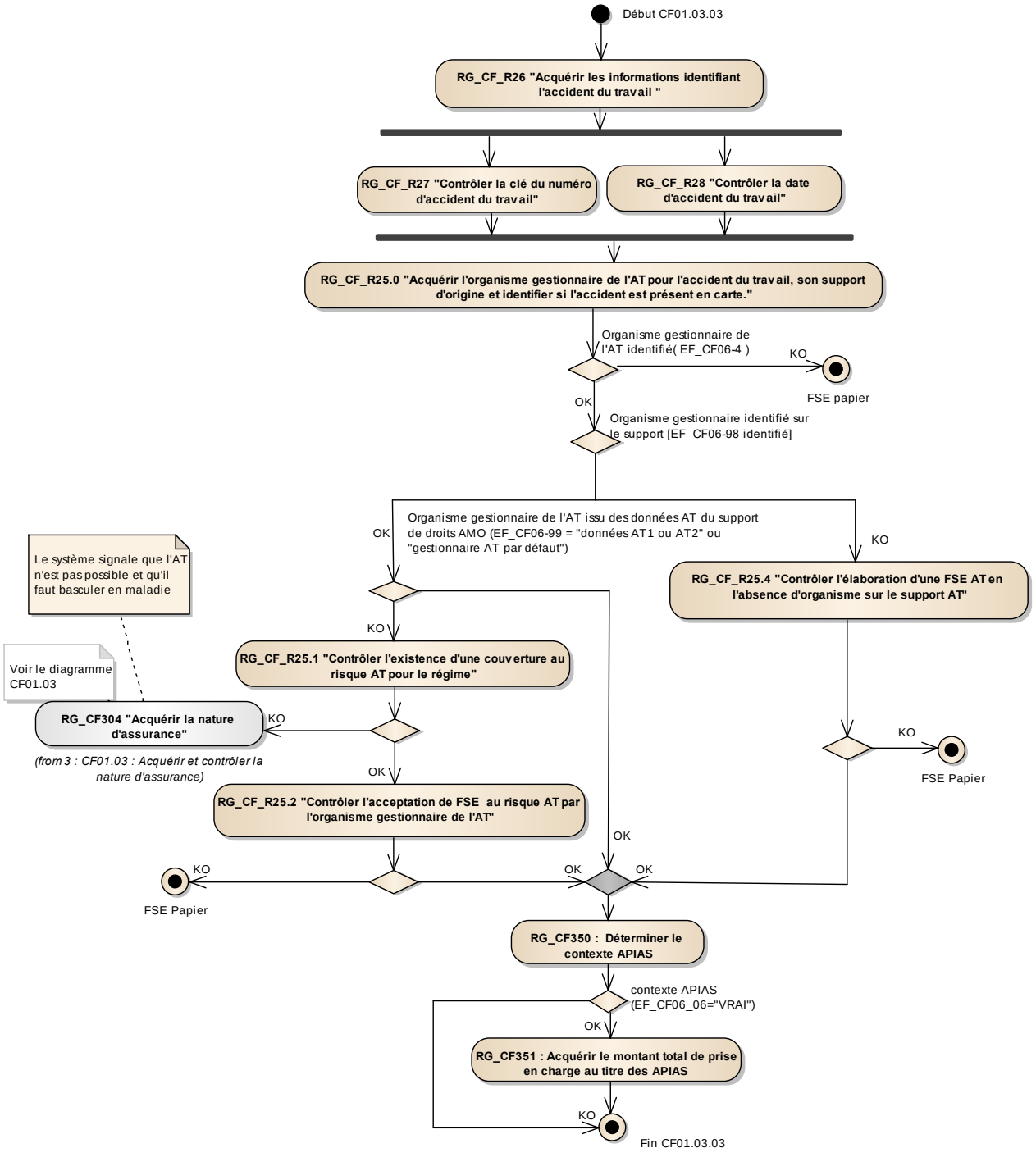


Figure 8 : [SC_CF01.03.03] Enchaînement de CF01.03.03 : "Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance AT"

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

[RG_CF_R26] Acquérir les informations identifiant l'accident du travail (EF_CF06_01 ; EF_CF06_02 ; EF_CF06_03)	PR (M, CD, SF)	AM	LB	PH	FR	TR

Date d'accident du travail

Si les soins sont en rapport avec la nature d'assurance AT, le renseignement de la date d'Accident du Travail (EF_CF06_03) est obligatoire. Cette date est renseignée par le Professionnel de Santé à partir du FAT (Feuillet Accident de Travail).

N° de l'accident du travail

Le n° d'accident, clé incluse, (EF_CF06_01 et EF_CF06_02) est renseigné par le Professionnel de Santé s'il le connaît.

Pour le Régime Général, le Professionnel de Santé est tenu de renseigner le n° d'accident du travail, lorsque celui-ci a été attribué.

Cette information figure sur le FAT.

[RG_CF_R27] Contrôler la clé du numéro d'accident du travail (EF_CF06_02)	PR (M, CD, SF)	AM	LB	PH	FR	TR

Cette règle a pour objet de vérifier la clé du numéro accident du travail après saisie de ce numéro par le Professionnel de Santé.

Cette vérification est faite à partir de l'algorithme de calcul suivant :

- Sélectionner les 8 premiers chiffres du numéro d'accident du travail
- Numéroter les chiffres de cette sélection de la droite vers le gauche
- Multiplier par 1 les chiffres de rang pair
- Multiplier par 2 les chiffres de rang impair
- Additionner l'ensemble de ces résultats, chiffre par chiffre
- Déterminer le complément à 10 du chiffre unitaire de cette somme : il constitue la clé

La clé issue du calcul doit être égale à la clé saisie.

☞ Cette règle concerne uniquement les Accidents du Travail gérés par le régime général.

[RG_CF_R28] Contrôler la date d'accident du travail (EF_CF06_03)	PR (M, CD, SF)	AM	LB	PH	FR	TR

Si les soins sont en rapport avec la nature d'assurance « Accident du travail », la date d'accident doit être :

- antérieure ou égale à la date des soins,
- et antérieure ou égale à la date de la facture.

[RG_CF_R25.0] Acquérir l'organisme gestionnaire de l'AT (EF_CF06_04) et son origine (EF_CF06_99)	PR (M, CD, SF)	AM	LB	PH	FR	TR

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Organisme gestionnaire issu d'un support

Le professionnel de santé renseigne, le cas échéant, l'organisme gestionnaire (EF_CF06_98) à partir d'un support AT présenté par le bénéficiaire des soins.

Le terme « support AT » correspond à l'un des supports suivant :

- soit le feuillet AT mentionnant l'organisme gestionnaire de l'AT,
- soit une attestation « d'affiliation/appartenance » à un organisme gestionnaire AT,
- soit un courrier de l'organisme gestionnaire de l'AT,
- soit la déclaration de la victime.

☞ **Rappel** : la fourniture du FAT est nécessaire pour la facturation au risque AT. Les autres supports sont éventuellement fournis en complément par le bénéficiaire des soins au professionnel de santé.

Organisme gestionnaire AT issu du support de droits AMO

L'organisme gestionnaire issu du support de droits AMO (EF_CF06_97) correspond :

- en priorité à l'organisme gestionnaire associé à l'accident du travail identifié par la date d'accident ou le n° d'accident (EF_CF06_01 et EF_CF06_02) si l'accident est présent sur le support de droits AMO (EF_BS04 instance « AT déclaré inscrit » occurrence 1 ou 2),
- si l'accident n'est pas renseigné au niveau du support de droits AMO :
  - à l'organisme gestionnaire du risque AT par défaut (EF_BS04 instance « gestionnaire AT par défaut ») si cet organisme est renseigné,
  - ou sinon à l'organisme de gestion de la maladie (EF_BS04 instance « maladie ») en l'absence de données liées au risque AT.

☞ Remarque : Identification de l'accident au niveau du support de droits AMO à partir de la date AT lue sur le FAT (cf. RG_CF_R26) :
L'identifiant AT est constitué par 9 caractères renseignés comme suit : date de l'accident sous la forme AAAAMMJJ (8 caractères) **cadrée à gauche complétée par 1 caractère à droite**

Organisme gestionnaire de l'AT

L'organisme gestionnaire de l'AT est déterminé par comparaison entre celui issu du support de droits AMO (EF_CF06_97) et celui issu du support AT fourni par la victime (EF_CF06_98).

En priorité, il convient de prendre pour organisme gestionnaire de l'AT (EF_CF06_04) l'organisme gestionnaire figurant sur le support AT (EF_CF06_98).

Si l'organisme gestionnaire issu du support AT (EF_CF06_98) n'est pas identifié, il convient de prendre pour organisme gestionnaire de l'AT (EF_CF06_04).celui issu du support de droits AMO (EF_CF06_97).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Origine de l'organisme gestionnaire de l'AT

L'origine de l'organisme gestionnaire de l'AT (EF_CF06_99) correspond au support d'où est issu cet organisme. Il s'agit :

- soit du « support de droits AMO : données AT1 ou AT2 » : l'organisme gestionnaire de l'AT correspond à un AT issu du support de droits AMO (AT1 ou AT2) (EF_BS04 instance « AT déclaré inscrit en carte» 1ère et 2ème occurrence)
- soit du « support de droits AMO : données gestionnaire AT par défaut » : pas d'AT issu du support de droits AMO mais l'organisme gestionnaire de l'AT correspond au gestionnaire AT par défaut issu du support de droits AMO (EF_BS04 instance « gestionnaire AT par défaut »)
- soit du « support de droits AMO : données maladie » : pas d'AT issu du support de droits AMO, pas de gestionnaire AT par défaut, l'organisme gestionnaire correspond au gestionnaire du risque maladie (EF_BS04 instance « maladie »),
- soit du feuillet AT mentionnant l'organisme gestionnaire de l'AT,
- soit d'une attestation « d'affiliation/appartenance » à un organisme gestionnaire AT,
- soit d'un courrier de l'organisme gestionnaire de l'AT,
- soit la déclaration de la victime.

Si l'organisme gestionnaire issu du support de droits AMO (EF_CF06_97) et celui issu du support AT (EF_CF06_98) sont identiques, on retient prioritairement le support de droits AMO comme origine de l'organisme gestionnaire AT (EF_CF06_99 = « Support de droits AMO : données AT1 ou AT2 » ou « Support de droits AMO : données gestionnaire AT par défaut » ou « Support de droits AMO : données maladie »)

Référence réglementaire :

- Art. L441-5 du Code de la Sécurité Sociale

[CP1] Absence de support de droits AMO

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En l'absence d'appel au service ADRi et de carte Vitale, l'organisme gestionnaire de l'AT est identifié à partir du support AT.

Cas d'erreur

[CE1] Organisme gestionnaire de l'AT non identifié

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En l'absence du support de droits AMO (absence de réponse ADRi et de carte Vitale, et si l'organisme gestionnaire de l'AT (EF_CF06_04) n'a pu être identifié à partir du support AT, le Professionnel de Santé ne peut effectuer de feuille de soins électronique. Il établit une feuille de soins papier.

[RG_CF_R25.1] Contrôler l'existence d'une couverture au risque AT pour le régime

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce contrôle a pour objet de vérifier que l'assuré est couvert pour le risque AT par l'organisme gestionnaire de l'AT (EF_CF06_04).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Ce contrôle n'est pas nécessaire dès lors que l'organisme gestionnaire de l'AT (EF_CF06_04) est issu des données AT du support de droits AMO, i.e. l'origine de l'organisme gestionnaire AT (EF_CF06_99) correspond à l'une des valeurs suivantes :

- « Support de droits AMO : données AT1 ou AT2 »
- « Support de droits AMO : données gestionnaire AT par défaut »

Tables utilisées

- Table 11.1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T11.1)

☞ Un régime peut couvrir ses assurés pour le risque AT sans pour autant gérer ce risque. Exemple : les assurés affiliés au régime CRPCEN sont couverts pour le risque AT, mais la gestion de ce risque AT est effectuée par le Régime Général. Dans ce cas l'organisme gestionnaire de l'AT est le régime Général alors que l'organisme d'affiliation du bénéficiaire est le régime CRPCEN.

Cas d'erreur

[CE1] Nature d'assurance maladie

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas d'erreur, i.e. si l'organisme gestionnaire de l'AT (EF_CF06_04) relève d'un régime ne gérant pas le risque AT, alors le Professionnel de Santé ne peut effectuer de feuille de soins électronique au risque AT.

La feuille de soins électronique peut alors être réalisée en nature d'assurance maladie.

Tables utilisées

- Table 11.1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T11.1)

[RG_CF_R25.2] Contrôler l'acceptation de FSE au risque AT par l'organisme gestionnaire de l'AT

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce contrôle a pour objet de vérifier si l'organisme gestionnaire de l'AT (EF_CF06_04) accepte de recevoir des FSE au risque AT.

Ce contrôle dépend du code gestion assurance maladie de l'assuré (EF_BS03_03).

Ce contrôle n'est pas nécessaire dès lors que l'organisme gestionnaire de l'AT (EF_CF06_04) est issu des données AT du support de droits AMO, i.e. l'origine de l'organisme gestionnaire AT (EF_CF06_99) correspond à l'une des valeurs suivantes :

- « Support de droits AMO : données AT1 ou AT2 »
- « Support de droits AMO : données gestionnaire AT par défaut »

Tables utilisées

- Table 11.2 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T11.2)

Cas Particuliers

[CP1] Assuré affilié à l'ENIM (06)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si les soins sont en rapport avec la nature d'assurance « Accident du travail' et si l'accident n'est pas pris en charge par l'armateur alors le PS établit une FSE. Dans le cas contraire, il établit une feuille de soins papier.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

Cas d'erreur

[CE1] Feuille de soins papier

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas d'erreur, i.e. si l'organisme gestionnaire de l'AT (EF_CF06_04) n'accepte pas de feuille de soins électronique, alors le Professionnel de Santé effectue une feuille de soins papier au risque Accident du Travail.

Tables utilisées

- Table 11.2 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T11.2)

[RG_CF_R25.4] Contrôler l'élaboration d'une FSE AT en l'absence d'organisme sur le support AT

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si l'organisme gestionnaire n'est pas identifié sur le support AT (EF_CF06_98 non renseigné), une FSE est élaborée uniquement dans les conditions suivantes :

- soit l'origine de l'organisme gestionnaire de l'AT (EF_CF06_99) est. :
  - soit « Support de droits AMO : données AT1 ou AT2 »
  - soit « Support de droits AMO : données gestionnaire AT par défaut »
- soit l'origine de l'organisme gestionnaire de l'AT (EF_CF06_99) est « Support de droits AMO : données maladie » et le régime du bénéficiaire accepte de recevoir des FSE AT adressées à l'organisme maladie issu du support de droits AMO (EF_A2_T11.3). Cette acceptation dépend du code gestion assurance maladie de l'assuré (EF_BS03_03).

Tables utilisées

- Table 11.1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T11.1)
- Table 11.3 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T11.3)

[CE1] Feuille de soins papier

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas d'erreur, i.e. si l'organisme gestionnaire n'est pas identifié sur le support AT (EF_CF06_98 non renseigné) et que l'origine de l'organisme gestionnaire de l'AT(EF_CF06_99) est :

- « Support de droits AMO : données risque maladie »,

et que le régime du bénéficiaire n'accepte pas de recevoir des FSE AT adressées à l'organisme maladie (EF_A2_T11.3)

alors le Professionnel de Santé ne peut effectuer de feuille de soins électronique.

Il établit une feuille de soins papier au risque AT ou maladie selon que l'assuré est couvert pour le risque AT (EF_A2_T11.1).

Tables utilisées

- Table 11.1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T11.1)
- Table 11.3 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T11.3)

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_CF350] Déterminer le contexte APIAS (EF_CF06_06)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Par défaut le contexte APIAS est « FAUX » : il est positionné à « VRAI » automatiquement par le LPS si la nature d'assurance est « Accident du Travail » (EF_CF02_02 = « AT ») et si l'organisme gestionnaire de l'AT correspond au régime CNMSS (caractères 1 et 2 de EF_CF06_04= 08).

[RG_CF351] Acquérir le montant total de prise en charge au titre des APIAS (EF_CF06_07)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le montant total de prise en charge au titre des APIAS (EF_CF06_07) est renseigné par le Professionnel de Santé (dans le cas d'un échange formel avec la CNMSS ou non).

☞ Hors contexte APIAS (EF_CF06_06=« FAUX »), ce montant est non renseigné.

3.2.3.4 CF01.03.04 : Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance Prévention

Vue générale

Nom ***CF01.03.04 Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance Prévention***

Description Ce risque n'est pas géré dans le périmètre des présentes SFG.

Cette tâche est mentionnée uniquement à titre d'information

Entrées Aucune

Sorties Nature d'assurance Prévention **EF_CF07**

Situations spécifiques Aucune

Règles de gestion

[Pas de gestion de ce risque dans le Système de Facturation SESAM-Vitale]

3.2.3.5 CF01.03.05 : Déterminer l'organisme gestionnaire pour la facture

Vue générale

Nom ***CF01.03.05 Déterminer l'organisme gestionnaire pour la facture***

Description L'organisme gestionnaire du bénéficiaire des soins est représenté par les trois informations : code régime, code caisse gestionnaire et code centre gestionnaire.

Selon la nature d'assurance sélectionnée, l'organisme gestionnaire pour la facture diffère.

Entrées Code régime **EF_BS04_01**

Code caisse gestionnaire **EF_BS04_02**

Code centre gestionnaire **EF_BS04_03**

Code nature d'assurance **EF_CF02_02**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

	Organisme gestionnaire de l'AT	**EF_CF06_04**
	Code régime SMG	**EF_CF11_03**
	Code caisse gestionnaire SMG	**EF_CF11_04**
	Code centre gestionnaire SMG	**EF_CF11_05**
Sorties	Code régime pour la facture	**EF_CF12_01**
	Code caisse gestionnaire pour la facture	**EF_CF12_02**
	Code centre gestionnaire pour la facture	**EF_CF12_03**
Situations spécifiques	Aucune	

Règles de gestion

[RG_CF310] Déterminer le code régime, le code caisse gestionnaire et le code centre gestionnaire pour la facture (EF_CF12_01, EF_CF12_02, EF_CF12_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Maladie ou Maternité

En cas de nature d'assurance maladie ou maternité *(EF_CF02_02 = maladie ou EF_CF02_02 = maternité),* les informations :

- Code régime pour la facture,
- Code caisse gestionnaire pour la facture,
- Code centre gestionnaire pour la facture,

sont renseignées à partir des données lues en carte comme suit :

Organisme gestionnaire du bénéficiaire pour la facture		**Donnée à utiliser**	
Code régime pour la facture	EF_CF12_01	Code régime	EF_BS04_01
Code caisse gestionnaire pour la facture	EF_CF12_02	Code caisse gestionnaire	EF_BS04_02
Code centre gestionnaire pour la facture	EF_CF12_03	Code centre gestionnaire	EF_BS04_03

AT

En cas de nature d'assurance AT *(EF_CF02_02 = AT)* ces informations sont renseignées à partir de l'organisme gestionnaire de l'AT *(EF_CF06_04)* comme suit :

Organisme gestionnaire du bénéficiaire pour la facture		***Donnée à utiliser*** : organisme gestionnaire de l'AT (EF_CF06_04)
Code régime pour la facture	EF_CF12_01	caractères 1 et 2
Code caisse gestionnaire pour la facture	EF_CF12_02	caractères 3 à 5

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Code centre gestionnaire pour la facture	EF_CF12_03	caractères 6 à 9

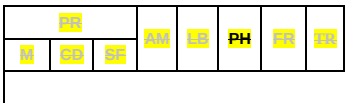
SMG

En cas de nature d'assurance SMG *(EF_CF02_02 = SMG) :*

- Le code régime pour la facture (EF_CF12_01) est renseigné à partir du code régime SMG (EF_CF11_03)
- Le code caisse gestionnaire pour la facture (EF_CF12_02) est renseigné à partir du code caisse gestionnaire SMG (EF_CF11_04)
- Le code centre gestionnaire pour la facture (EF_CF12_03) est renseigné à partir du code centre gestionnaire SMG (EF_CF11_05)

Cas particuliers

~~***[CP1] Délivrance d'un contraceptif d'urgence à la mineure***~~

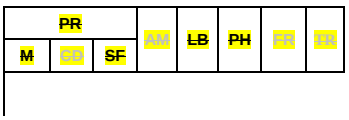


~~Dans le cas de la délivrance du contraceptif d'urgence à la une mineure acceptant l'anonymisation de la facture (EF_IP01_04 = « OUI » « contraceptif d'urgence ») ET EF_IP01_08 = « Anonymisation de la facture contraception d'urgence »), la FSE sera transmise directement à la CPAM (régime 01) de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie. :~~

~~Organisme gestionnaire du bénéficiaire pour la facture~~		~~Donnée à utiliser~~	
~~Code régime pour la facture~~	~~EF_CF12_01~~	~~Valeur « 01 »~~	~~EF_PS04_04~~
~~Code caisse gestionnaire pour la facture~~	~~EF_CF12_02~~	~~Code caisse de rattachement~~	
~~Code centre gestionnaire pour la facture~~	~~EF_CF12_03~~	~~Non précisé dans le CDC~~	

~~Il en est de même dans le cas de la délivrance d'un contraceptif autre que le contraceptif d'urgence si la mineure demande à bénéficier de la confidentialité (EF_IP01_04 = « contraceptif hors urgence avec confidentialité »).~~

~~***[CP2] Anonymisation des examens ou délivrance de produits de santé en lien avec la santé sexuelle pour contraception des mineures***~~



~~Si la patiente, ou le patient a demandé à bénéficier de ne s'est pas opposé à la confidentialité pour ses examens médicaux, ou de biologie médicale relatifs à la contraception, ou pour la délivrance de produits de santé en lien avec la santé sexuelle (y compris la délivrance de préservatifs pris en charge par l'Assurance Maladie) (EF_IP01_05 = « Anonymisation des examens santé sexuelle pour contraception des mineures »), la FSE sera transmise directement à la CPAM (régime 01) de rattachement du Professionnel de Santé ou à la CPAM (régime 01) de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie pour les produits de santé :~~

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Organisme gestionnaire du bénéficiaire pour la facture		Donnée à utiliser	
Code régime pour la facture	EF_CF12_01	Valeur « 01 »	EF_PS04_04
Code caisse gestionnaire pour la facture	EF_CF12_02	Code caisse de rattachement	
Code centre gestionnaire pour la facture	EF_CF12_03	Non précisé dans le CDC	

[CP3] Anonymisation de la facture d'IVG

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas de la facturation d'actes relatifs à l'IVG (EF_IP05_03 = IVG), si le PS a choisi l'anonymisation de la facture, (EF_IP01_06 = « OUI »), la FSE sera transmise directement à la CPAM (régime 01) de rattachement du Professionnel de Santé :

Organisme gestionnaire du bénéficiaire pour la facture		Donnée à utiliser	
Code régime pour la facture	EF_CF12_01	Valeur « 01 »	EF_PS04_04
Code caisse gestionnaire pour la facture	EF_CF12_02	Code caisse de rattachement	
Code centre gestionnaire pour la facture	EF_CF12_03	Non précisé dans le CDC	

Situations spécifiques

[SP10] Facture anonymisée

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas d'une facture anonymisée (EF_IP01_10 = « oui ») l'organisme gestionnaire du bénéficiaire pour la facture est renseigné comme suit :

Organisme gestionnaire du bénéficiaire pour la facture		Donnée à utiliser	
Code régime pour la facture	EF_CF12_01	Valeur « 01 »	EF_PS04_04
Code caisse gestionnaire pour la facture	EF_CF12_02	Code caisse de rattachement	
Code centre gestionnaire pour la facture	EF_CF12_03	Non précisé dans le CDC	

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_CF407] Contrôler le code régime, le code caisse gestionnaire et le code centre gestionnaire pour la facture par rapport à la nature d'assurance (EF_CF02_02)

Dans le cas où :

- le code régime pour la facture (EF_CF12_01) est égal au code régime SMG (EF_CF11_03)

et que

- le code caisse gestionnaire pour la facture (EF_CF12_02) est égal au code caisse gestionnaire SMG (EF_CF11_04)

et que

- le code centre gestionnaire pour la facture (EF_CF12_03) est égal au code centre gestionnaire SMG (EF_CF11_05)

le code nature d'assurance (EF_CF02_02) correspond nécessairement à « SMG ».

Cas d'erreur

[CE1] Organisme gestionnaire incompatible avec la nature d'assurance

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas d'erreur, le système de facturation informe le Professionnel de Santé et interdit la réalisation d'une telle facture.

3.2.3.6 CF01.03.06 : Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance SMG

Vue générale

Nom ***CF01.03.06 Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance SMG***

Description Selon la nature d'assurance sélectionnée, les données à acquérir pour le contexte commun de prise en charge AMO diffèrent.

Cette tâche consiste à acquérir et déterminer les données du contexte commun de prise en charge AMO en nature d'assurance Soins Médicaux Gratuits (SMG).

L'ouverture des droits SMG n'est pas contrôlée par le système de facturation. Ils sont induits par le choix du Professionnel de Santé de la nature d'assurance SMG

Entrées	Code famille du Professionnel de Santé	**EF_PS04_09**
	Montant total de la facture	**EF_IP01_03**
	Code prestation	**EF_IP04_01**
Sorties	Nature d'assurance SMG	**EF_CF11**
Situations spécifiques	Aucune	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

[RG_CF403] Acquérir l'organisme gestionnaire SMG (EF_CF11_03, EF_CF11_04, EF_CF11_05)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Code régime

Le code régime SMG (EF_CF11_03) correspond au numéro « **08** »

Code caisse

Le code caisse gestionnaire SMG (EF_CF11_04) correspond au numéro « **835** »

Code centre

Le code centre gestionnaire SMG (EF_CF11_05) correspond au numéro « **0300** »

☞ **Remarque** : A partir du moment où le Professionnel de Santé choisit le contexte de facturation SMG, la facture est transmise à la CNMSS chargée de la gestion des flux SMG.

[RG_CF404] Acquérir le montant total pris en charge au titre des SMG (EF_CF11_06)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le montant total de prise en charge au titre des SMG (EF_CF11_06) est renseigné par le Professionnel de Santé à partir de l'accord de prise en charge SMG.

☞ En l'absence d'accord de prise en charge SMG, ce montant est non renseigné.

Cas particuliers

[CP1] Auxiliaires Médicaux

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas particulier où le Professionnel de Santé appartient à la famille « Auxiliaires Médicaux » (EF_PS04_09) il est recommandé au système de facturation d'informer le Professionnel de Santé au moment de la saisie du montant total de prise en charge SMG qu'en cas d'actes en série, la facture doit comporter l'ensemble des soins de la série sur laquelle porte l'accord de prise en charge SMG »

[RG_CF405] Déterminer le montant total effectif pris en charge au titre des SMG (EF_CF11_07)

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 (EF_CF11_07) est égal au **MINIMUM** entre le Montant total pris en Charge au titre des SMG (EF_CF11_06) et le Montant total de la facture i.e. la somme des montants PS des honoraires de chaque prestation saisies par le Professionnel de Santé (EF_IP04_06) et des bases de remboursement (EF_VF05_02) des prestations d'honoraire de dispensation générées par le système.

☞ En l'absence d'accord de prise en charge SMG, ce montant est non renseigné.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_CF406] Déterminer le top prise en charge SMG pour SGS uniquement (EF_CF11_08)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas d'une facture en nature d'assurance SMG, le « top prise en charge SMG de SGS uniquement » (EF_CF11_08) est positionné à VRAI dans le cas où toutes les prestations saisies par le Professionnel de Santé sont des prestations sanitaires non identifiées par l'Assurance Maladie, i.e. des prestations de code prestation (EF_IP04_01) « **SGS** ».

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.2.4 CF01.04 : Acquérir et contrôler les données liées au parcours de soins

Vue générale

Nom	***CF01.04 Acquérir et contrôler les données liées au parcours de soins***	
Description	Cette tâche a pour objet de déterminer l'ensemble des données de contexte commun AMO en rapport avec le parcours coordonné de soins.	
Entrées	Spécialité du professionnel de santé	**EF_PS03_14**
	Age du bénéficiaire à la date de référence AMO	**EF_CF12_04**
	Table 15.1 de l'annexe 2bis	**EF_A2_T15.1**
	Table 15.2 de l'annexe 2bis	**EF_A2_T15.2**
	Table 15.4 de l'annexe 2bis	**EF_A2_T15.4**
	Table 16.1 de l'annexe 2bis	**EF_A2_T16.1**
	Table 16.2 de l'annexe 2bis	**EF_A2_T16.2**
	Table 18 de l'annexe 2bis	**EF_A2_T18**
Sorties	Contexte facture parcours de soins	**EF_CF13**
Situations spécifiques	Bénéficiaire de l'AME	**SP06**
	Migrant de passage	**SP08.1**
	Forçage	**SP11**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

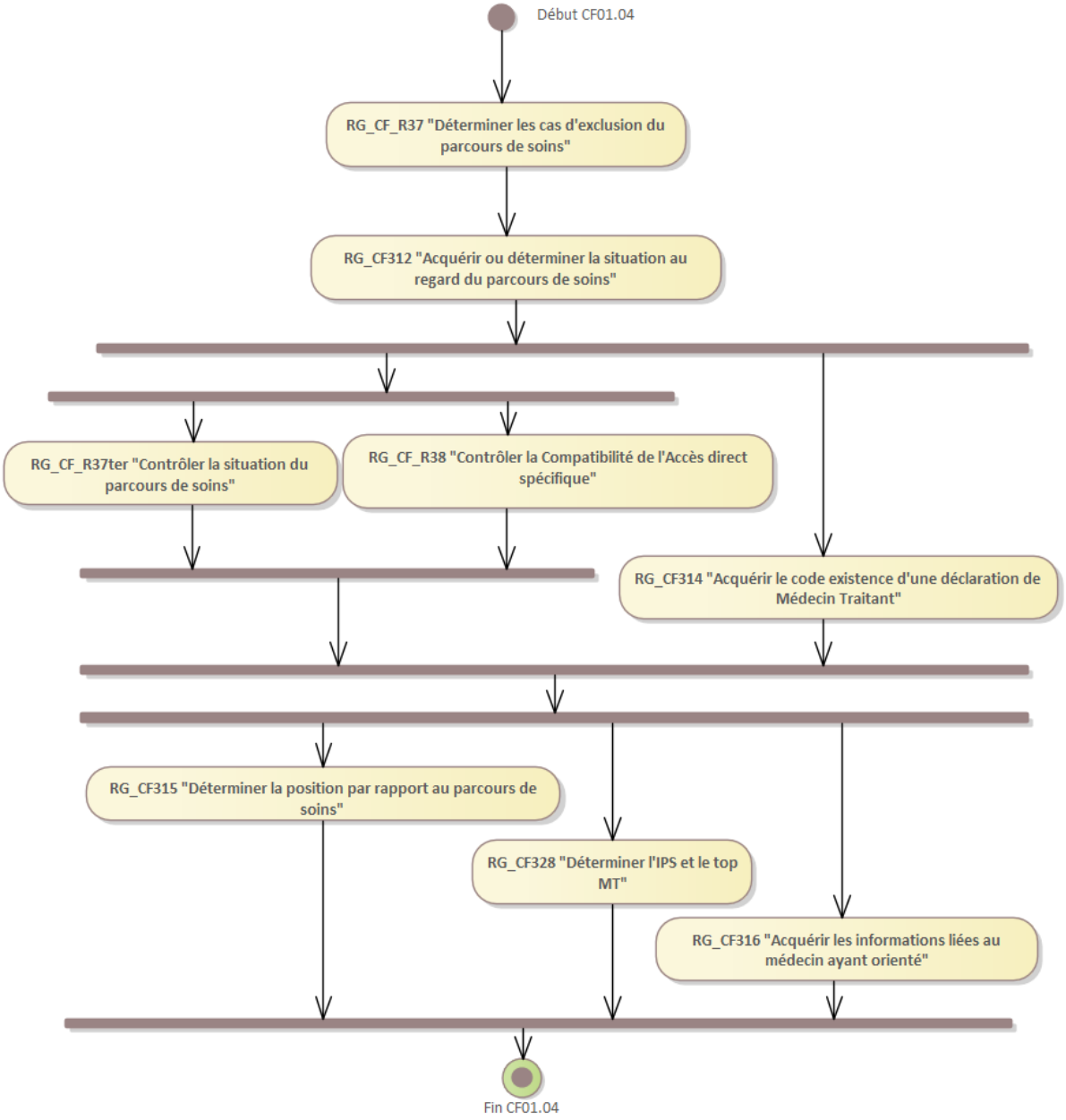


Figure **9** : **[SC_CF01.04]** Enchaînement de CF01.04 : "Acquérir et contrôler les données liées au parcours de soins "

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Préambule

PARCOURS DE SOINS – DISPOSITIF MEDECIN TRAITANT

Principe

Désignation du médecin traitant

Tous les bénéficiaires d'une couverture maladie sont invités, à partir de 16 ans, à choisir un médecin traitant qui leur permet de s'inscrire dans un parcours de soins coordonnés.

Modalités

Le dispositif médecin traitant et la gestion du parcours coordonné de soins comprennent:

- la désignation par le bénéficiaire de soins de son médecin traitant,
- le respect par le bénéficiaire de soins du parcours de soins sous peine de pénalité de remboursement,
- la possibilité pour le médecin de facturer de nouvelles majorations,
- la possibilité pour le médecin de facturer de nouveaux dépassements.

Déclaration médecin traitant

Pour respecter le parcours coordonné de soins et ainsi conserver le même niveau de remboursement par leur régime obligatoire, les bénéficiaires de 16 ans et plus sont tenus de désigner un médecin traitant à leur caisse d'assurance maladie. Ils peuvent en changer à n'importe quel moment et désigner ainsi un «nouveau médecin traitant».

Le médecin traitant est choisi sans limitation de durée. Il assure le premier niveau de recours aux soins, et si nécessaire oriente son bénéficiaire de soins vers un autre médecin, dit « médecin correspondant ».

Par ailleurs la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 laisse la possibilité aux parents de désigner un médecin traitant pour leurs enfants, néanmoins cette déclaration pour les enfants de moins de 16 ans n'est pas obligatoire et ils restent non concernés par le Parcours de Soins.

Un bénéficiaire en ALD est tenu, comme tout bénéficiaire de l'Assurance Maladie, de déclarer un médecin traitant.

Respect du parcours

Lorsque le bénéficiaire consulte son médecin traitant, et lorsqu'il est adressé par ce dernier vers un médecin correspondant (qui peut à son tour l'adresser à un autre médecin), il est dit « dans le parcours coordonné de soins ».

Dans le cas contraire, il est dit « hors parcours coordonné de soins ». Sauf exception, son remboursement par le régime obligatoire est alors réduit.

Définition du Médecin Traitant

Sauf mention contraire, le terme **Médecin Traitant** regroupe les notions de :

- médecin traitant déclaré,
- nouveau médecin traitant.

ainsi que les situations de remplacement de ces médecins telles que définies pour le Professionnel de Santé Remplaçant.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Médecin traitant de substitution

Le bénéficiaire peut consulter un autre médecin, en cas d'indisponibilité de son médecin traitant. Ce dernier agit alors en qualité de médecin traitant. Il est appelé « médecin traitant de substitution ».

PS concernés

Le dispositif Médecin traitant concerne uniquement les médecins.

Le médecin traitant est soit un généraliste, soit un spécialiste.

Les médecins des centres de santé s'inscrivent dans le dispositif du parcours coordonné de soins.

PS non concernés

Les professionnels de santé non médecin ne sont pas concernés par le parcours coordonné de soins. Dans le cadre du système de facturation SESAM-Vitale, il s'agit des familles pharmaciens, laboratoires, auxiliaires médicaux, fournisseurs et des catégories chirurgiens dentistes et sages-femmes.

Cependant, les pharmaciens et les laboratoires, peuvent renseigner dans la facture des informations en lien avec le parcours coordonné de soins.

Cas non concernés par le parcours de soins

Sont non concernés par le parcours coordonné de soins :

- les cas d'Urgence ⑦
- les **cas d'exclusion** décrits ci-dessous :
  - A partir du 1er juillet 2005 plusieurs cas d'exclusion du parcours coordonné de soins sont prévus en lien avec
    - Soit la spécialité du PS. *(cf. PS non concernés ci-dessus)*
    - soit les caractéristiques du bénéficiaire,
    - soit le contexte de facturation (nature d'assurance et/ou régime gestionnaire),
    - soit la nature des soins.

  Ces différents cas sont décrits dans les règles RG_CF_R37 et RG_CF333.

Cas concernés par le parcours de soins

Le schéma ci-après décrit le contexte général du dispositif du médecin traitant pour les bénéficiaires de soins concernés par cette mesure.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

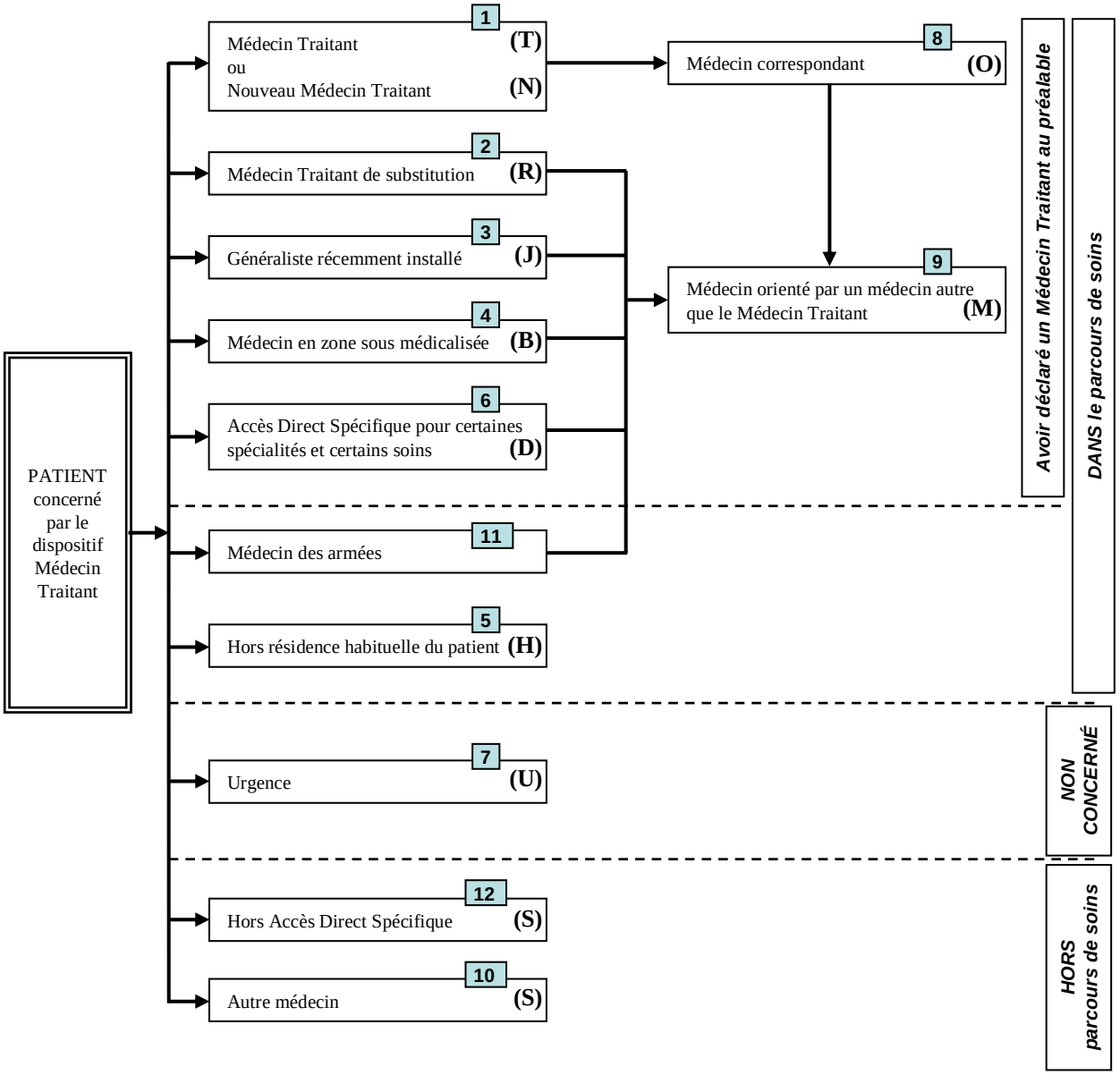


Tableau 1 : Schéma de présentation du Contexte général du dispositif « Médecin Traitant »

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Pour respecter le parcours coordonné de soins, le bénéficiaire de soins est tenu de consulter son médecin traitant avant de s'adresser à un autre médecin, dit médecin correspondant. ⑧

Le bénéficiaire est dispensé d'orientation par son médecin traitant dans les cas suivants :

- Médecin traitant de substitution, ②
- Généraliste récemment installé pour la première fois en libéral, ③
- Médecin nouvellement installé en zone sous médicalisée, ④
- Accès direct spécifique

Pour certaines spécialités l'accès direct spécifique est prévu soit pour certains actes uniquement soit en fonction de l'âge du bénéficiaire de soins à la date de référence AMO (EF_CF12_04). ⑥

En conséquence le Professionnel de Santé doit indiquer s'il s'agit de soins relevant de l'accès direct ou non. Pour cela il sélectionne soit le contexte « Accès Direct Spécifique », soit le contexte « Hors Accès Direct spécifique ». Dans ce dernier cas le bénéficiaire est hors parcours de soins. (12)

- Hors résidence habituelle du bénéficiaire de soins ⑤
- Médecin du service des armées (11)

☞ Remarque : le médecin du service des armées agit en tant que salarié et ne facture pas la consultation (cas hors SESAM-Vitale).

Le bénéficiaire peut être orienté vers un autre médecin ⑨ par :

- le Médecin traitant de substitution, ②
- le Médecin du service des armées, (11)
- le Généraliste récemment installé pour la première fois en libéral, ③
- le Médecin nouvellement installé en zone sous médicalisée, ④
- Accès direct spécifique ⑥
- le médecin correspondant ⑧

Dans les autres cas, (hormis s'il est non concerné par le parcours coordonné de soins), le bénéficiaire de soins est considéré hors parcours de soins. ⑩

Protocole ALD

Pour un bénéficiaire en ALD, les règles communes du parcours coordonné de soins s'appliquent que les soins soient prévus au protocole de soins ALD ou pas.

Les bénéficiaires de ce protocole sont concernés par les dispositions liées au parcours de soins mais dispensés d'orientation explicite dès lors que les soins sont conformes au protocole.

Pénalités de remboursement

Dans le cas général, la facturation et le remboursement des soins seront différents suivant que le parcours coordonné de soins est respecté ou non.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Définitions

Situation au regard du parcours de soins

La situation au regard du parcours de soins correspond à l'une des valeurs listées dans le tableau ci-après.

Dans certains cas cette information est renseignée automatiquement par le progiciel (en fonction de données relatives au Professionnel de Santé, au bénéficiaire des soins et à la prestation). Si elle ne l'est pas, c'est au Professionnel de Santé de la renseigner.

Le tableau ci-dessus précise pour chaque situation comment elle est renseignée.

Situation au regard du parcours de soins	*Renseignée par*	
	PS	*Progiciel*
• Exclusion du parcours de soins		X
• Urgence	X	X
• Médecin Traitant	X	
• Nouveau Médecin Traitant	X	
• Médecin traitant de substitution (**)	X	
• Généraliste récemment installé		X
• Médecin installé en zone sous médicalisée		X
• Hors résidence habituelle du patient	X	
• Accès direct spécifique	X	
• Hors Accès Direct Spécifique	X	
• Médecin orienté par le MT	X	
• Médecin orienté par un médecin autre que le MT	X	
• Non respect du parcours *(PS non Médecin Traitant, non orienté,…)*	X	

Existence de la déclaration d'un Médecin traitant

Cette information sert à préciser si le bénéficiaire des soins a déclaré ou non un médecin traitant auprès de l'assurance maladie.

Cette information est renseignée par le Professionnel de Santé.

Pour certaines situations au regard du parcours de soins, il n'est pas nécessaire de préciser cette information : par exemple en cas d'exclusion du parcours de soins.

Position par rapport au parcours de soins

La position par rapport au parcours de soins correspond à l'une des trois valeurs suivantes :

- **Non concerné** par le parcours de soins,

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- **DANS** le parcours de soins
- **HORS** parcours de soins ou

Cette information résulte d'une combinaison entre la situation au regard du parcours de soins et l'existence de la déclaration d'un médecin traitant.

Contexte du parcours de soins

Le contexte du parcours de soins correspond aux deux informations couplées suivantes :

- « situation au regard du parcours de soins »,
- « existence de la déclaration d'un médecin traitant ».

Le Professionnel de Santé est tenu d'indiquer le contexte du parcours de soins, à savoir la situation de la facture par rapport au parcours coordonné de soins et, le cas échéant, l'existence d'un Médecin traitant déclaré par le bénéficiaire de soins. Cette indication est nécessaire en l'absence d'exclusion du parcours de soins, sauf cas d'urgence.

Règles de gestion

[RG_CF_R37] Déterminer les cas d'exclusion du parcours de soins

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle s'applique à compter du **01/07/2005**.

Cette règle a pour objet de déterminer les cas d'exclusion liés :

- soit à la situation du bénéficiaire (cf. table 15.2 de l'annexe 2bis : EF_A2_T15.2)
- soit à la spécialité du PS, (cf. table 15.1 de l'annexe 2bis : EF_A2_T15.1)
- soit à la nature d'assurance (cf. table 15.4 de l'annexe 2bis : EF_A2_T15.4)

Les cas d'exclusion liés à la nature des soins sont identifiés ultérieurement une fois l'ensemble des données de contexte prestation (opération CF02 « d'acquisition du contexte prestation de prise en charge AMO ») acquis pour chaque prestation de la facture.

Dans le cas où la situation du bénéficiaire, la spécialité du PS ou la nature d'assurance entraîne exclusion du parcours de soins, le top « exclusion du parcours de soins » prend la valeur VRAI.***Tables utilisées***

- Table 15.1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T15.1)
- Table 15.2 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T15.2)
- Table 15.4 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T15.4)

Références réglementaires

- Réforme d'Assurance Maladie : loi du 13-08-04

Cette règle présente des spécificités pour les situations spécifiques suivantes :

[SP11] Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

Situations spécifiques

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[SP06] Déterminer les cas d'exclusion du parcours de soins en AME

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les personnes bénéficiant de l'AME ne sont pas concernées par le dispositif médecin traitant et le parcours coordonné de soins.

Tables utilisées

- Table 15.2 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T15.2)

[SP08.1] Déterminer les cas d'exclusion du parcours de soins pour les migrants de passage

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le bénéficiaire des soins est un migrant de passage il est exclus de fait du parcours de soins.

[RG_CF312] Acquérir ou déterminer la situation au regard du parcours de soins (EF_CF13_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas d'exclusion de la facture du parcours de soins, la situation au regard du parcours de soins prend la valeur « exclusion du parcours de soins ».

Dans le cas contraire, la situation de la facture au regard du parcours de soins est renseignée par le Professionnel de Santé. Cette information correspond aux différents cas de figure suivants :

Facture élaborée :

- par le médecin traitant déclaré, (lorsque c'est le médecin traitant qui établit la facture)
- par le nouveau médecin traitant,
- en accès direct spécifique,
- en urgence,
- hors résidence habituelle du bénéficiaire de soins,
- par un généraliste récemment installé en exercice libéral,

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

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

  📖 RH-INTEG-DSF-020 V03.16 6.1.1.1.11. Données nécessaires au poste de travail non contenues en carte

  📖 Annexes 1-A v1.40-03.20 v12.05 **2.1.2.3. Date de première installation en exercice libéral**

  De plus, le système peut déterminer ce cas de figure en fonction de la date d'installation (EF_PS04_01) et le proposer au Professionnel de Santé.

- par un médecin installé en zone sous médicalisée,

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

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

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- par un médecin traitant de substitution remplacé (médecin traitant de substitution remplacé),
- par un médecin correspondant (cas d'orientation par le médecin traitant),
- par un médecin pour un bénéficiaire orienté (par un autre médecin que le médecin traitant),
- en hors accès direct spécifique,
- hors parcours de soins,

[RG_CF_R37ter] Contrôler la situation du parcours de soins (EF_CF13_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Certains contextes du parcours de soins ne sont possibles que pour certaines spécialités de Professionnel de Santé et pendant une durée limitée.

Cette règle a pour objet de vérifier, à la date des soins, la validité du contexte saisi par le Professionnel de Santé:

- « généraliste récemment installé » par rapport à la date de première installation en exercice libéral du Professionnel de Santé
- « médecin installé en zone sous médicalisée » par rapport à la date d'installation en zone sous médicalisée.

Tables utilisées

- Table 18 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T18)

Références Réglementaires

- Réforme d'Assurance Maladie : loi du 13-08-04

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

Cas d'erreur

[CE1] situation sélectionnée interdite

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La situation du parcours de soins est « hors parcours ».

[RG_CF_R38] Contrôler la Compatibilité de l'« Accès direct spécifique »

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Lorsque la situation de la facture au regard du parcours de soins (EF_CF13_02) est renseignée à l'une des deux valeurs « Accès direct spécifique « ou « hors accès direct spécifique », il convient de vérifier la compatibilité de cette valeur avec d'une part la spécialité du professionnel de santé (EF_PS03_14 et d'autre part avec l'âge du bénéficiaire à la date de référence AMO (EF_CF12_04).Les notions d'âge définies dans les tables utilisées s'entendent du premier jour de l'âge min à la veille de la date anniversaire de l'âge max.

☞ Pour certaines spécialités, la saisie de la situation « accès direct spécifique » ou « hors accès direct spécifique » est fonction de la nature des soins et relève dans ce cas de la responsabilité du Professionnel de Santé.

Tables utilisées

- Table 16.1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T16.1)

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- Table 16.2 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T16.2)

Références Réglementaires

- Réforme d'Assurance Maladie : loi du 13-08-04

[SP11] Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

Cas d'erreur

[CE1] Accès direct interdit

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La situation du parcours de soins est « hors parcours ».

[RG_CF314] Acquérir le code existence d'une déclaration de Médecin Traitant (EF_CF13_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le code Existence d'une déclaration de médecin traitant est renseigné par le Professionnel de Santé en fonction de l'information que lui communique le bénéficiaire des soins.

Cette information doit être renseignée dans les cas où la situation au regard du parcours de soins correspond à l'un des cas suivants :
Facture élaborée :

- en accès direct spécifique,
- hors résidence habituelle du bénéficiaire de soins,
- par un généraliste récemment installé,
- par un médecin installé en zone sous médicalisée,
- par un médecin traitant de substitution,
- par un médecin correspondant (i.e. orienté par le MT),
- par un médecin pour un bénéficiaire orienté (i.e. orienté par un autre médecin que le médecin traitant),
- en hors accès direct spécifique.

Pour les autres situations au regard du parcours de soins, le renseignement de cette information est non nécessaire car :

- soit elle découle directement de la situation
  exemple : la situation « médecin traitant » signifie automatiquement qu'il existe une déclaration de MT »)
- soit elle est non nécessaire pour la détermination de la position
  exemple : en cas d'urgence, la position par rapport au parcours de soins est nécessairement **Non Concernée**, qu'il y ait ou pas une déclaration de MT).

Cette information est notamment disponible, à titre informatif, au niveau du support de droits AMO et est affichée au Professionnel de Santé. Cependant le système de facturation doit permettre au Professionnel de Santé de confirmer ou modifier cette information.

[RG_CF315] Déterminer la position par rapport au parcours de soins (EF_CF13_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Facture concernée/non concernée

La facture au regard du parcours de soins est :

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- soit Non concernée par le parcours de soins,
- soit Concernée par le parcours de soins.

Sont non concernés par le parcours de soins :

- Les cas d'exclusion du parcours de soins
- Les cas d'Urgence.

Dans le cas contraire les factures sont concernées par le parcours de soins.

En fonction de sa situation par rapport au parcours et, le cas échéant, l'existence d'un Médecin traitant déclaré par le bénéficiaire de soins, le système de facturation détermine la position par rapport au parcours de soins : « non concerné », « DANS » ou « HORS » du parcours.

<table>
<tr><th colspan="2">Saisie du PS
Contexte du parcours de soins</th><th>Donnée interne (cf. RG_CF_R37bis)</th></tr>
<tr><th>Situation au regard du parcours de soins</th><th>Existence de la déclaration d'un Médecin traitant</th><th>Position par rapport au parcours de soins</th></tr>
<tr><td>Exclusion du parcours de soins</td><td>(sans objet) (*)</td><td rowspan="2">Non concerné</td></tr>
<tr><td>Urgence</td><td>(sans objet) (*)</td></tr>
<tr><td>Médecin Traitant</td><td>(sans objet) (*)</td><td rowspan="3">Dans</td></tr>
<tr><td>Nouveau Médecin Traitant</td><td>(sans objet) (*)</td></tr>
<tr><td>Médecin traitant de substitution (**)</td><td>Oui</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Généraliste récemment installé</td><td>Oui</td><td></td></tr>
<tr><td>Non ou ne sait pas</td><td>Hors</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Médecin installé en zone sous médicalisée</td><td>Oui</td><td>Dans</td></tr>
<tr><td>Non ou ne sait pas</td><td>Hors</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Hors résidence habituelle du patient</td><td>Oui</td><td rowspan="3">Dans</td></tr>
<tr><td>Non ou ne sait pas</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Accès direct spécifique</td><td>Oui</td></tr>
<tr><td>Non ou ne sait pas</td><td rowspan="3">Hors</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Hors Accès Direct Spécifique</td><td>Oui</td></tr>
<tr><td>Non ou ne sait pas</td></tr>
<tr><td>Médecin orienté par le MT</td><td>(sans objet) (*)</td><td rowspan="2">Dans</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Médecin orienté par un médecin autre que le MT (médecin en accès direct spécifique, généraliste récemment installé, médecin installé en zone sous médicalisée…)</td><td>Oui</td></tr>
<tr><td>Non ou ne sait pas</td><td rowspan="2">Hors</td></tr>
<tr><td>Non respect du parcours
(PS non Médecin Traitant, non orienté,…)</td><td>(sans objet) (*)</td></tr>
</table>

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

(**) Le Professionnel de Santé se trouve dans la situation de « Médecin traitant de substitution » uniquement lorsque le bénéficiaire l'informe de l'existence d'une déclaration du Médecin Traitant. Dans le cas contraire, la situation au regard du parcours de soins à saisir est « Non respect du parcours».

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Tableau 2 : [TAB_A0_T1] Tableau de Détermination de l'existence de médecin traitant et de la position par rapport au parcours de soins.

Références Réglementaires

- Réforme d'Assurance Maladie : loi du 13-08-04

[RG_CF316] Acquérir les informations liées au médecin ayant orienté (EF_CF13_04 ; EF_CF13_05 ; EF_CF13_06 ; EF_CF13_07)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où le PS indique que le bénéficiaire de soins est orienté par son médecin traitant, le PS doit pouvoir saisir les informations suivantes :

- Le nom du médecin ayant orienté (EF_CF13_04)
- Le prénom du médecin ayant orienté (EF_CF13_05)
- L'identifiant de facturation du médecin ayant orienté (EF_CF13_06)
- La clé de l'identifiant de facturation du médecin ayant orienté (EF_CF13_07)

Le nom et le prénom du Médecin Traitant sont obligatoires si le bénéficiaire de soins est orienté i.e. si la facture est élaborée par le médecin correspondant (le bénéficiaire est orienté par le médecin traitant) ou un médecin orienté (le bénéficiaire est orienté par un médecin autre que le médecin traitant).

Le numéro d'identification et la clé sont prévus pour utilisation future. Ces deux données n'ont pas à être saisies.

[RG_CF328] Déterminer l'IPS (EF_CF13_08) et le top MT (EF_CF13_09)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Règle de détermination de l'IPS et du top Médecin Traitant

En fonction du contexte du parcours de soins, à savoir la situation par rapport au parcours (EF_CF13_02) et, le cas échéant, l'existence d'un Médecin traitant déclaré par le patient (EF_CF13_01), le système détermine :

- l'indicateur de parcours de soins (IPS) à transmettre dans la facture, (EF_CF13_08)
- la valeur du « top Médecin Traitant » à transmettre dans la facture (EF_CF13_09)

Saisie du PS Contexte du parcours de soins		Données Facture	
Situation au regard du parcours de soins	**Existence de la déclaration d'un Médecin traitant**	**IPS**	**top MT**
Exclusion du parcours de soins	(sans objet) (*)	Blanc	Blanc
Urgence	(sans objet) (*)	U	Blanc
Médecin Traitant	(sans objet) (*)	T	O
Nouveau Médecin Traitant	(sans objet) (*)	N	O
Médecin traitant de substitution(**)	Oui	R	O
Généraliste récemment installé	Oui	J	O
	Non ou ne sait pas	S	N ou blanc

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Saisie du PS Contexte du parcours de soins		Données Facture	
Situation au regard du parcours de soins	**Existence de la déclaration d'un Médecin traitant**	**IPS**	**top MT**
Médecin installé en zone sous médicalisée	Oui	B	O
	Non ou ne sait pas	S	N ou blanc
Hors résidence habituelle du patient	Oui	H	O
	Non ou ne sait pas	H	N ou blanc
Accès direct spécifique	Oui	D	O
	Non ou ne sait pas	S	N ou blanc
Hors Accès Direct Spécifique	Oui	S	O
	Non ou ne sait pas		N ou blanc
Médecin orienté par le MT	(sans objet) (*)	O	O
Médecin orienté par un médecin autre que le MT *(médecin en accès direct spécifique, généraliste récemment installé, médecin installé en zone sous médicalisée…)*	Oui	M	O
	Non ou ne sait pas	S	N ou blanc
Non respect du parcours *(PS non Médecin Traitant, non orienté,…)*	(sans objet) (*)	S	O, N ou Blanc

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

(**) Le Professionnel de Santé se trouve dans la situation de « Médecin traitant de substitution » uniquement lorsque le bénéficiaire l'informe de l'existence d'une déclaration du Médecin Traitant.
Dans le cas contraire, la situation au regard du parcours de soins à saisir est « Non respect du parcours».

Tableau 2 : [TAB_CF01.04] Tableau de Détermination de l'IPS et de la position par rapport au parcours de soins.

Consignes de renseignement de l'IPS et du top MT :

- Dans les cas où le parcours de soins n'est pas respecté, l'IPS prend nécessairement la valeur 'S'.
- En cas d'urgence attestée par le Professionnel de Santé, l'IPS est valorisé à « U » et le top MT n'est pas renseigné (valeur blanc).
- Lorsque le Professionnel de Santé indique qu'il est le Médecin Traitant ou un nouveau Médecin Traitant ou le médecin traitant de substitution ou le médecin orienté par le MT, le progiciel renseigne le top MT à « O » dans la facture.
- Dans les cas d'exclusion du parcours de soins (RG_CF_R37), l'IPS et le top MT sont non renseignés (valeur blanc).
- Si la situation au regard du parcours de soins est « Hors parcours de soins », alors le progiciel doit proposer la situation « Généraliste récemment installé» si celle-ci est vérifiée (RG_CF_R37ter).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- Si la situation au regard du parcours de soins est « Hors parcours de soins », alors le progiciel doit proposer la situation « Médecin installé en zone sous médicalisée » si celle-ci est vérifiée (cf RG_CF_R37ter).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.2.5 CF01.05 : Déterminer le Tiers Payant AMO

Vue générale

Nom ***CF01.05 Déterminer le Tiers Payant AMO***

Description Cette tâche a pour objet de déterminer, s'il y a lieu d'appliquer le Tiers Payant sur la part obligatoire de chaque prestation de facture.

Entrées	Date de fin de droits AMO	**EF_BS06_02**
	Coefficient de la prestation	**EF_IP04_03**
	Code nature d'assurance	**EF_CF02_02**
	Code support Vitale	**EF_BS25_01**
Sorties	Code tiers payant AMO	**EF_CF02_03**
Situations spécifiques	Bénéficiaire de la C2S	**SP03**
	Sortant de la C2S	**SP04**
	Bénéficiaire de l'AME	**SP06**
	Bénéficiaire « autre situation de migrant »	**SP08.2**
	Forçage	**SP11**
	Victime d'Attentat	**SP18**

Préambule

SMG

Dans le cadre des Soins Médicaux Gratuits (nature d'assurance SMG), l'accès au tiers payant est justifié par la production de l'attestation de droits aux SMG et le choix du contexte SMG par le Professionnel de Santé.

La part remboursable correspondant au montant conventionnel ou au tarif autorisé par l'accord préalable est facturée par le Professionnel de Santé en tiers payant AMO à chaque fois que c'est possible.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

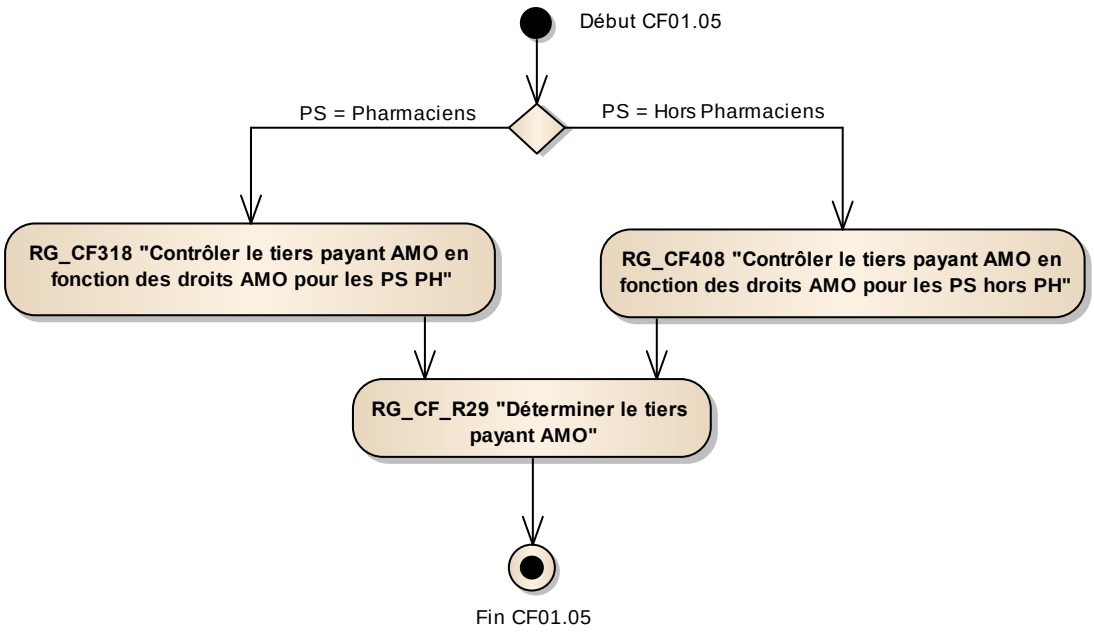


Figure 10 : [SC_CF01.05] Enchaînement de CF01.05 : "Déterminer le Tiers Payant AMO "

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

[RG_CF_R29] Déterminer le Tiers Payant AMO (EF_CF02_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé doit accorder à l'assuré l'avance de frais (également dénommé tiers payant) sur la part obligatoire dans la mesure où le Bénéficiaire des Soins (hors « autre situation de migrant ») est identifié avec un support Vitale (EF_BS25_01). Dans ce cas, le système de facturation doit positionner le code tiers payant AMO (EF_CF02_03) à VRAI. Dans le cas contraire ce code est à FAUX.

Le positionnement par défaut du code tiers payant AMO (EF_CF02_03) se fait en fonction de la valeur du paramètre « top d'activation du Tiers-Payant AMO dans le cas général (EF_PS04_19) »

Le bénéficiaire des soins peut refuser la dispense d'avance des frais proposée par le Professionnel de Santé***Références réglementaires :***

- Art L 432-1 et L432-3 du Code de la Sécurité Sociale.
- Conventions Nationales des médecins.
- Art L 861-3 du code de la sécurité Sociale
- Article 83 du projet de loi de modernisation du système de santé
- Art L. 161-36-4.du code de la sécurité sociale modifié

Cas particuliers

[CP1] Tiers payant AMO obligatoire

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

L'avance de frais sur la part obligatoire s'impose au Professionnel de Santé dans les cas particuliers suivants :

- **Nature d'assurance AT**

  Si les soins sont en rapport avec la nature d'assurance "Accident du travail", le contexte Tiers Payant est obligatoire. Celui-ci s'applique dans sa totalité dans la limite du tarif de responsabilité

- **Nature d'assurance Maternité**
  Si les soins sont couverts par la nature d'assurance "Maternité", le contexte Tiers Payant est obligatoire. Celui-ci s'applique dans sa totalité dans la limite du tarif de responsabilité.

- **Permanence des soins**

  Dans le cadre d'une intervention du médecin d'astreinte suite à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appel de l'association de la permanence de soins, la dispense d'avance de frais doit être proposée sur la part AMO par le Professionnel de Santé.

  Une intervention d'astreinte est caractérisée par un code prestation spécifique de groupe fonctionnel général « Permanence des soins » (EF_IP05_03).

- **Centres de Santé**

  Si les soins sont réalisés en Centre de santé, le contexte tiers payant est obligatoire : la dispense d'avance des frais sur la part AMO doit être proposée par le Professionnel de Santé, dans la limite du tarif de responsabilité.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- **Délivrance ~~à la mineure~~ d'un contraceptif d'urgence**

  Dans le cas de la délivrance ~~à la mineure~~ d'un contraceptif d'urgence (EF_IP01_09 = CTX_CU), le contexte tiers payant est obligatoire : la dispense d'avance des frais sur la part AMO doit être proposée par le Professionnel de Santé, dans la limite du tarif de responsabilité.

- **Soins en rapport avec le protocole ALD**
  Si l'une au moins des prestations de la facture correspond à des soins qui sont en rapport avec le protocole ALD, le contexte Tiers Payant est obligatoire : la dispense d'avance des frais sur la part AMO doit être proposée par le Professionnel de Santé, dans la limite du tarif de responsabilité.

- **Examens relatifs à la santé sexuelle ~~contraception des mineures~~**
  Lors de la facturation de prestations relatives santé sexuelle (EF_IP01_09 = CTX_SS) ~~(EF_IP01_07 = oui) ou en lien avec la délivrance de contraceptifs d'urgence (EF_IP01_04 = OUI) à la contraception des mineures~~, ~~qu'il s'agisse d'examens médicaux ou d'examens de biologie médicale (Cf. RG_IP397 et RG_IP390)~~, le contexte Tiers Payant est obligatoire : la dispense d'avance des frais sur la part AMO doit être proposée par le Professionnel de Santé, dans la limite du tarif de responsabilité.

- **Consultations Obligatoires Enfant**
  Lors de la facturation d'une prestation de type Consultation Obligatoire Enfant (EF_IP05_03=COx), le contexte Tiers Payant est obligatoire : la dispense d'avance des frais sur la part AMO doit être proposée par le Professionnel de Santé, dans la limite du tarif de responsabilité.

- **Prestations d'IVG**
  Lors de la facturation d'une prestation de type IVG (EF_IP01_09 = CTX_IVG) ~~(groupe fonctionnel général ⇔ EF_IP05_03 = IVG)~~, le contexte Tiers Payant est obligatoire : la dispense d'avance des frais sur la part AMO doit être proposée par le Professionnel de Santé, dans la limite du tarif de responsabilité.

Dans tous les cas, :

- le système de facturation doit proposer au Professionnel de Santé l'application du Tiers Payant sur la part obligatoire,
- le bénéficiaire des soins peut refuser la dispense d'avance des frais proposée par le Professionnel de Santé.

Tables utilisées :

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T1) ***Permanence des soins***
- Table 8.x de l'Annexe 2bis (EF_A2_T8.x) ***Soins conformes au protocole ALD***

Références réglementaires :

- Arrêté du 28/07/2005 Approbation de l'avenant n°8 à la convention nationale des médecins. ***Permanence des soins***
- Convention médecins ***TP Social AMO***
- .Décret n°2014-1144 du 8 octobre 2014 ***TPi ACS***
- L162-32 du code de la Sécurité Sociale ***Centre de Santé***
- Projet de Loi de modernisation de notre système de santé, texte adopté N°505 par l'Assemblée Nationale, le 14/04/15 – Art.18 ***Soins conformes au protocole ALD***

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- Article 64 de la LFSS
  Examens relatifs à la contraception des mineures d'au moins 15 ans
- Article 60 de la LFSS 2017 ***Situation particulière Victime d'attentat***

Par ailleurs, l'avance de frais sur la part obligatoire s'impose également au Professionnel de Santé dans certaines situations spécifiques, du fait de la situation médico-administrative du bénéficiaire des soins, hormis si le bénéficiaire s'y oppose, même si le bénéficiaire n'est pas identifié par sa carte Vitale ou s'il s'agit d'un bénéficiaire « autre situation de migrant » avec une date de fin de droits AMO dépassée.

➢ ***Situations spécifiques pour ce cas particulier***

[CP1][SP03] Tiers payant AMO pour un bénéficiaire de la C2S

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où le système de facturation identifierait un bénéficiaire de la C2S, il doit proposer au Professionnel de Santé l'application du Tiers Payant sur la part obligatoire.

Si le patient bénéficie de la C2S; la dispense d'avance des frais doit être proposée par le Professionnel de Santé sur la part AMO, dans la limite du tarif de responsabilité.

Le bénéficiaire des soins peut refuser la dispense d'avance des frais.

[CP1][SP04] Tiers payant AMO pour les bénéficiaires sortants de C2S

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où le système de facturation identifierait un sortant de C2S, il doit proposer au Professionnel de Santé l'application du Tiers Payant sur la part obligatoire.

Si le bénéficiaire est sortant de C2S la dispense d'avance des frais doit être proposée par le Professionnel de Santé sur la part AMO.

Le bénéficiaire des soins peut refuser la dispense d'avance des frais.

[CP1][SP06] Tiers payant AMO pour un bénéficiaire en AME

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le patient bénéficie de l'AME, la dispense d'avance de frais doit être proposée par le Professionnel de Santé sur la part AMO.

Le bénéficiaire des soins peut refuser la dispense d'avance des frais.

[CP1][SP18] Tiers payant AMO pour un bénéficiaire Victime d'Attentat

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le bénéficiaire des soins est identifié bénéficiaire Victime d'Attentat (il présente une attestation de droit Victime d'Attentat et les soins sont en rapport avec les actes de terrorisme) alors la dispense d'avance de frais doit être proposée par le Professionnel de Santé sur la part AMO.

Le bénéficiaire des soins peut refuser la dispense d'avance des frais.

☞ A noter que pour un bénéficiaire Victime d'Attentat, la part AMC est nécessairement à zéro.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[CP2] Nature d'assurance SMG

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cadre des soins Médicaux Gratuits (nature d'assurance SMG), le professionnel de santé a la possibilité d'accorder à l'assuré l'avance de frais (également dénommé Tiers Payant) sur la part obligatoire, indépendamment des droits AMO.

L'avance de frais est fortement recommandée au Professionnel de Santé. A ce titre, le système de facturation doit considérer par défaut l'information « Tiers Payant AMO » (EF_CF02_03) à VRAI, le Professionnel de Santé pouvant toujours modifier cette information.

☞ Remarque : cette règle **RG_CF_R29** est une généralisation de la règle [Cahier des charges – annexe 2 – R29] qui portait initialement sur le contexte de Tiers Payant lié à des dispositions spécifiques.

Situations spécifiques

[SP08.2] Bénéficiaire « autre situation de migrant ».

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les bénéficiaires « autre situation de migrant » ne sont pas concernés par cette obligation de tiers payant AMO si leur date de fin de droits AMO est dépassée.

[SP10] Tiers payant AMO pour une facture anonymisée

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas d'une facture anonymisée (EF_IP01_10 = « oui ») : la dispense d'avance de frais sur la part AMO doit être proposée par le Professionnel de Santé dans la limite du tarif de responsabilité.

Le bénéficiaire des soins peut refuser la dispense d'avance des frais.

[RG_CF318] Contrôler le tiers payant AMO en fonction des droits AMO pour les PS pharmaciens.

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

L'accès au tiers payant est interprété en fonction de l'information « date de fin de droit AMO » (EF_BS06_02).

La date à prendre en compte pour examiner le droit au tiers payant est la date de référence AMO (EF_CF02_01).

Si cette date est strictement supérieure à la date de fin de la période de droits AMO présente en carte (EF_BS06_02) ou s'il n'y a pas de période de droits AMO remontée de la lecture du support de droits de la carte (EF_BS06 non renseignée), le système de facturation doit informer le Professionnel de Santé qu'il convient au bénéficiaire de **mettre à jour sa carte Vitale** et que le tiers payant ne peut donc pas s'appliquer.

Le message à afficher est le suivant : « La carte Vitale doit être mise à jour. Dans le cas contraire, l'application du tiers payant AMO générera un forçage transmis dans la FSE. ».

Cette règle ne concerne pas :

- les factures en nature d'assurance SMG (EF_CF02_02 = « SMG »),
- les factures en contexte APIAS (EF_CF06_06 = « VRAI »),

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- les factures dont les informations du bénéficiaire des soins ont été acquises avec le service ADRi (EF_BS03_05 = « ADRi »).

Dans ces contextes, le professionnel de santé a la possibilité d'accorder à l'assuré le tiers payant sur la part obligatoire, indépendamment des droits AMO inscrits en carte.

Cas particuliers

[CP1] Droits permanents

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où la « date de fin de droits AMO » est non renseignée, (la date de début étant renseignée) l'accès au Tiers Payant n'est pas limité dans le temps.

[CP2] Dispositions réglementaires spécifiques

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé peut toutefois accorder le Tiers Payant au-delà de la date de fin de droits AMO, notamment en cas d'obligation réglementaire du tiers-payant. Cet accord entraîne alors un forçage de la facture.

☞ **[SP11]** cf. Situation Spécifique de forçage.

[RG_CF408] Contrôler le tiers payant AMO en fonction des droits AMO pour les PS hors pharmaciens.

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le tiers payant AMO est accessible sans limite pour tous les Bénéficiaires de Soins à l'exception des bénéficiaires « autre situation de migrant » (cf. [SP08.2]) et des bénéficiaires de soins adhérents à la Caisse des Français à l'Etranger (cf. [CP1]) , pour qui le tiers payant est limité par la date de fin de droits AMO (EF_BS06_02).

Cas particuliers

[CP1] Bénéficiaires de soins affiliés à la CFE

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les bénéficiaires affiliés à la Caisse des Français à l'Etranger (EF_BS04_01 = 17), l'accès au tiers payant est interprété en fonction de l'information « date de fin de droit AMO » (EF_BS06_02).

La date à prendre en compte pour examiner le droit au tiers payant est la date de référence AMO (EF_CF02_01).

Si cette **date** est strictement supérieure à la date de fin de la période de droits AMO (EF_BS06_02) ou **s'il n'y a pas de période de droits AMO remontée de la lecture du support de droits (EF_BS06 non renseignée),** le tiers payant ne peut s'appliquer sans forçage.

Situations spécifiques

[SP08.2] Contrôler le tiers payant AMO en fonction des droits AMO pour les PS hors pharmaciens.

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les bénéficiaires « autre situation de migrant », l'accès au tiers payant est interprété en fonction de l'information « date de fin de droit AMO » (EF_BS06_02).

La date à prendre en compte pour examiner le droit au tiers payant est la date de référence AMO (EF_CF02_01).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Si cette date est strictement supérieure à la date de fin de la période de droits AMO (EF_BS06_02) ou s'il n'y a pas de période de droits AMO remontée de la lecture du support de droits (EF_BS06 non renseignée), le tiers payant ne peut s'appliquer sans forçage.

☞ **[SP11]** Situation Spécifique forçage.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.2.6 CF01.06 : Acquérir et contrôler la nature d'assurance

Vue générale

Nom ***CF01.06 Acquérir et contrôler la nature d'assurance***

Description La nature d'assurance de la facture permet d'indiquer à l'assurance maladie si les prestations indiquées sur la feuille de soins relèvent :

- du risque Maladie
- du risque Maternité
- du risque Accidents du Travail (AT)
- du risque Prévention
- du contexte Soins Médicaux Gratuits (SMG)

En fonction de la nature d'assurance choisie, les règles d'élaboration de la facture diffèrent.

☞ A noter que le risque Prévention est mentionné pour mémoire mais n'est pas géré actuellement dans le périmètre des présentes SFG.

Entrées Qualité du bénéficiaire **EF_BS09_02**

Sorties Code nature d'assurance **EF_CF02_02**

Situations spécifiques Aucune

Règles de gestion

[RG_CF304] Acquérir la nature d'assurance (EF_CF02_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La nature d'assurance est renseignée par le PS.

Elle correspond à l'un des 5 contextes suivants :

- risque Maladie,
- risque Maternité,
- risque Accident du travail
- risque Prévention
- contexte Soins Médicaux Gratuits.

☞ La détermination de la nature d'assurance est effectuée à partir d'un support particulier (guide maternité, feuillet Accident de Travail) ou en fonction de l'acte facturé (forfait accouchement à domicile, séances de rééducation de la paroi abdominale)

Pour choisir le risque Accident du Travail, le Professionnel de Santé est tenu de disposer nécessairement d'un feuillet AT (FAT) fourni par le bénéficiaire des soins.

Dans le cas contraire, le Professionnel de Santé opte pour le risque maladie.

Pour choisir le contexte Soins Médicaux Gratuits, le Professionnel de Santé est tenu de disposer nécessairement :

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- Pour un prescripteur de l' « attestation de droits aux Soins Médicaux Gratuits », et de la « Fiche Descriptive des Infirmités donnant droit aux Soins Médicaux Gratuits »
- pour un Professionnel de Santé exécutant, de l'ordonnance mentionnant le rapport des soins avec les avec les infirmités ayant donné lieu à pension.

De fait, une facture ne peut comporter que des prestations relatives à un seul et même risque :

Cas particulier

[CP1] Positionner par défaut la nature d'assurance Maternité

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans certaines situations le contexte de maternité peut être détecté par le progiciel de sorte à ce qu'il propose par défaut la nature d'assurance maternité au Professionnel de Santé

Les codes situation issus de la lecture de la carte vitale du bénéficiaire sont à utiliser pour identifier une situation « maternité ».

Le code situation s'apprécie à la date de prescription lorsqu'une prescription est à l'origine de la facture, à la date d'élaboration de la facture dans les autres cas.

A une valeur de code situation correspondent une ou plusieurs situations médico administratives cumulées.

S'agissant des codes situation listés ci-dessous, ils contiennent nécessairement une situation « maternité » :

- **0103, 0107, 0110, 0203, 0207, 0405, 1003, 9003.**

En conséquence, dès lors que le progiciel détecte l'un de ces codes situation, la facturation sous la nature d'assurance maternité doit être proposée par défaut au Professionnel de Santé.

Le Professionnel de Santé doit toutefois pouvoir élaborer la facture sous une autre nature d'assurance qu'il aurait identifiée (AT, maladie, SMG).

☞ Cas particulier : à ce jour, les Mahoraises (organisme de rattachement : code caisse = 976 ou code régime / code caisse = 02 / 941) sont exclues de ce dispositif. En conséquence les dispositions ci-dessus ne doivent pas leur être appliquées.

[CP2] Positionner par défaut la nature d'assurance Maladie

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de facturation de prestations de type Consultation Obligatoire Enfant (EF_IP05_03=COx), la nature d'assurance maladie est proposée par défaut au Professionnel de Santé.

Le Professionnel de Santé doit toutefois pouvoir modifier cette nature d'assurance.

☞ A noter qu'en cas de code situation caractérisant une situation « maternité » (cas particulier précédent RG_CF304[CP1]), simultané à la facturation de prestations de type Consultation Obligatoire Enfant, le positionnement par défaut de la nature d'assurance à « Maternité » est prioritaire à « Maladie ».

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_CF_R4] Contrôler la Compatibilité entre la nature d'assurance (EF_CF02_02) et la qualité du bénéficiaire (EF_BS09_02)

Maladie

La nature d'assurance " **Maladie** " est compatible avec toutes les qualités de bénéficiaires, à savoir :

- assuré
- ascendant, descendant, collatéraux ascendants
- conjoint
- conjoint divorcé
- concubin
- conjoint séparé
- enfant
- conjoint veuf
- autre ayant droits

Maternité

La nature d'assurance " **Maternité** " est incompatible avec les bénéficiaires suivants :

- ascendant, descendant, collatéraux ascendants,

☞ Pour la nature d'assurance " Maternité ", la feuille de soins électronique sécurisée est toujours établie au nom de la mère, quel que soit le bénéficiaire des soins (père, enfant).

Accident du travail

La nature d'assurance " Accident du travail " n'est compatible qu'avec la qualité de bénéficiaire " assuré " sauf pour les non salariés agricoles pour lesquels la qualité de bénéficiaire peut être différente de " assuré ".

☞ Les non salariés agricoles (i.e. les exploitants) sont caractérisés par n° de code caisse gestionnaire dont le dernier caractère est **1**.
Les salariés agricoles sont caractérisés par n° de code caisse gestionnaire dont le dernier caractère est **5**.

SMG

La nature d'assurance « SMG » est compatible avec toutes les qualités de bénéficiaire.

Références réglementaires

- Art L313-3 et L161.14 du code de la Sécurité Sociale
- Art L615.10 pour le RSI

Cas d'erreur

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

[CE1] Nature d'assurance incompatible avec la qualité du bénéficiaire

Si la nature d'assurance acquise n'est pas compatible avec la qualité du bénéficiaire il convient de modifier la nature d'assurance.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.3 CF02 : Acquérir le contexte de prise en charge AMO niveau prestation

Vue générale

Nom ***CF02 Acquérir le contexte de prise en charge AMO niveau prestation***

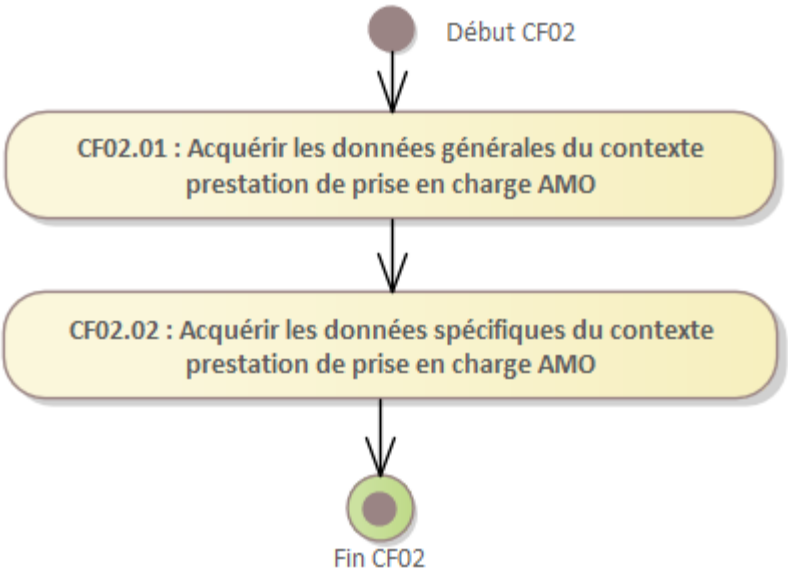
Description Cette opération consiste à acquérir les données de contexte de prise en charge de chaque prestation de la facture par l'assurance maladie obligatoire au regard des droits du bénéficiaire de soins et de la réglementation.

Ces données se répartissent en 2 parties :

- Les données générales de contexte de la prestation, correspondant à l'entité fonctionnelle « Contexte Prestation »
- Et les données spécifiques de contexte de la prestation, correspondant aux spécificités suivantes :
  - Les données liées à l'Entente préalable
  - Les données liées à la Prévention commune AMO/AMC

Entrées	Table 6 de l'annexe 2bis	**EF_A2_T6**
	Base CCAM	**DF_CCAM**
Sorties	Contexte Prestation AMO	**EF_CF08**
	Contexte Prestation Entente Préalable	**EF_CF09**
	Contexte Prestation Prévention AMO/AMC	**EF_CF10**
Situations spécifiques	Forfaits dentaires CMU-C	**SP03.1**
	Bénéficiaire de l'AME	**SP06**
	Forçage	**SP11**

Schéma



Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Figure 11 : [SC_CF02] Enchaînement de CF02 : " Acquérir le contexte de prise en charge AMO niveau prestation "

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.3.1 CF02.01 : Acquérir les données générales du contexte prestation de prise en charge AMO

Vue générale

Nom ***CF02.01 Acquérir les données générales de contexte prestation de prise en charge AMO.***

Description Cette opération consiste à acquérir les données générales du contexte de la prestation pour prise en charge AMO à savoir :

- le qualificatif de la dépense (soit la notion d'Acte gratuit ou non-remboursable, soit un qualificatif du dépassement)
- le caractère remboursable ou non de la prestation,
- conformité de la Prestation avec le protocole ALD
- remboursement exceptionnel de la prestation
- motif médical d'exonération de la prestation

Entrées	Base CCAM	**DF_CCAM**
Sorties	Contexte Prestation AMO	**EF_CF08**
Situations spécifiques	Forfaits dentaires CMU-C	**SP03.1**
	Bénéficiaire de l'AME	**SP06**
	Forçage	**SP11**

Règles de gestion

Les règles de gestion concernant cette opération sont regroupées ci-après par thème.

Règles Remboursement exceptionnel

[RG_CF_CC11] Acquérir le « code remboursement exceptionnel CCAM » (EF_CF08_04)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce code est renseigné par le Professionnel de Santé. Ce dernier indique pour une prestation remboursable sous condition si le remboursement est demandé.

Il est significatif pour les prestations remboursables sous condition. Ces prestations sont des prestations CCAM caractérisées par leur admission au remboursement valorisée à « acte remboursable sous condition »

L'admission au remboursement d'un acte CCAM est contenue dans le champ CCAM-22 de la base CCAM (DF_CCAM)

Cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règle CC11.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

☞ Pour tout acte CCAM, son admission au remboursement indique si l'acte est non remboursable, remboursable, ou remboursable sous condition au regard de la nomenclature CCAM.

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

Règles Qualificatif de la dépense

[RG_CF321] Acquérir le code qualificatif de la dépense (EF_CF08_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas général, le qualificatif de la dépense est non renseigné.

Il est renseigné en priorité par le Professionnel de Santé selon son besoin ou éventuellement par le système de facturation.

Il prend l'une des valeurs suivantes :

	VALEUR
• Acte gratuit	**G**
• Acte non remboursable	**N**
• Déplacement non prescrit	**F**
• Dépassement pour exigence particulière du patient	**E**
• Entente directe	**D**
• Prestation soumise à un accord de prise en charge SMG	**L**
• Dépassement autorisé	**A**
• Dépassement autorisé et entente directe	**B**

Ces quatre dernières valeurs sont des dépassements prévus dans le cadre du parcours de soins.

Acte gratuit

Pour les actes GRATUITS, le qualificatif de la dépense est valorisé à G.

Ce dernier doit également être renseigné à G

- en cas d'acte de déplacement gratuit,
- en cas d'acte de déplacement abattu à 100%.
- en cas d'acte gratuit facturé à un bénéficiaire de l'AME.
- en cas d'acte de déplacement abattu à 100% facturé à un bénéficiaire de l'AME.

Acte non remboursable

Ce code qualificatif de la dépense est renseigné :

- soit par le PS,

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- soit automatiquement par le système dans les cas suivants :
  - Prestation CCAM n'autorisant pas de remboursement selon la base CCAM (DF_CCAM) (l'admission au remboursement est « acte non remboursable »)
  - Prestation CCAM autorisant un remboursement sous condition (l'admission au remboursement est « acte remboursable sous condition») et dont le code remboursement exceptionnel n'est pas renseigné

☞ Le Professionnel de Santé doit renseigner le code qualificatif de la dépense à N en cas d'acte de déplacement non remboursable.

☞ Pour tout acte CCAM, son admission au remboursement est indiquée dans la base CCAM (DF_CCAM). Elle prend l'une des valeurs suivantes : non remboursable, remboursable, ou remboursable sous condition.

L'admission au remboursement d'un acte CCAM est contenue dans le champ CCAM-22 de la base CCAM (DF_CCAM)

Cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règle CC11.

Dépassements dans le cadre du parcours de soins

Les valeurs du qualificatif de la dépense correspondant à un dépassement autorisé concernent uniquement des dépassements facturés dans le cadre du parcours coordonné de soins.

Cas Particuliers

[CP1] Soins ou traitements susceptibles d'un usage détourné

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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.

Ce non remboursement apparaît dans la facture du pharmacien par l'utilisation du qualificatif de la dépense « Non remboursable ».

[CP2] Nature d'assurance SMG

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où la facture fait l'objet d'une Prise en Charge SMG, i.e. s'il existe un montant de Prise en Charge SMG (EF_CF11_06 renseigné), le système de facturation le renseigne à la valeur « L » hormis si celui-ci est renseigné par le PS (l'information saisie par le PS est nécessairement prioritaire)

☞ Remarque : ce cas particulier s'applique à toutes les prestations saisies par le PS ainsi qu'aux suppléments dérogatoires éventuellement générés par le système.

[CP3] Honoraire de Dispensation simple

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Pour une prestation de type Honoraire de Dispensation simple (EF_IP05_03 = « Honoraire » et EF_IP05_04 = « simple »), cette information est identique à celle de la prestation support à laquelle l'honoraire se rapporte.

📖 A1-A0 §2.4.21.1.5 Frais pharmaceutiques

[CP4] Honoraire de Dispensation global

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type Honoraire de Dispensation global (EF_IP05_03 = « Honoraire » et EF_IP05_04 = « global »), cette information n'est pas renseignée hors cas particuliers AME (cf. RG_CF321 [SP06]) et SMG (cf. RG_CF321 [CP2]).

📖 A1-A0 §2.4.21.1.5 Frais pharmaceutiques

[CP5] Prestation de type complément AT

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type complément AT (EF_IP05_03 = « Complément AT »), le qualificatif de la dépense est identique à celui de l'acte support auquel ce complément AT est rattaché.

☞ Ce cas particulier est soumis à la consigne CG_PG001.

[CP6] Dépassement pour Victime d'Attentat

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat (EF_IP05_03 = « Dépassement » et EF_IP05_04 = « Victime d'Attentat »), le qualificatif de la dépense est identique à celui de l'acte support auquel cette prestation de dépassement est rattachée.

Situations spécifiques

[SP03.1] Acquérir le code qualificatif de la dépense (EF_CF08_01) en cas de forfait dentaire CMU-C

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Forfaits dentaires CMU-C

Pour les forfaits dentaires complémentaires CMU-C, le qualificatif de la dépense est valorisé à N.

Prestation dentaire hors panier de bien C2S

Pour certains actes dentaires facturés avec un forfait dentaire CMU-C, un dépassement au-delà du montant maximal de dépassement autorisé est possible. Dans ce cas, le PS indique, pour l'acte dentaire support, le qualificatif de dépense « entente directe » (valeur D).

[SP06] Acquérir le code qualificatif de la dépense (EF_CF08_01) dans le cadre de l'AME

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Pour les actes dans le cadre de l'AME le code qualificatif de la dépense est à N, hormis pour les actes gratuits pour lesquels la valeur G est prioritaire.

Pour les actes dans le cadre de l'AME, une facturation de déplacement est possible. Dans ce cas là, le qualificatif de la dépense du déplacement est à N.

[RG_CF332] Déterminer le code qualificatif du remboursement AMO (EF_CF08_05)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Par défaut, le code qualificatif du remboursement d'une prestation est positionné à « remboursable AMO » hormis:

- pour les prestations de code « SGS » pour lesquelles ce code qualificatif du remboursement est non renseigné,
- et pour les prestations :
  - soit de code prestation « HN » ou « PHN »
  - soit de code qualificatif de la dépense valorisé à l'une des valeurs suivantes :
    - « N » : Acte non remboursable

  pour lesquelles ce code qualificatif du remboursement est positionné à « NON remboursable AMO ».

Règles Protocole ALD

Définition

Le protocole de soins ALD contient et prévoit les soins requis pour la pathologie concernée.

[RG_CF319] Acquérir le « code conformité au Protocole ALD » (EF_CF08_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé consulte le protocole de soins ALD en complément de la carte Vitale et précise si la prestation est prévue dans le protocole ALD.

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

Cas particuliers

[CP1] Honoraire de Dispensation simple

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type Honoraire de Dispensation simple (EF_IP05_03 = « Honoraire » et EF_IP05_04 = « simple »), cette information est identique à celle de la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte.

📖 A2 Table 8.3

[CP2] Honoraire de Dispensation global

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Pour une prestation de type Honoraire de Dispensation global (EF_IP05_03 = « Honoraire » et EF_IP05_04 = « global »), cette information correspond à « prestation non conforme au protocole ALD ».

📖 A2 Table 8.3

[CP3] Prestations de type secondaire

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type secondaire (EF_IP05_01 = « Secondaire »), le « code conformité au Protocole ALD » (EF_CF08_02) est nécessairement identique à celui de l'acte support auquel cette prestation secondaire est rattachée.

Règles Motif médical d'exonération

[RG_CF320] Acquérir le motif médical d'exonération (EF_CF08_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans certains cas, les soins sont exonérés sur indication spécifique du Professionnel de Santé.

Le Professionnel de santé précise pour la prestation s'il s'agit :

- de « traitement exonérant », i.e. de soins exonérés au titre d'un traitement exonérant (traitement de la stérilité, actes exonérants, soins aux prématurés, test de dépistage du virus HIV)
- de « soins pour les nouveaux-nés » : soins exonérés car prescrits dans les 30 premiers jours de la vie du nourrisson
- de « soins de prévention » : soins dispensés en risque maladie et exonérés dans le cadre d'un dispositif de prévention. :

  L'assurance maladie prévoit le remboursement de certaines prestations dans le cadre exclusif de campagne de prévention.

  Il appartient au Professionnel de Santé de signaler que la prestation est réalisée dans le cadre d'une campagne de prévention en valorisant le motif médical d'exonération à la valeur « soins de prévention ».
- d'une « exonération régimes spéciaux » (service médical SNCF)

Par ailleurs, si le code conformité au Protocole ALD (EF_CF08_02) est à VRAI, le motif médical d'exonération prend systématiquement la valeur :

- « Soins conformes au protocole ALD »

  ☞ Remarque Cette valeur de la donnée motif médical d'exo n'est pas utilisée à ce jour. Cette valorisation est spécifiée ici dans un souci de cohérence,

☞ **Remarque** : cette information relève d'un avis médical fourni par le Professionnel de Santé et motive une exonération spécifique. Cette information est nécessaire d'une part pour la détermination de certains cas d'exclusion du parcours de soins cf. R37ter) et d'autre part pour la détermination du taux cf. fonctionnalité « VF : Valoriser la Facture ».

Cas particuliers

PR			AM	LB	~~PH~~	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

~~[CP1] Délivrance du Contraceptif d'urgence à la mineure~~

~~L'assurance maladie prévoit le remboursement des contraceptifs d'urgence pour les mineures (EF_IP01_04 = « OUI » renseigné).~~

~~Dans le cas du contraceptif d'urgence (EF_IP01_04 = « OUI contraceptif d'urgence ») le motif médical d'exonération doit être valorisé à « Soins particuliers exonérés soins de prévention » par le Professionnel de Santé.~~

~~Dans les autres cas (EF_IP01_04 = « contraceptif hors urgence avec confidentialité » ou « contraceptif hors urgence sans confidentialité ») le motif médical d'exonération doit être valorisé à « Soins Particuliers Exonérés » par le Professionnel de Santé.~~

~~CDC 1.40 3.2.2.5~~

[CP2] Honoraire de Dispensation simple

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type Honoraire de Dispensation simple (EF_IP05_03 = « Honoraire » et EF_IP05_04 = « simple »), cette information est identique à celle de la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte.

A1-A0 §1820

[CP3] Honoraire de Dispensation complexe

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type Honoraire de Dispensation complexe (EF_IP04_01 = HC), cette information n'est pas renseignée.

A1-A0 1820

~~[CP4] Examens ou produits de santé relatifs à la santé sexuelle contraception des mineures~~

~~PR~~			~~AM~~	~~LB~~	~~PH~~	~~FR~~	~~TR~~
~~M~~	~~CD~~	~~SF~~					

~~L'article 64 85 de la LFSS 2022 supprime la participation de l'assuré pour les frais relatifs aux consultations et examens de laboratoires établis en vue d'une prescription contraceptive et pour les produits de santé en lien avec la santé sexuelle pour certains bénéficiaires en fonction de leur âge défini par la règlementation les mineures.~~

~~Le détail des actes concernés est visé aux articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1 du code de la Sécurité Sociale.~~

~~En conséquence, lors de la facturation de prestations relatives à la santé sexuelle (EF_IP01_07 = oui) contraception des mineures, qu'il s'agisse d'examens médicaux ou d'examens de biologie médicale ou de produits de santé en lien avec la santé sexuelle (y compris la délivrance de préservatifs pris en charge par l'Assurance Maladie), le motif médical d'exonération doit être valorisé à « Soins Particuliers Exonérés » par le Professionnel de Santé hormis pour les soins pris en charge de base à 100% (exemple : consultation CCP).~~

~~CDC 1.40 3.2.2.5~~

[CP5] Honoraire de Dispensation HDA, HDR ou HDE

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type Honoraire de Dispensation HDA, HDR ou HDE (EF_IP04_01 = HDA ou HDR ou HDE), cette information est renseignée comme suit :

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- Si la facture ne comporte que des médicaments sans motif médical d'exonération, alors l'information est non renseignée.
- Si la facture comporte des médicaments avec un seul et même motif médical d'exonération, le motif médical d'exonération de l'honoraire est le même que celui présent dans la facture.
- En cas de facturation de plusieurs médicaments pour lesquels des motifs d'exonération différents ont été positionnés, le motif d'exonération à renseigner sur l'honoraire doit correspondre à un des motifs d'exonération déjà présent dans la facture.

Situations spécifiques

[SP10] Facture Anonymisée

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas d'une facture anonymisée (EF_IP01_10 = « oui ») le motif médical d'exonération de la prestation doit être valorisé à « Soins Particuliers Exonérés ».

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.3.2 CF02.02 : Acquérir les données spécifiques du contexte prestation de prise en charge AMO

Vue générale

Nom ***CF02.02 Acquérir les données spécifiques du contexte prestation de prise en charge AMO***

Description Cette opération consiste à acquérir les données spécifiques de contexte de la prestation pour la prise en charge AMO, correspondant aux spécificités suivantes :

- Les données liées à l'Entente préalable
- Les données liées à la Prévention commune AMO/AMC

Entrées	Table 6 de l'annexe 2bis	**EF_A2_T6**
	Base CCAM	**DF_CCAM**
Sorties	Contexte Prestation Entente Préalable	**EF_CF09**
	Contexte Prestation Prévention AMO/AMC	**EF_CF10**
Situations spécifiques	Forçage	**SP11**

Règles de gestion

Les règles de gestion concernant cette opération sont regroupées ci-après par thème.

Règles Entente préalable

Préambule

Soumission à entente préalable

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Certaines prestations sont soumises à une entente préalable pour donner lieu à prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Dans ce cas, il revient au Professionnel de santé de renseigner les informations liées à la demande d'entente préalable pour la prestation concernée.

Prise en charge SMG

Les processus d'Entente préalable et de prise en charge SMG relèvent du même processus : le Professionnel de Santé fait toujours une seule demande : la demande d'Entente préalable est inutile lorsqu'il y a une demande de prise en charge, celle-ci en tient lieu.

Ainsi, une prise en charge SMG peut comprendre des prestations soumises à Entente Préalable.

« Qu'il ait transmis une demande de prise en charge SMG ou une demande d'entente préalable, le Professionnel de Santé est tenu de renseigner dans la facture les données liées à l'entente préalable pour les prestations soumises à Entente Préalable. »

☞ **Remarque** : C'est le PS qui sait si la prestation est soumise à entente préalable ou pas. Cette partie n'est donc pas une règle mais uniquement une partie informationnelle.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

☞ **Remarque** : D'après les tableaux de synthèse de l'annexe 2 (EF_A2_TS), les Sages-femmes ne sont jamais soumises à entente préalable.

Règles de gestion

[RG_CF_R8] Déterminer la nécessité d'une entente préalable (EF_CF09_99) pour une prestation non CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation vérifie si un code prestation est susceptible d'être soumis à la formalité de l'entente préalable pour une spécialité de Professionnel de Santé.

Dans l'affirmative, le système de facturation en informe le Professionnel de Santé et lui propose de renseigner les données liées à l'entente préalable (EF_CF09).

Tables utilisées

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T1)
- Table 6 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T6)

Référence réglementaire :

- NGAP

☞ Cette règle est à réaliser une seule fois par facture pour toutes les prestations de même couple (code prestation, coefficient) (les dates d'exécution peuvent être différentes).

☞ Les prestations CCAM sont régies par la règle équivalente RG_CF_RC7.

Pour information : Gestion de l'entente préalable par l'AMO

La caisse dispose d'un délai de 15 jours pour se prononcer sur la demande d'entente préalable, à défaut de réponse dans ce délai, son accord est réputé acquis.
A noter que, concernant les actes dentaires, la demande d'entente préalable n'est plus requise sauf pour les actes d'orthopédie dento-faciale et les actes de chirurgie pré-prothétique qui restent soumis à la formalité d'entente préalable.

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

Cas particuliers

[CP1] Actes de Biologie (EF_IP05_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation vérifie la nécessité d'une entente préalable pour chaque code affiné biologie (EF_IP12_01) de la facture.

Dès lors qu'au moins un code affiné est soumis à entente préalable, le système de facturation en informe le Professionnel de Santé et lui propose de renseigner les données liées à l'entente préalable (EF_CF09).

Tables utilisées

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T1)
- Table nationale de biologie

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Référence réglementaire :

- NABM

[CP2] Produits de la LPP (EF_IP05_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation vérifie la nécessité d'une entente préalable pour chaque code détaillé LPP (EF_IP15_01) de la facture.

Dès lors qu'au moins un code affiné est soumis à entente préalable, le système de facturation en informe le Professionnel de Santé et lui propose de renseigner les données liées à l'entente préalable (EF_CF09).

Tables utilisées

- NABM
- Base LPP

☞ Ce cas particulier est soumis à la consigne CG_PG001.

[RG_CF_RC7] Déterminer la nécessité d'une entente préalable (EF_CF09_99) pour une prestation CCAM (EF_IP05_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de vérifier si un acte CCAM est soumis à entente préalable.

En fonction de la base CCAM (DF_CCAM), le système de facturation vérifie si le code acte CCAM est soumis à la formalité de l'entente préalable.

Le top entente préalable d'un acte donné est contenu dans le champ CCAM-24 de la base CCAM. (DF_CCAM)

Cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règle RC7

Dans l'affirmative, le système de facturation en informe le Professionnel de Santé en lui proposant de renseigner les données liées à l'entente préalable (EF_CF09) et positionne le top Entente Préalable nécessaire (EF_CF09_99) à VRAI.

[RG_CF335] Contrôler le code accord de l'entente préalable (EF_CF09_01) en cas de nécessité d'une entente préalable (EF_CF09_99) pour une prestation CCAM (EF_IP05_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation CCAM soumise à entente préalable (EF_CF09_99= VRAI) le code accord préalable doit être nécessairement renseigné.

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

[RG_CF323] Acquérir le code accord de l'entente préalable (EF_CF09_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le code accord de l'entente préalable est renseigné par le Professionnel de Santé.

Ce code prend l'une des valeurs suivantes :

- absence de réponse de la caisse dans le délai réglementaire
- réponse favorable

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- notion d'urgence

Cas particuliers

[CP1] Renseignement par le système de facturation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation peut renseigner automatiquement cette information à partir d'une prestation précédente (dans la même facture) de même code prestation et de même coefficient (la date d'exécution peut être différente).

[CP2] Nature d'assurance Soins Médicaux Gratuits

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En nature d'assurance SMG, le code accord entente préalable ne peut pas prendre la valeur « pas de réponse de la caisse ».

[RG_CF324] Acquérir la Date d'envoi de l'entente préalable (EF_CF09_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La date d'envoi de l'entente préalable est renseignée par le Professionnel de Santé.

Elle correspond à la date à laquelle l'entente préalable a été postée.

Cette information est obligatoire en cas de facture soumise à entente préalable, i.e. lorsque le code accord de l'entente préalable est renseigné.

☞ Dans le cas de la C2S, la date est la date d'accord de prise en charge C2S.

Cas particuliers

[CP1] Renseignement par le système de facturation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation peut renseigner automatiquement cette information à partir d'une prestation précédente (dans la même facture) de même code prestation et de même coefficient (la date d'exécution peut être différente).

[CP2] Traitement LPP d'oxygénothérapie

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas d'une prestation LPP d'oxygénothérapie, la date d'envoi de l'entente préalable peut être postérieure à la date d'exécution de la prestation.

📖 A1-A0 Groupe 1840

[RG_CF343] Contrôler la date d'envoi de l'entente préalable (EF_CF09_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Lorsqu'elle est renseignée, la date d'envoi de l'entente préalable (EF_CF09_02) doit être antérieure ou égale à la date d'exécution de la prestation (EF_IP04_02).

📖 Annexe 1-A0_v1.40-03.20 v12.05 Groupe 1840

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_CF325] Acquérir l'identification de l'entente préalable (EF_CF09_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

L'identification de l'entente préalable est renseignée par le Professionnel de Santé.

Elle correspond au N° d'ordre de l'entente préalable.

Cette information n'est pas renseignée actuellement et est réservée pour utilisation future.

Cas particuliers

[CP1] Renseignement par le système de facturation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation peut renseigner automatiquement cette information à partir d'une prestation précédente (dans la même facture) de même code prestation et de même coefficient (la date d'exécution peut être différente).

Règles Prévention commune AMO/AMC

[RG_CF322] Acquérir les informations Prévention commune AMO/AMC (EF_CF10)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette notion de prévention est issue de la loi de Réforme du 13 Août 2004 principalement pour les contrats AMC responsables. Cette notion est distincte du « risque prévention » déjà géré par les organismes d'assurance maladie obligatoire.

Dans le cas d'un acte réalisé dans un tel contexte, le Professionnel de Santé est tenu d'indiquer ce contexte de prévention et éventuellement de le qualifier.

Le système de facturation permet au Professionnel de Santé de saisir les informations relatives à la prévention commune AMO/AMC, à savoir :

- un « Top Prévention commune AMO/AMC», (EF_CF10_01)
- un qualifiant de dispositif de prévention en saisie libre. (EF_CF10_02)

Cas particuliers

[CP1] Honoraire de Dispensation généré

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type Honoraire de Dispensation générée par le système (EF_IP05_03 = « Honoraire » et EF_IP05_06 = « LPS »), cette information n'est pas renseignée.

A1-A0 2030

[CP2] Prestations de type secondaire

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type secondaire (EF_IP05_01 = « Secondaire »), les informations Prévention commune AMO/AMC (EF_CF10) sont nécessairement identiques à celles de l'acte support auquel cette prestation secondaire est rattachée.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.4 CF03 : Contrôler le contexte de prise en charge AMO et les données de la prestation

Vue générale

Nom ***CF03 Contrôler les données de contexte AMO et les données de la prestation***

Description Cette opération consiste à réaliser les contrôles réglementaires de pertinence et de cohérence entre les informations de la prestation (DF_IP) et les informations de contexte AMO de la prestation ou de la facture.

Ces contrôles sont regroupés comme suit :

- Les contrôles du contexte facture AMO en fonction des données de la prestation
- Les contrôles des données de la prestation en fonction du contexte prestation AMO ou du contexte facture AMO
- Les contrôles des données de la prestation entre elles ayant un impact sur le contexte de prise en charge AMO

Entrées	Situation d'exercice et de facturation	**EF_PS03**
	Complément d'information à la situation d'exercice et de facturation	**EF_PS04**
	Prestation	**EF_IP04**
	Type prestation	**EF_IP05**
	Contexte facture AMO	**EF_CF02**
	Contexte Prestation AMO	**EF_CF08**
	Contexte facture parcours de soins	**EF_CF13**
	Table 7 de l'annexe 2bis	**EF_A2_T7**
	Table 17 de l'annexe 2bis	**EF_A2_T17**
	Table 17bis de l'annexe 2bis	**EF_A2_T17bis**
Sorties	Aucune	
Situations spécifiques	Bénéficiaire de la C2S	**SP03**
	Forçage	**SP11**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

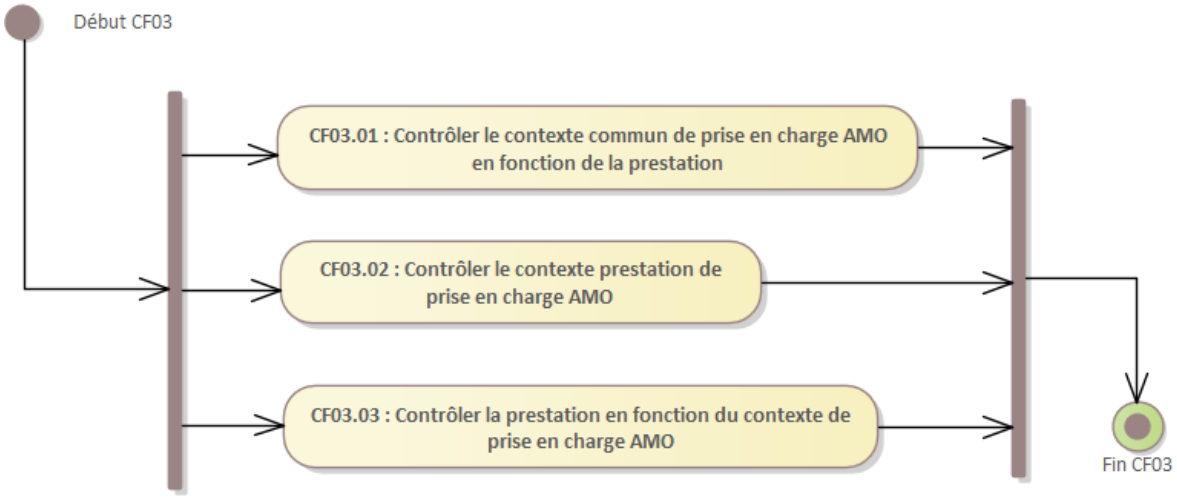


Figure 12 : [SC_CF03] Enchaînement de CF03 : " Contrôler les données de contexte AMO et les données de la prestation "

Découpage des tâches

Opération	Contrôle des données :	Par rapport aux données :
CF03.01	contexte de niveau facture	domaine d'information IP
CF03.02	contexte de niveau prestation	domaine d'information IP
CF03.03	domaine d'information IP	contexte de niveau facture ou de niveau prestation

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.4.1 CF03.01 : Contrôler le contexte commun de prise en charge AMO en fonction de la prestation

Vue générale

Nom ***CF03.01 Contrôler le contexte commun AMO en fonction de la prestation***

Description Cette opération consiste à contrôler les données du contexte commun AMO en fonction des données de la prestation acquises dans IP « Acquérir Information Prestation ».

Entrées	Code prestation	**EF_IP04_01**
	Type de nomenclature de la prestation	**EF_IP05_02**
	Code Nature d'assurance	**EF_CF02_02**
	Table 4 de l'annexe 2bis	**EF_A2_T4**
Sorties	Aucune	
Situations spécifiques	Forçage	**SP11**

Règles de gestion

[RG_CF_R3] Contrôler la nature d'assurance (EF_CF02_02) pour une prestation non CCAM (EF_IP05_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de vérifier la compatibilité du code prestation (EF_IP04_01) avec la nature d'assurance (EF_CF02_02).

Tables utilisées

- Table 4 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T4)

☞ Les prestations CCAM sont régies par la règle équivalente RG_CF_RC8.

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

[RG_CF_RC8] Contrôler la Nature d'assurance (EF_CF02_02) pour une prestation CCAM (EF_IP05_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de vérifier la compatibilité du code acte CCAM avec la nature d'assurance (EF_CF02_02) en fonction de la liste des valeurs de nature d'assurance permises pour ce code acte en base CCAM (DF_CCAM).

Ce contrôle est à mettre en œuvre via un service du module SRT : cf. A1-A1 règle RC8

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.4.2 CF03.02 : Contrôler le contexte prestation de prise en charge AMO

Vue générale

Nom ***CF03.02 Contrôler le contexte prestation AMO***

Description Cette opération consiste à contrôler les données du contexte prestation AMO soit en fonction des données de la prestation acquises dans IP « Acquérir Information Prestation » soit en fonction des données de contexte commun AMO.

Entrées	Code conventionnel	**EF_PS03_13**
	Contrat tarifaire PS	**EF_PS04_03**
	Code prestation	**EF_IP04_01**
	Date d'exécution de la prestation	**EF_IP04_02**
	Type de prestation	**EF_IP05_01**
	Code qualificatif de la dépense	**EF_CF08_01**
	Date d'envoi de la demande d'entente préalable	**EF_CF09_02**
	Existence d'une déclaration de médecin traitant	**EF_CF13_01**
	Situation au regard du parcours de soins	**EF_CF13_02**
	Table 7 de l'annexe 2bis	**EF_A2_T7**
Sorties	Aucune	
Situations spécifiques	Bénéficiaire de la C2S	**SP03**
	Forçage	**SP11**

Règles de gestion

Les règles de gestion concernant cette opération sont regroupées ci-après par thème.

Règles Qualificatif de la dépense

[RG_CF_R17] Contrôler le code qualificatif de la dépense (EF_CF08_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de vérifier la compatibilité entre le code prestation et le code qualificatif de la dépense.

Tables utilisées

- Table 7 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T7)

[SP11] Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles Motif médical d'exonération

[RG_CF_TC1] Contrôler le motif médical d'exonération (EF_CF08_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Certains actes CCAM sont dédiés à la prévention, d'autres peuvent relever, sur indication expresse du PS, d'un dispositif de prévention, d'autres enfin peuvent ne relever d'aucun dispositif de prévention.

Cette information est contenue dans la base CCAM (DF_CCAM).

Pour tout acte CCAM (EF_IP05_02 = « CCAM »), il convient de contrôler la compatibilité du motif d'exonération renseigné par le PS par rapport à l'utilisation de l'acte définie en base CCAM (DF_CCAM) dans le cadre d'un dispositif de prévention.

Ce contrôle est à mettre en œuvre via le service d'identifiant C-ExoPrevention du module SRT : cf. A1-A1 règle Tc1.

Le top dispositif de prévention (EF_CF08_07), utilisé pour l'appel au service C-ExoPrevention, est positionné à 'O' si et seulement si le motif médical d'exonération (EF_CF08_03) a été positionné à « soins de prévention » par le PS (cf. RG_CF320).

☞ En cas de compatibilité, ce service retourne directement le taux de remboursement lié à la prévention (cf. règle RG_VF_T12[CP1]) à prendre en compte pour la détermination du taux de remboursement de la prestation (cf. opération VF02).

Cas d'erreur

[CE1] Acte CCAM facturable uniquement en prévention

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour un acte CCAM facturable uniquement dans le cadre d'un dispositif de prévention, le système de facturation signale au Professionnel de Santé que le motif d'exonération doit être valorisé à « soins de prévention ».

[CE2] Acte CCAM non facturable en prévention

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour un acte CCAM non facturable dans le cadre d'un dispositif de prévention, le système de facturation signale au Professionnel de Santé que le motif d'exonération ne peut être valorisé à « soins de prévention ».

Règles Dépassements

[RG_CF326] Contrôler les dépassements liés au parcours de soins

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Selon le contexte du parcours de soins (EF_CF13_01; EF_CF13_02), certains Professionnels de Santé (selon leur spécialité (EF_PS_03_14)) sont autorisés, selon leur code conventionnel (EF_PS03_13), leur adhésion à un contrat tarifaire PS (EF_PS04_03) et suivant que le bénéficiaire bénéficie de la C2S ou non, à facturer un Dépassement Autorisé (DA).

Le non respect du parcours coordonné de soins par le bénéficiaire de soins autorise les médecins spécialistes de secteur I à pratiquer le « Dépassement Autorisé » (DA), qui n'est pas couvert par le régime obligatoire.

☞ Les médecins spécialistes sont définis dans le document GD § 2 Définitions et Abréviations

Il est possible de cumuler un DA avec un dépassement pour « Entente Directe » (ED).

INFORMATIONS DU PARCOURS DE SOINS			**DEPASSEMENTS**	
Position par rapport au parcours de soins	Contexte du parcours de soins		DA	DA+ED
	Situation au regard du parcours de soins	Existence de la déclaration d'un Médecin traitant		
Non concerné	Cas d'exclusion		**NON**	
	Urgence	(sans objet)		
Dans le parcours	Médecin Traitant	(sans objet)	**NON**	
	Nouveau Médecin Traitant	(sans objet)		
	Médecin traitant de substitution	Oui		
	Généraliste récemment installé	Oui		
	Généraliste en zone sous médicalisée	Oui		
	Hors résidence habituelle du bénéficiaire de soins	Oui		
		Non ou ne sait pas		
	Accès direct spécifique	Oui		
	Médecin orienté par le MT	(sans objet)		
	Médecin orienté par un médecin autre que le MT *(médecin en accès direct spécifique, généraliste récemment installé, médecin installé en zone sous médicalisée …)*	Oui		
Hors parcours	Généraliste récemment installé	Non ou ne sait pas	**NON**	
	Médecin installé en zone sous médicalisée	Non ou ne sait pas	**OUI** sous condition cf. table TAB_A0-T2bis (Figure 17)	
	Accès direct spécifique	Non ou ne sait pas		
	Hors Accès direct spécifique	Oui		
		Non ou ne sait pas		
	Médecin orienté par un médecin autre que le MT *(médecin en accès direct spécifique, généraliste récemment installé, médecin installé en zone sous médicalisée …)*	Non ou ne sait pas		
	Non respect du parcours (*PS non Médecin Traitant, non orienté*…)	(sans objet) (**)		

Tableau 3 : [TAB_A0_T2] : Table des dépassements selon le contexte du parcours de soins.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Pour les contextes du parcours de soins avec lesquels le dépassement DA est compatible, le détail des compatibilités en fonction du Professionnel de Santé et du bénéficiaire sont décrites dans le tableau ci-après :

<table>
<tr><th colspan="3" rowspan="3">Professionnel de Santé</th><th>DANS le parcours</th><th colspan="2">HORS parcours</th></tr>
<tr><th>Bénéficiaire</th><th colspan="2">Bénéficiaire</th></tr>
<tr><th>Code convention</th><th>Contrat tarifaire PS</th><th>en C2S ou hors C2S</th><th>hors C2S</th><th>en C2S</th></tr>
<tr><td>non conventionné</td><td>0</td><td>Aucun</td><td rowspan="6">non</td><td colspan="2">Non</td></tr>
<tr><td rowspan="2">secteur I (sans DP)</td><td rowspan="2">1</td><td rowspan="2">Indifférent</td><td>DA si spécialité différente de 01,22,23</td><td>Non</td></tr>
<tr><td>DA+ED si spécialité 18,44,45,69</td><td>non</td></tr>
<tr><td>secteur I avec DP n’ayant pas adhéré à un Contrat Tarifaire PS</td><td rowspan="2">2</td><td>Aucun</td><td rowspan="4">non</td><td rowspan="4">Non</td></tr>
<tr><td>secteur I avec DP ayant adhéré à un Contrat Tarifaire PS</td><td>OPTAM ou OPTAM-CO</td></tr>
<tr><td>secteur II n’ayant pas adhéré à un Contrat Tarifaire PS</td><td rowspan="2">3</td><td>Aucun</td></tr>
<tr><td>secteur II ayant adhéré à un Contrat Tarifaire PS</td><td>OPTAM ou OPTAM-CO</td></tr>
</table>

Tableau 4 : [TAB_A0_T2bis] Table des dépassements du parcours de soins selon le PS et le bénéficiaire

☞ Il est rappelé que ces règles de compatibilité entre la situation au regard du parcours de soins et les dépassements sont spécifiées ici à titre indicatif. Elles peuvent donner lieu à des signalements au Professionnel de Santé sur le logiciel métier lors de la facturation mais ne doivent en aucun cas être bloquantes et interdire la facturation d’un dépassement.

Situations spécifiques

[SP03] Dépassements liés au parcours de soins pour la C2S

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé ne peut appliquer de dépassement tarifaire pour les actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la C2S, sauf en cas d’exigence particulière du bénéficiaire de soins (des dispositions spécifiques sont prévues pour les prothèses dentaires et les lunettes).

Le dépassement autorisé « DA » n’est pas autorisé pour les bénéficiaires de soins bénéficiaires du droit à la C2S.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

☞ Les médecins spécialistes sont définis dans le document GD § 2 Définitions et Abréviations

☞ Ce cas spécifique est inclus dans les tableaux (cf. figures 15 et 16) présentés au niveau du mode nominal de la règle.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.4.3 CF03.03 : Contrôler la prestation par rapport aux contextes de prise en charge AMO (niveau facture et prestation)

Vue générale

Nom ***CF03.03 Contrôler la prestation par rapport aux contextes de prise en charge AMO***

Description Cette opération consiste à contrôler les données de la prestation en fonction soit du contexte prestation AMO soit du contexte commun AMO.

Entrées	Code prestation	**EF_IP04_01**
	Situation au regard du parcours de soins	**EF_CF13_02**
	Position par rapport au parcours de soins	**EF_CF13_03**
	Code conventionnel	**EF_PS03_13**
	Contrat Tarifaire PS	**EF_PS04_03**
	Montant PS des honoraires de la prestation	**EF_IP04_06**
	Code qualificatif de la dépense	**EF_CF08_01**
	Table 17 de l'annexe 2bis	**EF_A2_T17**
	Table 17bis de l'annexe 2bis	**EF_A2_T17bis**
	Table 17ter de l'annexe 2bis	**EF_A2_T17ter**
Sorties	Aucune	
Situations spécifiques	Forçage	**SP11**

Règles de gestion

Les règles de gestion concernant cette opération sont regroupées ci-après par thème.

Règles Majoration de coordination

[RG_CF_R39] ***Contrôler la facturation d'une majoration de coordination***

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Principe de majorations de coordination

Un médecin consulté dans le respect du parcours coordonné de soins est autorisé sous certaines conditions à facturer une majoration de coordination, prise en charge par le régime obligatoire.

Pour certaines situations au regard du parcours de soins (EF_CF013_02) et dans le cas où la position de la facture par rapport au parcours de soins (EF_CF13_03) est « dans le parcours », les Professionnels de Santé sont autorisés à facturer une majoration de coordination en fonction de leur code conventionnel (EF_PS03_13) suivant que le bénéficiaire bénéficie ou non de la C2S.

Tables utilisées

- Table 17 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T17)
- Table 17bis de l'Annexe 2bis (EF_A2_T17bis)

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Références réglementaires

- Réforme d'Assurance Maladie : loi du 13-08-04
- Avenant 8 à la convention médicale du 26 juillet 2011
- Convention médicale 2016

➢ ***Remarques***

Les majorations MCC, MCG et MCS sont autorisées dans le parcours de soins dans les situations d'orientation, d'accès direct spécifique ou de hors résidence habituelle du patient.

La majoration MCS est également facturable dans un contexte d'urgence.

Les majorations MCC, MCS et MCG sont également facturables hors parcours de soins pour des bénéficiaires de la C2S et de de l'ACS.

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

Cas particuliers

[CP1] Bénéficiaire de soins de moins de 16 ans

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Une exception à cette règle concerne l'autorisation de facturer certaines majorations de coordination pour les patients de moins de 16 ans, dans les conditions définies supra.

« La liste de ces majorations de coordination fait l'objet de la table 17ter (EF_A2_T17ter) de l'annexe 2bis. »

Tables utilisées

- Table 17ter de l'Annexe 2bis (EF_A2_T17ter)

📖 Annexe 2 [R39 – Tables 17, 17bis et 17ter]

Règles Montant des honoraires

[RG_CF_R16] Contrôler le montant PS des honoraires (EF_IP04_06) par rapport au qualificatif de la dépense (EF_CF08_01) « acte gratuit »

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le code qualificatif de la dépense est égal à " Acte gratuit ", le montant des honoraires saisi par le PS (EF_IP04_06) doit être égal à zéro.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.5 CF04 : Finaliser le contexte commun de prise en charge AMO

Vue générale

Nom ***CF04 Finaliser le contexte commun de prise en charge AMO***

Description Cette opération consiste à finaliser certaines données du contexte commun de prise en charge AMO en fonction des données du contexte prestation AMO de chaque prestation de la facture, en l'occurrence la situation au regard du parcours de soins.

Entrées	Code prestation	**EF_IP04_01**
	Type de prestation	**EF_IP05_01**
	Code complément prestation	**EF_IP08_01**
	Code acte CCAM	**EF_IP09_01**
	Code modificateur CCAM AMO	**EF_IP10_01**
	Code nature d'assurance	**EF_CF02_02**
	Situation au regard du parcours de soins	**EF_CF13_02**
	Table 1 de l'annexe 2bis	**EF_A2_T1**
	Table 5bis de l'annexe 2bis	**EF_A2_T5bis**
	Table 12 de l'annexe 2bis	**EF_A2_T12**
	Table 15.3 de l'annexe 2bis	**EF_A2_T15.3**
	Table 15.5 de l'annexe 2bis	**EF_A2_T15.5**
Sorties	Aucune	
Situations spécifiques	Forçage	**SP11**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

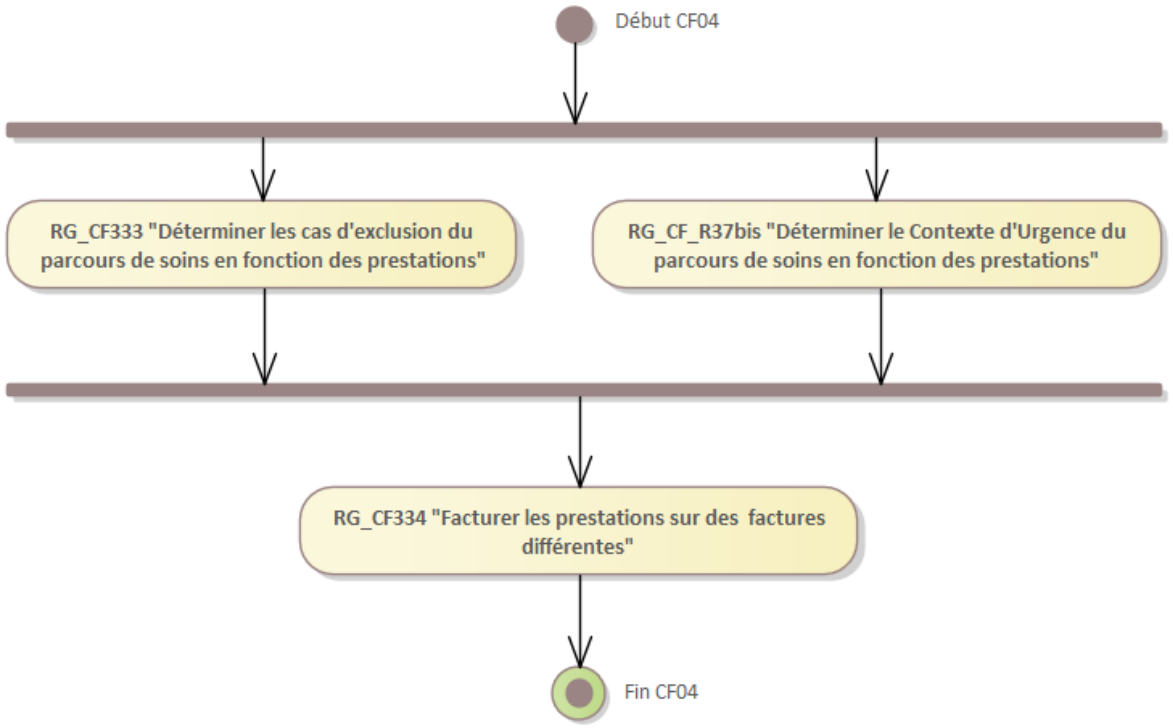


Figure **13** : **[SC_CF04]** Enchaînement de CF04 : " **Finaliser le contexte commun de prise en charge AMO** "

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règle de gestion

[RG_CF333] Déterminer les cas d'exclusion du parcours de soins en fonction des prestations

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Certaines prestations sont automatiquement exclues du parcours de soins du fait de la combinaison des paramètres suivants :

- le code prestation (code regroupement pour les prestations CCAM), (EF_IP04_01)
- le code acte CCAM (code affiné), (EF_IP09_01)
- le motif médical d'exonération, (EF_CF08_03)
- la nature d'assurance. (EF_CF02_02)

  Les prestations exclues du parcours de soins sont identifiées dans la table EF_A2_T15.3 de l'annexe 2bis.

- ou du fait de la catégorie médicale de l'acte pour un acte de la nomenclature CCAM.

  Les valeurs de catégories médicales excluant du parcours de soins sont identifiées dans la table EF_A2_T15.5 de l'annexe 2 bis

Tables utilisées

- Table 15.3 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T15.3)
- Table 15.5 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T15.5)

Références réglementaires

- Réforme d'Assurance Maladie : loi du 13-08-04

Cas particuliers

[CP1] Actes associés

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cadre du parcours de soins :

- Un code prestation de type « secondaire » (EF_IP05_01), s'il relève du contexte particulier d'exclusion du parcours de soins (cf. règle RG_CF_R37 – table EF_A2_T15.3) alors ce contexte s'applique également au code prestation de type « support » associé.
- Inversement un code prestation de type « support », s'il relève du contexte particulier d'exclusion du parcours de soins (cf. règle R37 – table 15.3) alors ce contexte s'applique également aux codes prestation de type « secondaire » associés.

Tables utilisées

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T1)

[RG_CF_R37bis] Déterminer le Contexte d'Urgence du parcours de soins en fonction des prestations

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Outre l'identification par le professionnel de santé de l'Urgence pour la situation au regard du parcours de soins, certaines prestations induisent nécessairement le contexte d' « Urgence » au regard du parcours de soins.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Ces prestations sont caractérisées :

- Par le code prestation (EF_IP04_01)
- Par le complément de prestation (EF_IP06_01)
- Le code modificateur pour les actes CCAM (EF_IP10_01)

Ce contexte s'applique alors également à tous les actes de la facture effectués à la même date.

Tables utilisées

- Table 5bis de l'Annexe 2bis (EF_A2_T5bis)

Références réglementaires

- Réforme d'Assurance Maladie : loi du 13-08-04

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

Cas particuliers

[CP1] Actes associés

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cadre du parcours de soins :

- Un code prestation de type « secondaire » » (EF_IP05_01), s'il relève du contexte particulier d'Urgence (cf. règle RG_CF_R37bis – table EF_A2_T5bis) alors ce contexte s'applique également au code prestation de type « support » associé.
- Inversement un code prestation de type « support », s'il relève du contexte particulier d'Urgence (cf. règle R37bis – table 5bis) alors ce contexte s'applique également aux codes prestation de type « secondaire » associés.

Tables utilisées

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T1)

[RG_CF334] Facturer les prestations sur des factures différentes dans le cadre du parcours de soins

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cadre du parcours de soins, si deux prestations relèvent d'une situation du parcours de soins différentes, il convient alors de facturer ces deux prestations sur des factures différentes.

Ce cas de figure peut arriver dans les cas suivants :

- soit certaines prestations relèvent du contexte d'Urgence du parcours de soins et d'autres pas (du fait de dates d'exécution différentes) (cf. RG_CF_R37bis),
- soit certaines prestations sont exclues du parcours de soins et d'autres pas. (cf. RG_CF333).

Exemple

Patient atteignant 16 ans durant une séquence de soins (par exemple : séquence de désensibilisation par un allergologue).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.6 CF05 : Contrôler la facturation des déplacements

Vue générale

Nom ***CF05 Contrôler les prestations de déplacement***

Description Cette opération consiste à contrôler les prestations entre elles par rapport aux données déjà saisies.

Entrées Code prestation **EF_IP04_01**

Code qualificatif de la dépense **EF_CF08_01**

Sorties Aucune

Situations spécifiques Aucune

Règles de gestion

[RG_CF327] Contrôler la facturation des déplacements

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les prestations non remboursables, les prestations gratuites, et les prestations hors nomenclature ne donnent pas lieu à facturation de déplacement.

Ces prestations sont caractérisées :

- soit par leur « code qualificatif du remboursement AMO» (EF_CF08_05) à **« Non remboursable AMO »,**
- soit par leur qualificatif de dépense (EF_CF08_01) positionné à « GRATUIT »

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.7 CF06 : Générer les prestations LPS

Vue générale

Nom ***CF06 Générer les prestations LPS***

Description Cette opération a pour objet, à partir des prestations saisies par le PS, d'ajouter les prestations automatiquement générées par le système de facturation (LPS).

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.

Les prestations automatiquement créées par le LPS dans la facture sont :

- les prestations d'honoraire de dispensation simple (insérée après une prestation de type médicament),
- les prestations d'honoraires de type « global » ajoutées en fin de facture (chacune de ces prestations est unique par facture) :
  - la prestation d'honoraire complexe
  - la prestation d'honoraire pour médicament remboursable
  - la prestation d'honoraire lié à l'âge
  - la prestation d'honoraire pour médicament spécifique

Attention : le positionnement de cette opération à la fin de CF dans le processus fonctionnel n'impose pas au système de créer tous les honoraires une fois tous les médicaments saisis : le système peut les créer au fur et à mesure de la saisie des médicaments par le PS.

Entrées	Prestation (saisie par le PS)	**EF_IP04**
Sorties	Code prestation à générer à suivre	**EF_CF08_06**
Situations spécifiques	Aucune	

Préambule

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° 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. Il 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.

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 RG_CF_R60 pour déterminer s'il y a lieu de générer une prestation d'honoraire simple associée.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

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 RG_CF_R61 :

- 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 RG_CF_R62.
- 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 RG_CF_R63.
- 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 RG_CF_R64.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

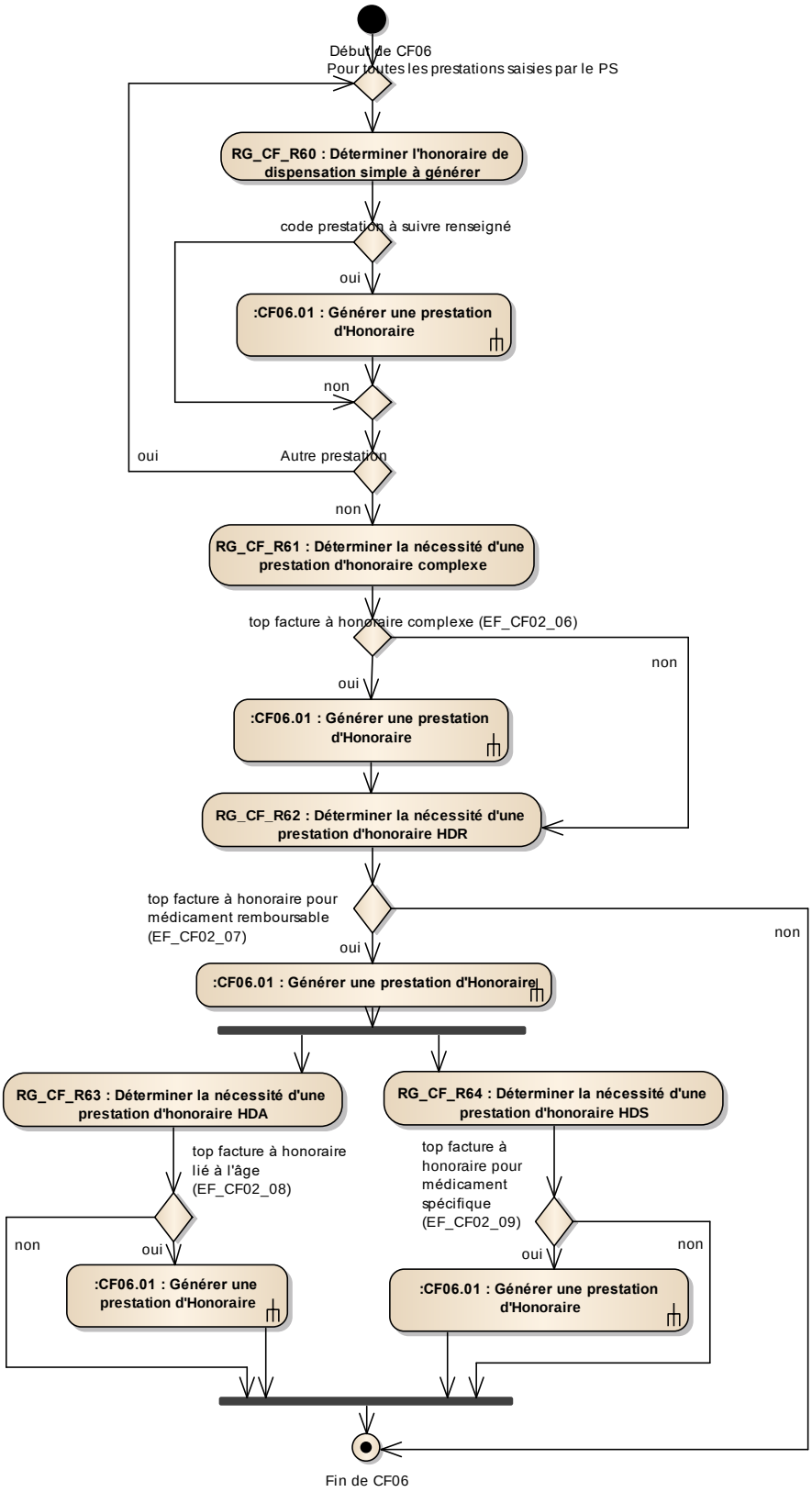


Figure 14 : [SC_CF06] Enchaînement de CF06 : " Générer les prestations LPS "

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

[RG_CF_R60] Déterminer l'honoraire de dispensation simple à générer (EF_CF08_06)

PR | M | CD | SF | AM | LB | **PH** | FR | TR

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.

La nécessité de cette création dépend des données de la prestation saisie par le PS :

- 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 »

☞ A noter que seuls les médicaments ayant un code CIP permettent de générer un honoraire de dispensation

☞ 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

☞ Remarque : La prestation générée par le LPS ne doit pas être modifiée par le PS.

Tables utilisées

- Table 60 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T60)
- Base medicament

[RG_CF_R61] Déterminer la nécessité d'une prestation d'honoraire complexe (EF_CF02_06)

PR | M | CD | SF | AM | LB | **PH** | FR | TR

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.

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.

☞ Remarque : La prestation générée par le LPS ne doit pas être modifiée par le PS.

Tables utilisées

- Table 60 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T60)
- Table 61 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T61)
- Base médicament

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_CF_R62] Déterminer la nécessité d'une prestation d'honoraire pour médicament remboursable (EF_CF02_07)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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).

Tables utilisées

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T1)

Références réglementaires

- Avenant n° 11 à la convention nationale signé le 20 juillet 2017

[RG_CF_R63] Déterminer la nécessité d'une prestation d'honoraire lié à l'âge (EF_CF02_08)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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.
La présence dans la facture d'une prestation d'honoraire lié à l'âge dépend à la fois :

- 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 d'élaboration de la facture, il doit être inclus dans l'une des tranches d'âge spécifiées en table 63.

Tables utilisées

- Table 63 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T63)

Références réglementaires

- Avenant n° 11 à la convention nationale signé le 20 juillet 2017

[RG_CF_R64] Déterminer la nécessité d'une prestation d'honoraire pour médicament spécifique (EF_CF02_09)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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.

La présence dans la facture d'une prestation d'honoraire pour médicament spécifique dépend à la fois :

- 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),

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- du type des médicaments : la facture doit contenir au moins un médicament spécifique. Cette caractéristique est identifiée dans la base nationale médicaments

Tables utilisées

- Base médicament nationale

Références réglementaires

- Avenant n° 11 à la convention nationale signé le 20 juillet 2017

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.7.1 CF06.01 : Générer une prestation d'honoraire

Vue générale

Nom ***CF06.01 Générer une prestation d'honoraire***

Description L'objet de cette opération est de générer automatiquement, à partir d'une prestation médicament, une prestation d'honoraire de dispensation (simple, complexe, pour médicament remboursable, lié à l'âge ou pour médicament spécifique).

Cette opération enchaîne des règles des fonctionnalités IP, CF de sorte à effectuer l'acquisition ou la détermination puis le contrôle de toutes les données nécessaires à une prestation de type honoraire, hormis les données tarifaires qui seront déterminées dans un second temps dans la fonctionnalité VF.

Les règles de IP, CF, VF appelées se déroulent :

- soit dans leur mode nominal, si la prestation de type honoraire ne présente pas de spécificité pour la règle en question.
- soit dans un fonctionnement particulier, prévu au niveau de la règle elle-même, si la prestation de type honoraire présente une spécificité pour la règle en question.

☞ Remarque : La prestation générée par le LPS ne doit pas être modifiée par le PS.

Entrées *Données de la prestation médicament associée*

Prestation	**EF_IP04**
Type prestation	**EF_IP05**
Lieu d'exécution	**EF_IP06**
Supplément de prestation	**EF_IP08**
Contexte Prestation AMO	**EF_CF08**
Code prestation suivant à générer	**EF_CF08_06**
Contexte Prestation Prévention AMO/AMC	**EF_CF10**

Sorties *Données de la prestation générée*

Prestation	**EF_IP04**
Type prestation	**EF_IP05**
Lieu d'exécution	**EF_IP06**
Supplément de prestation	**EF_IP08**
Contexte Prestation AMO	**EF_CF08**
Contexte Prestation Prévention AMO/AMC	**EF_CF10**

Situations spécifiques Aucune

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

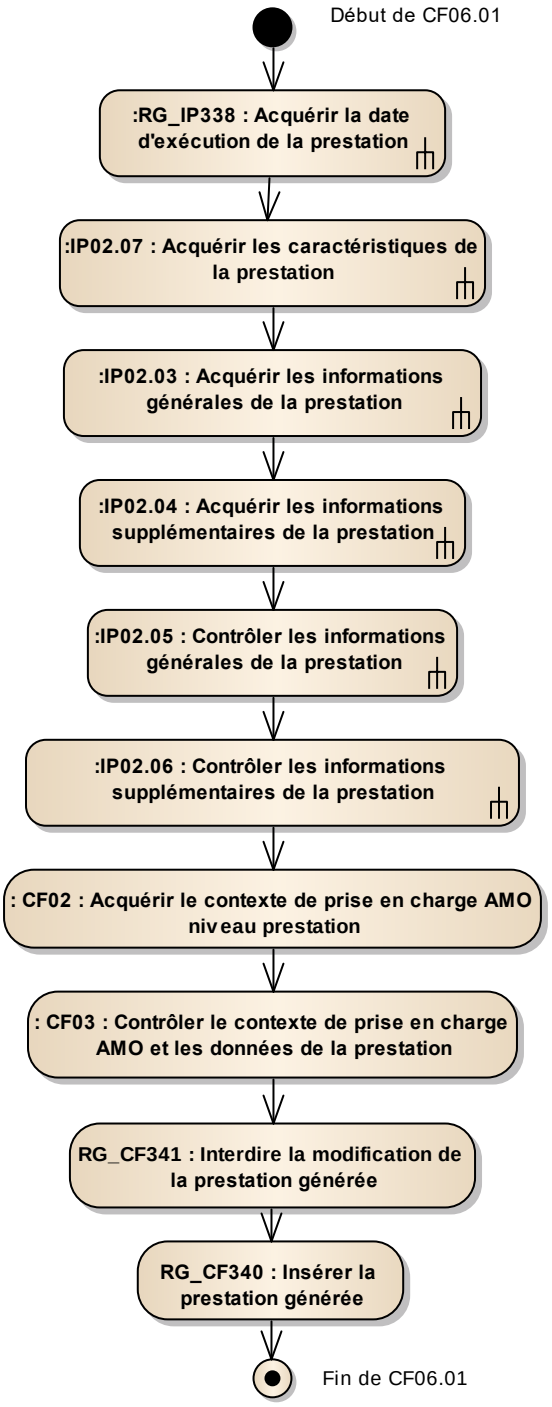


Figure 15 : [SC_CF06.01] Enchaînement de CF06.01 : " Générer une prestation d'honoraire "

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

[RG_CF340] Positionner une prestation d'honoraire générée

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Toute prestation d'honoraire simple générée par le LPS doit **immédiatement** succéder la prestation médicament 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 générée par le LPS doit être positionnée à la suite des prestations saisies par le PS et des prestations d'honoraire simple générées par le système de facturation.

La prestation d'honoraire pour délivrance de médicament remboursable doit être positionnée en fin de facture, c'est-à-dire après la liste des médicaments et des honoraires simples, et de l'honoraire complexe s'il y en a.

Ensuite sont insérées s'il y a lieu la prestation d'honoraire lié à l'âge puis la prestation d'honoraire pour délivrance de médicament spécifique.

📖 A1-A0 §2.4.21.1.5 Frais pharmaceutiques

[RG_CF341] Interdire la modification de la prestation d'honoraire générée

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour toute prestation de type honoraire générée par le système (EF_IP05_03 = « honoraire » et EF_IP05_06= »LPS »), aucune information ne doit être modifiable (forçable) par le Professionnel de Santé.

📖 A1-A0 §2.4.21.1.5

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

4 Acquérir le contexte de facturation pour la part complémentaire

4.1 Enchaînement des opérations de CF-Complémentaire

Schéma

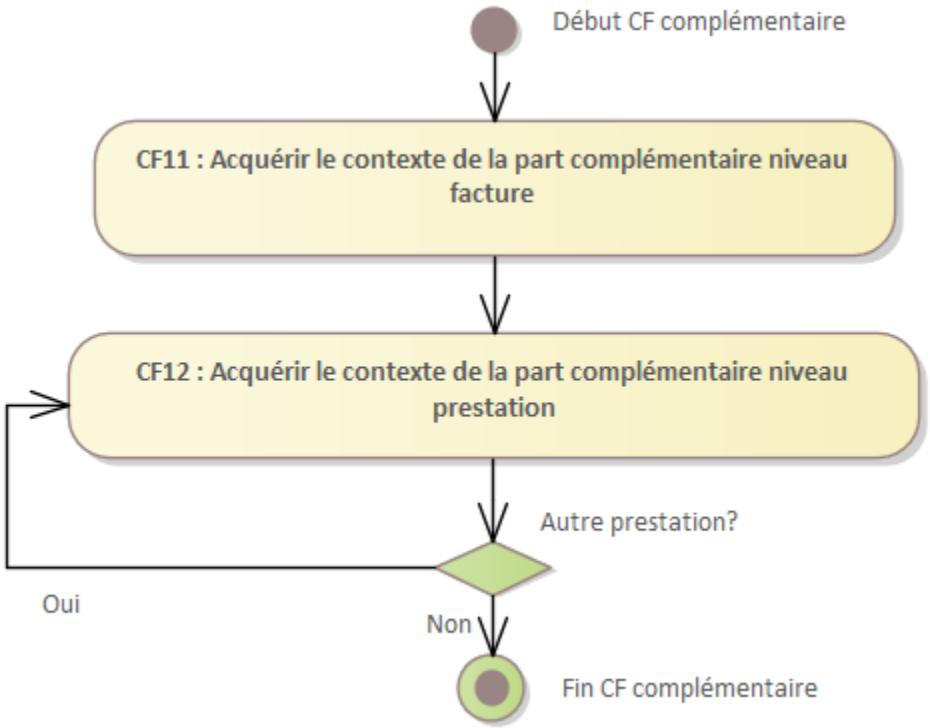


Figure 16 : [SC_CF-AMC] Enchaînement des opérations de CF-Complémentaire : "Acquérir le contexte de facturation de la part complémentaire"

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

4.2 CF11 : Acquérir le contexte de la part complémentaire niveau facture

Vue générale

Nom ***CF11 Acquérir le contexte de la part complémentaire niveau facture***

Description Cette opération a pour but :

- de déterminer le tiers payant complémentaire (CF11.04) (Cf. RG_MF001). Si la part complémentaire est en gestion unique hors tiers payant, il n'y a pas de transmission d'informations sur la part complémentaire.
- de déterminer le service ouvert au bénéficiaire de soins (CF11.09),
- de déterminer la date de référence pour le remboursement de la part complémentaire (CF11.01) puis de contrôler que les droits au regard de l'organisme complémentaire sont ouverts en fonction de la date de référence (CF11.02),
- de déterminer les informations administratives et de routage pour élaborer la facture (CF11.10) par recherche systématique dans l'Annuaire AMC en cas de gestion séparée (CF11.05) ; sinon par recherche dans la table de convention (CF11.03),
- d'acquérir d'autres informations relatives au contexte de la part complémentaire niveau facture (CF11.06),
- de contrôler l'activation d'un service de tarification complémentaire et de déterminer le service de l'organisme complémentaire à appeler si celui-ci a été activé (CF11.08).

Entrées	Organisme complémentaire »	EF_BS16
	Contrat complémentaire en gestion séparée »	EF_BS17
	Période de droits en gestion séparée »	EF_BS23
	Critères recherche conventionnelle type 1 »	EF_BS20
	Contrat complémentaire en gestion unique »	EF_BS13
	Organisme AMO »	EF_BS04
	Période de droits en gestion unique »	EF_BS14
	Signataire de convention groupée » (table des regroupements)	EF_AP02
	Table des conventions du PS »	EF_AP01
	Code sous-famille »	EF_PS04_10
	Date de prescription »	EF_IP03_02
	Date d'exécution de la prestation »	EF_IP04_02
Sorties	Convention applicable »	EF_CF14
	Contexte facture complémentaire »	EF_CF03
Situations spécifiques	Bénéficiaire de la C2S	SP03
	Sortant de la C2S	SP04
	Bénéficiaire de l'AME	SP06
	Forçage	SP11

Préambule

POSITIONNEMENT DE LA REPONSE DE PRISE EN CHARGE

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Le processus d'acquisition des informations relatives à la part complémentaire est inchangé : soit le Professionnel de Santé interroge le service ADRi, soit le bénéficiaire de soins présente sa carte Vitale, soit il présente un autre support de droit... Le contrôle de l'ouverture des droits à l'organisme complémentaire est réalisé à partir des dates de validité présentes sur le support de **droit**.

Il appartient au Professionnel de Santé de vérifier la période de validité de la réponse de la prise en charge.

Aucun renseignement supplémentaire autre que le n° de référence de la réponse de PEC et le (ou les) montant(s) n'est demandé au Professionnel de Santé.

Dans le cas d'une réponse de PEC valide à une date donnée, et de droits complémentaires non ouverts, il n'est pas possible pour le Professionnel de Santé de réaliser une facture électronique (sauf forçage de la période de droits inscrite sur le support de droit présenté par le bénéficiaire des soins).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

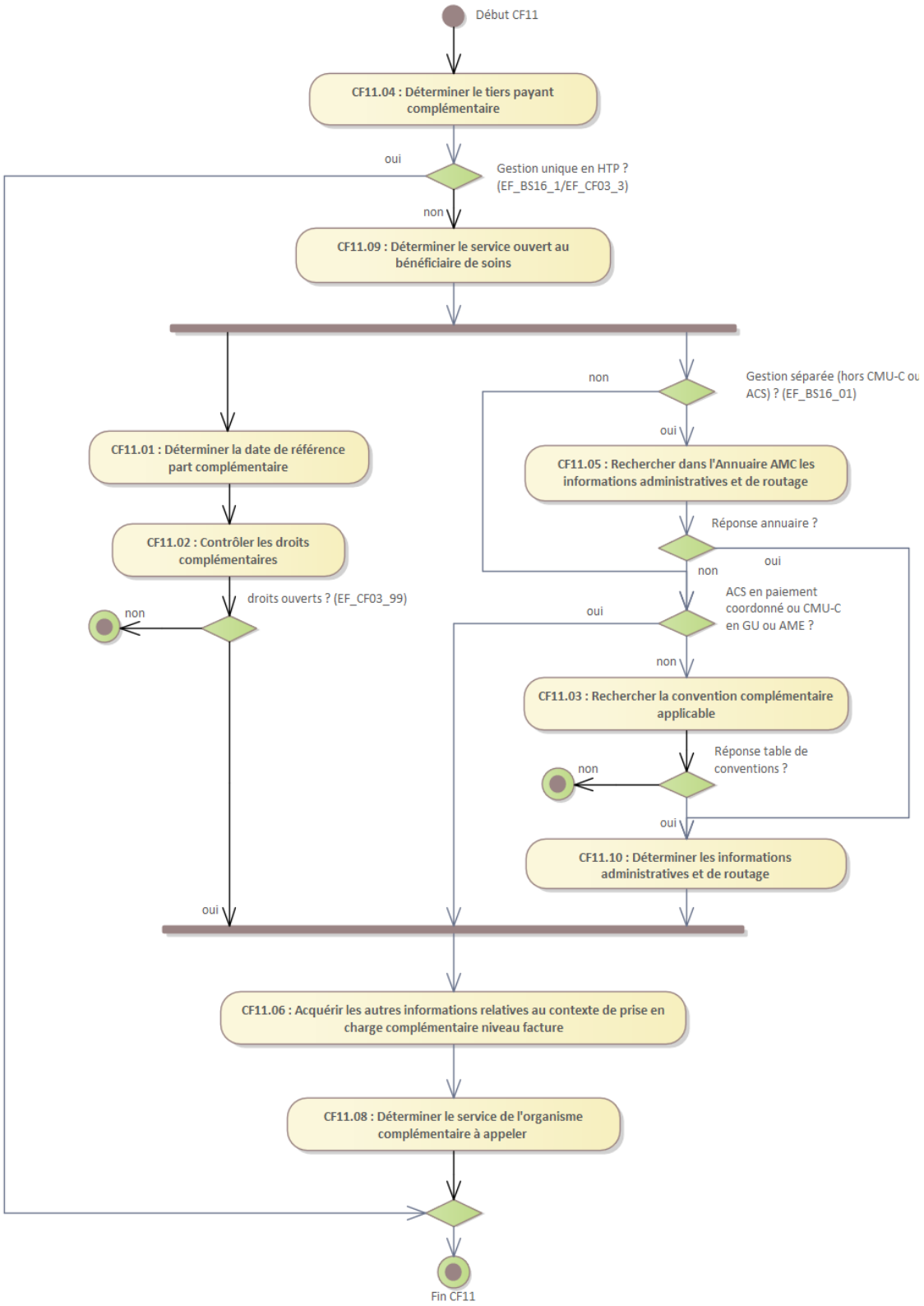


Figure 17 : [SC_CF11] Enchaînement des tâches de l'opération CF11 « Acquérir le contexte de la part complémentaire niveau facture »

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

4.2.1 CF11.01 : Déterminer la date de référence part complémentaire

Vue générale

Nom	***CF11.01 Déterminer la date de référence part complémentaire***	
Description	Cette opération a pour but de déterminer la date de référence utilisée pour le contrôle des droits au regard de la part complémentaire.	
Entrées	Code régime	EF_BS04_01
	Code sous-famille	EF_PS04_10
	Date d'exécution de la prestation	EF_IP04_02
	Date de la facture	EF_IP01_01
	Date de prescription	EF_IP03_02
	Prestation	EF_IP04
	Code famille du professionnel de santé	EF_PS04_09
	Code mode de gestion complémentaire	EF_BS16_01
Sorties	Date de référence part complémentaire	EF_CF03_01
Situations spécifiques		

Préambule

Dans le cas général, la date de référence pour la part complémentaire reste calquée sur la date de référence AMO.

Cependant, dans le cas de la gestion séparée pour les actes exécutés en pharmacie, ou chez un fournisseur la date de référence pour la part complémentaire est par défaut la date d'exécution de l'acte (date de délivrance pour les médicaments, date de délivrance ou de début de location pour les dispositifs médicaux, date d'exécution pour les actes de biologie autorisés aux officines).

Si au lieu de la date d'exécution, l'organisme complémentaire applique la date de prescription ou la date de facturation, le Professionnel de Santé de la famille « Pharmaciens », » ou « Fournisseurs » peut sélectionner l'une ou l'autre. Cette sélection ne constitue pas un forçage (pas d'indicateur de forçage positionné dans la facture).

En gestion séparée, ce principe s'applique également pour les traitements en série réalisés par les Professionnels de Santé « Auxiliaires Médicaux ».

Cette règle s'applique aussi bien en Tiers Payant qu'en Hors Tiers Payant complémentaire.

Mode de gestion de l'organisme complémentaire (EF_BS16_01)	Famille de PS (EF_PS04_09)	Type d'acte	Date de référence complémentaire (EF_CF03_01)	Règle SFG
Gestion unique	Tous	Tous	Egale à la date de référence AMO	RG_CF360
Gestion séparée	Tous hors PH/FR	Tous	Egale à la date de référence AMO	RG_CF360
	Auxiliaires médicaux	Acte isolé		

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

	PH/FR Auxiliaires médicaux	Tous Traitements en série		RG_CF380

Règles de gestion

[RG_CF360] Déterminer la date de référence complémentaire (EF_CF03_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La date à prendre en compte pour déterminer l'ouverture des droits est identique à celle utilisée pour appliquer la tarification et la réglementation AMO.

La règle de détermination de la date de référence AMO est décrite dans l'opération 3.2.1 CF01.01 : Déterminer la date de référence AMO.

[RG_CF380] Acquérir la date de référence part complémentaire en gestion séparée pour les familles « Pharmaciens », « Fournisseurs » et « Auxiliaires-médicaux » (EF_CF03_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour contrôler l'ouverture des droits sur la part complémentaire, le système de facturation d'un Professionnel de Santé de la famille « Pharmaciens », « Fournisseurs » ou « Auxiliaires Médicaux » dans le cas de traitements en série, doit :

- utiliser par défaut la date d'exécution de l'acte (date d'exécution de l'acte – EF_IP04_02 ou date de délivrance pour les médicaments, date de délivrance ou de début de location pour les dispositifs médicaux, date d'exécution de chaque acte en cas de traitement en série),
- permettre au Professionnel de Santé de sélectionner une autre date : la date de prescription (Date de prescription - EF_IP03_02) ou la date de facturation (Date de la facture - EF_IP01_01). Cette sélection, peu fréquente, ne constitue pas un forçage (pas d'indicateur de forçage positionné dans la facture).

☞ Ces règles s'appliquent pour les factures élaborées en Tiers Payant ou en hors Tiers Payant.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

4.2.2 CF11.02 : Contrôler les droits complémentaires

Vue générale

Nom	***CF11.02 Contrôler les droits complémentaires***	
Description	Cette opération a pour but de contrôler que les droits au regard de la prise en charge de la part complémentaire sont ouverts à la date de référence.	
Entrées	Date de référence complémentaire	EF_CF03_01
	Organisme complémentaire	EF_BS16
	Contrat complémentaire en gestion séparée	EF_BS17
	Période de droits en gestion séparée	EF_BS23
	Contrat complémentaire en gestion unique	EF_BS13
	Période de droits en gestion unique	EF_BS14
Sorties	Code droit complémentaire ouvert	EF_CF03_99
Situations spécifiques	Bénéficiaire de la C2S	SP03
	Forçage	SP11

Préambule

REPONSE DE PRISE EN CHARGE

Que ce soit en gestion unique ou en gestion séparée, lorsqu'il y a une réponse de prise en charge complémentaire, le Professionnel de Santé doit vérifier que la réponse de prise en charge complémentaire porte le numéro d'organisme complémentaire présenté sur le support de droit et sur la réponse de prise en charge.

Il appartient au Professionnel de Santé de vérifier la cohérence au niveau de l'identification de l'organisme complémentaire.

- Si les n° de l'organisme d'assurance maladie complémentaire sont identiques, il y a conservation des données déjà acquises de l'organisme complémentaire.
- Si les n° de l'organisme d'assurance maladie complémentaire sont différents. Les données acquises précédemment sont effacées.

Le Professionnel de Santé demande au bénéficiaire de soins le support de droit correspondant à l'organisme complémentaire présent sur la réponse de prise en charge,

- Si le bénéficiaire de soins présente le support de droit correspondant, le Professionnel de Santé reprend le processus d'acquisition des données complémentaires à partir de ce support de droits.
- Si le bénéficiaire de soins ne présente pas le support de droit correspondant, le Professionnel de Santé élabore une facture papier à partir des données administratives reprises sur la réponse de prise en charge.

Règles de gestion

[RG_CF361] Contrôler l'ouverture des droits complémentaires (EF_CF03_99)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation du professionnel de santé vérifie l'ouverture des droits du bénéficiaire à partir des données lues sur le support de droits :

- Dans le cadre d'une gestion unique :

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- garanties effectives (code garantie effectives – EF_BS13_02),
- date de début droits Mutuelle (date de début des droits en gestion unique – EF_BS14_01),
- date de fin droits Mutuelle (date de fin des droits en gestion unique – EF_BS14_02).

- Dans le cadre gestion séparée :
  - date de début de validité des données (date de début des droits en gestion séparée – EF_BS23_01),
  - date de fin de validité des données (date de fin des droits en gestion séparée – EF_BS23_02).

Cas particulier

[CP1] Traitements en série effectués par un Professionnel de Santé de la famille Auxiliaire Médicaux en gestion séparée

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

- si la date de référence complémentaire est la date d'exécution et si cette dernière est en dehors de la période de droits, alors le système affiche le message suivant au Professionnel de Santé :

  « Vérifiez les droits de la complémentaire ou fractionnez votre facturation »

- si la date de référence complémentaire est la date de prescription et si cette dernière est en dehors de la période de droits, alors le système affiche le message suivant au Professionnel de Santé :

  « La date de prescription est hors période de la validité des droits de la complémentaire : vérifiez que le bénéficiaire n'a pas changé de complémentaire »

➢ ***Situation spécifique pour ce cas particulier***

☞ [RG_CF361][CP1][SP11] Forçage

Situation spécifique

[SP03] Contrôler l'ouverture des droits complémentaires

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En gestion séparée, pendant la période de validité, le système de facturation doit proposer la télétransmission directe vers l'AMC.

Les dates de validité doivent être utilisées uniquement pour déterminer la période de télétransmission directe possible vers l'AMC.

☞ [RG_CF361][SP11] Forçage

Cas d'erreur

[CE1] Droits non ouverts

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si les droits ne sont pas ouverts, le Professionnel de Santé a la possibilité soit de forcer les dates d'ouverture des droits soit d'abandonner la transmission des informations relatives à la complémentaire.

☞ **[SP11]** Forçage

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

➢ ***Situation spécifique pour ce cas d'erreur***

[CE1][SP03] Droits non ouverts

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En dehors de cette période ou si le professionnel de santé refuse la transmission directe, le système de facturation doit proposer le tiers payant coordonné que l'on peut assimiler à un mode de gestion unique.

[RG_CF393] Acquérir la nature de la pièce justificative des droits complémentaires (EF_CF03_10)	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

Préambule

Le système de facturation doit permettre au Professionnel de Santé soit de **saisir** directement les informations à partir d'une **attestation papier** si les informations ne sont pas en carte, soit de **remplacer** les données complémentaires issues de la carte Vitale par des informations en **provenance d'autres supports** de droits **AMC** en respectant le choix de l'assuré relatif au support de droits AMC à utiliser. Ces remplacements d'informations font l'objet d'une mention au niveau de la **nature de pièces justificatives des droits complémentaires.**

Le renseignement de cette information s'appuie sur la donnée « code support de droits complémentaire » (EF_BS16_02) acquise dans la fonctionnalité « BS : Acquérir les informations du bénéficiaire de soins ».

Règle

Les règles d'acquisition de la nature de la pièce justification sont les suivantes :

- **Aucune information en carte et présentation d'une attestation**

Aucune donnée complémentaire n'est contenue dans la carte, le Professionnel de Santé peut saisir toutes les informations à partir d'une attestation papier (ou un autre support de droits AMC). La **nature de pièce justificative de droits complémentaires** prend alors la valeur **2** « l'adhérent / assuré a présenté son support de droits AMC autre que la carte vitale ».

- **Données en carte et pas d'attestation**

Les données sont contenues dans la carte Vitale. Le patient ne présente pas d'autre support de droits AMC et la facture est établie à destination de l'organisme complémentaire présent en carte Vitale (le tiers payant ne pourra être possible qu'en présence de droits Complémentaires en carte Vitale). La **nature de pièce justificative de droits complémentaires** prend alors la valeur **4** « l'adhérent / assuré a présenté sa carte vitale comme support de droits ».

- **Information en carte et présentation d'un autre support de droits émis par un organisme différent**

Le Professionnel de Santé renseigne alors toutes les informations d'identification de la complémentaire présente sur l'attestation papier.

Les informations issues de la carte Vitale sont alors effacées et **la nature de pièces justificatives de droits Complémentaires** prend alors la valeur **2** « l'adhérent / assuré a présenté un support de droits autre que la carte Vitale ».

- **Autres cas**

La donnée nature de pièces justificatives de droits Complémentaires peut également prendre la valeur **1** « le Professionnel a consulté un serveur de droits » ou **3** « Prise en charge de la part complémentaire ».

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

☞ Remarque : La valorisation de la nature de la pièce justificative à « 3 » n'est plus autorisée par le Professionnel de Santé.
La nature de la pièce justificative à « 3 » est valorisée uniquement par les STS si nécessaire.

Cas particuliers

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

[CP1] Droits issus d'un fichier patient (indépendamment de la présence ou pas de la carte Vitale ou d'une attestation)

Le Professionnel de Santé obtient directement les informations concernant l'organisme complémentaire sur son poste de travail. La **nature de pièces justificatives des droits complémentaires** prend alors la valeur **0** « l'adhérent / assuré n'a présenté aucune pièce justificative ».

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

[CP2] Droits issus du service ADRi

Dans le cas où le professionnel de santé utilise les droits complémentaires en gestion unique issus de la réponse du service ADRi, la nature de pièce justificative AMC (EF_CF03_10) est renseignée avec la donnée issue de la réponse du service ADRi (« CodeSupportComplementaire »), selon certaines conditions décrites dans la documentation spécifique du service ADRi.

Situation spécifique

☞ [RG_CF393][SP11] Forçage

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

4.2.3 CF11.03 : Rechercher la convention complémentaire applicable

Vue générale

Nom ***CF11.03 Rechercher la convention complémentaire applicable***

Description Un organisme gestionnaire de la part complémentaire, un organisme d'Assurance Maladie Obligatoire ou un organisme mandaté par un ou plusieurs organismes gestionnaires de la part complémentaire peuvent signer des conventions d'échanges pour la complémentaire avec les Professionnels de Santé ou leurs représentants. Dans certains cas, une même convention concerne plusieurs organismes gestionnaires de la part complémentaire, on parle alors de « regroupement » ou de « convention groupée ».

Une convention est signée par « l'organisme signataire de la convention » et fixe notamment le cadre des échanges.

Le système de facturation ne doit permettre la prise en compte de la complémentaire que s'il existe une convention passée avec la complémentaire du bénéficiaire et que si cette convention est applicable à son contexte de facturation.

Ce chapitre explique comment est réalisée la recherche de la convention applicable par le Professionnel de Santé dans le contexte de facturation, pour le patient auquel il s'adresse, et pour l'organisme complémentaire qui le couvre.

Cette recherche se fait dans une « table des conventions » dans laquelle le Professionnel de Santé inscrit pour chaque convention signée, toutes les propriétés de cette convention.

La recherche en table des conventions est réalisée simultanément par le passage en table des regroupements, et par le passage direct par la table des conventions.

La recherche de la convention applicable consiste à :

- rechercher les signataires de convention groupée pour l'organisme complémentaire présenté par le bénéficiaire de soins,
- rechercher la(les) conventions(s) applicable(s) signées en direct par l'organisme complémentaire,
- rechercher la(les) conventions(s) applicable(s) signées par les signataires de convention groupée si des signataires ont été trouvés,
- restituer au professionnel de santé la liste des conventions applicables,
- et à permettre la sélection de la convention applicable par le professionnel de santé.

Les conventions contenues dans la table des conventions du professionnel de santé pour SESAM-Vitale sont :

- en gestion séparée, les conventions de télétransmission en tiers payant ou en hors tiers payant,
- en gestion unique, les conventions de tiers payant (la télétransmission des informations relatives à la complémentaire est couverte par la télétransmission de la FSE).

Afin de faciliter la recherche de la convention applicable dans la table des conventions, les organismes d'Assurance Maladie fournissent aux éditeurs une liste de données dénommée table de regroupement

La table fournie est la suivante :

- une table de regroupement permettant d'identifier l'organisme signataire de la convention dans le cas d'une convention regroupant plusieurs complémentaires (cette table peut être la matérialisation d'une liste d'organismes complémentaires fournie en annexe d'une convention).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Entrées	Contrat complémentaire en gestion séparée	EF_BS17
	Critères recherche conventionnelle type 1	EF_BS20
	Contrat complémentaire en gestion unique	EF_BS13
	Organisme AMO	EF_BS04
	Signataire de convention groupée (table des regroupements)	EF_AP02
	Table des conventions Pdt	EF_AP01
	Organisme complémentaire	EF_BS16
	Mode d'application des conventions	EF_AP05
	Code tiers payant complémentaire	EF_CF03_03
Sorties	Convention applicable	EF_CF14
Situations spécifiques	Bénéficiaire de la C2S	SP03
	Bénéficiaire de l'AME	SP06

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

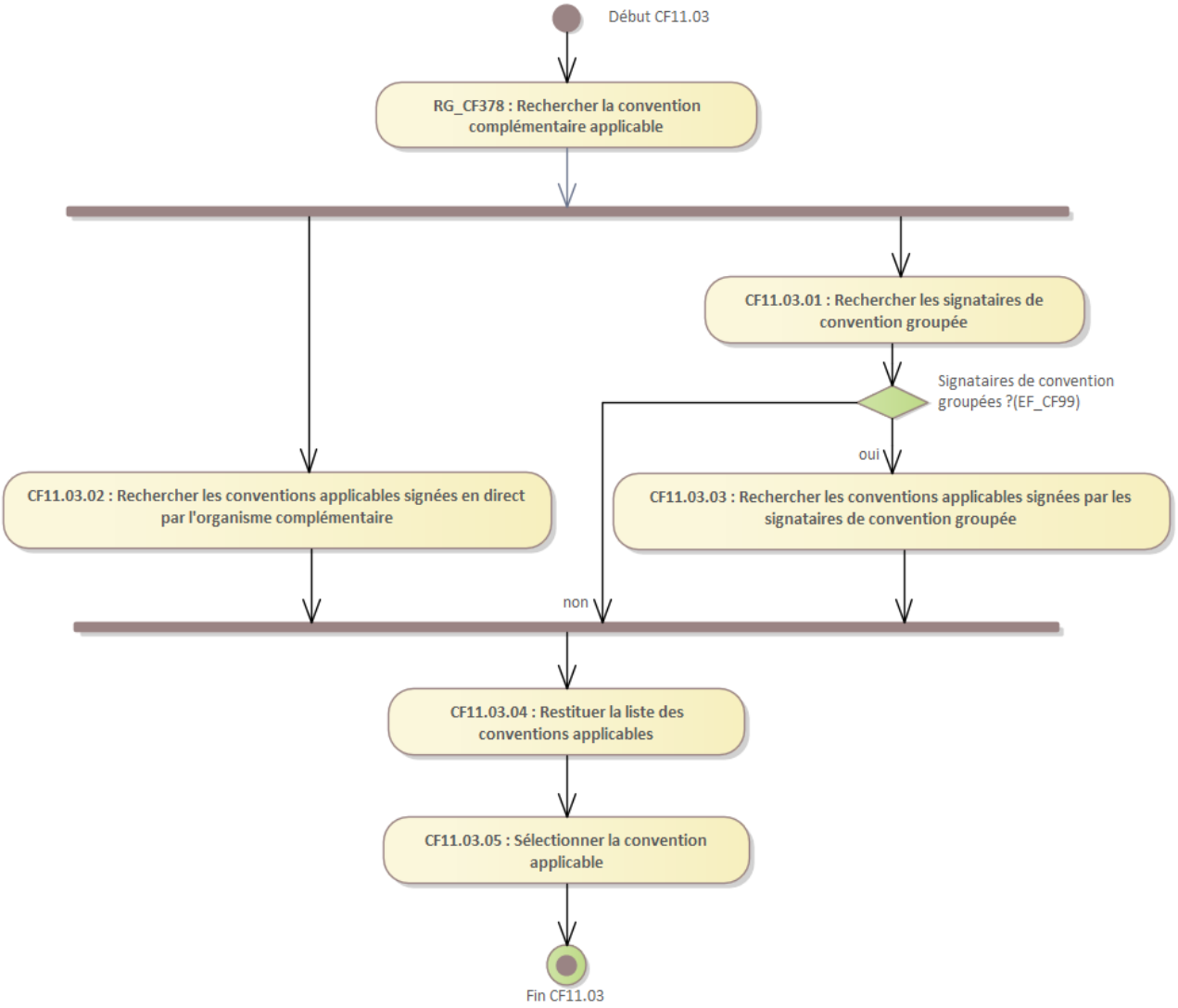


Figure 18 : [SC_CF11.03] Enchaînement de la tâche CF11.03 « Rechercher la convention applicable »

Règles de gestion

[RG_CF378] Rechercher la convention complémentaire applicable

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système recherche la convention complémentaire applicable en suivant le processus de recherche du contexte conventionnel.

Situations spécifiques

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[SP03] Rechercher la convention complémentaire applicable

En gestion séparée

Dans le cas d'une C2S en gestion séparée, le système de facturation suit le processus de recherche du contexte conventionnel. Ce processus porte uniquement sur la transmission directe des informations et non sur le tiers payant.

En gestion unique

Dans le cas d'une C2S en gestion unique, le système de facturation ne recherche pas le contexte conventionnel.

[SP06] Rechercher la convention complémentaire applicable en gestion unique

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas de l'AME, le système de facturation ne recherche pas le contexte conventionnel, la facture est nécessairement en gestion unique, et il ne faut pas utiliser les tables de convention.

Recommandation

[CR1] Continuité avec flux AMC existants

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les règles présentes ne concernent que les flux SESAM-Vitale et ne concernent pas la génération des flux AMC existants.

Cependant, il est recommandé d'assurer une continuité avec les informations concernant la génération des flux AMC existants, afin d'éviter au Professionnel de Santé de les ressaisir complètement lorsque celui-ci bascule en SESAM-Vitale.

4.2.3.1 CF11.03.01 : Rechercher les signataires de convention groupée

Vue générale

Nom ***CF11.03.01 Rechercher les signataires de convention groupée***

Description Le système de facturation recherche les signataires de conventions groupées pour l'organisme complémentaire présenté par le bénéficiaire des soins et restitue la liste des signataires de conventions groupées.

Cette opération présente les règles de recherche des signataires de conventions groupées selon que l'organisme complémentaire est en gestion unique ou en gestion séparée.

La recherche s'appuie sur une table des regroupements du professionnel de santé qui permet d'identifier l'organisme signataire de la convention dans le cas d'une convention regroupant plusieurs complémentaires (cette table peut être la matérialisation d'une liste d'organismes complémentaires fournie en annexe d'une convention).

La recherche dans la table des regroupements est obligatoire. Elle permet d'identifier l'organisme signataire de la convention dans le cas où l'organisme complémentaire est concerné par une convention groupée.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Entrées	Signataire de convention groupée (table des regroupements)	EF_AP02
	Contrat complémentaire en gestion séparée	EF_BS17
	Critères recherche conventionnelle type 1	EF_BS20
	Contrat complémentaire en gestion unique	EF_BS13
	Organisme AMO	EF_BS04
	Organisme complémentaire	EF_BS16
Sorties	Signataire de convention groupée (liste)	EF_CF99
Situations spécifiques		

Règles Gestion séparée

[RG_CF362] Rechercher les signataires de conventions groupées en gestion séparée

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système valorise les critères d'accès en fonction du contexte de facturation et des données acquises.

Le tableau ci-dessous récapitule les règles de renseignement possibles :

Critères	Contexte	Valorisation des critères par le système de facturation
Type de convention	Présent sur le support de droits	A partir du support de droits. (EF_BS20)
	Absent ou à blanc sur le support de droits	Critère non utilisé
Critère secondaire	Présent sur le support de droits	A partir du support de droits (EF_BS20)
	Absent ou à blanc sur le support de droits	Critère non utilisé
Numéro d'organisme complémentaire	Si le numéro d'organisme complémentaire est issu du support de droits	A partir du support de droits (EF_BS17_01 – identifiant de l'organisme complémentaire en gestion séparée)
	Si le numéro d'organisme complémentaire reste inconnu (absent du support de droits, non saisi par le Professionnel de Santé)	Critère non utilisé

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Tableau 5 : [TAB_CF11.03.01] Tableau récapitulatif de renseignement des critères d'accès à la table des regroupements en gestion séparée

Règles Gestion unique

[RG_CF363] Rechercher les signataires de conventions groupées en gestion unique

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système valorise les critères d'accès en fonction du contexte de facturation et des données acquises.

Le tableau ci-dessous récapitule les règles de renseignement possibles :

Critères	Contexte	Valorisation des critères par le système de facturation
Type de convention		« RO » (EF_BS20_01)
Critère secondaire		Code grand régime + code caisse gestionnaire + code centre gestionnaire issus du support de droits Pour le Régime Agricole, si le 5ème caractère (correspond au 3ème caractère du code caisse gestionnaire) est égal à « 1 » ou « 5 », le remplacer par « 1 » (EF_BS04)
Numéro d'organisme complémentaire	Si le numéro d'organisme complémentaire est issu du support de droits ou acquis à partir de la table de correspondance	A partir du n° AMC déterminé (EF_BS13_05 – identifiant de l'organisme complémentaire représenté)
	Si le numéro d'organisme complémentaire reste inconnu (absent du support de droits et de la table de correspondance, non saisi par le Professionnel de Santé)	Critère non utilisé

Tableau 6 : [TAB_CF11.03.01] Tableau récapitulatif de renseignement des critères d'accès à la table des regroupements en gestion unique

[RG_CF364] Restituer la liste des signataires de conventions groupées (EF_CF99)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La liste restituée peut contenir :

- Aucune ligne : l'organisme complémentaire n'est pas concerné par une convention groupée.
- Une ou plusieurs lignes : l'organisme complémentaire est concerné par une ou plusieurs conventions groupées, selon les critères utilisés.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

4.2.3.2 CF11.03.02 : Rechercher les conventions signées en direct par l'organisme complémentaire

Vue générale

Nom	***CF11.03.02 Rechercher les conventions signées en direct par l'organisme complémentaire***	
Description	Le système de facturation recherche toutes les conventions signées en direct par l'organisme complémentaire présenté par le bénéficiaire de soins.	
Entrées	Table des conventions PdT	EF_AP01
	Contrat complémentaire en gestion séparée	EF_BS17
	Critères recherche conventionnelle type 1	EF_BS20
	Contrat complémentaire en gestion unique	EF_BS13
	Organisme AMO	EF_BS04
	Organisme complémentaire	EF_BS16
	Code tiers payant complémentaire	EF_CF03_03
Sorties	« Convention » (liste des conventions applicables signées en direct)	EF_CF96
Situations spécifiques		

Règles Gestion séparée

[RG_CF365] Rechercher les conventions signées en direct en gestion séparée

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système valorise les critères d'accès en fonction du contexte de facturation et des données acquises.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Le tableau ci-dessous récapitule les règles de renseignement possibles :

Critères	Contexte	Valorisation des critères par le système de facturation
Indicateur de convention groupée		Critère non utilisé
Type de convention	Présent sur le support de droits	A partir du support de droits.
	type de convention absent ou à blanc sur le support de droits.	Critère non utilisé
Critère secondaire	critère secondaire présent sur le support de droits	A partir du support
	critère secondaire absent ou à blanc sur le support de droits	Critère non utilisé
Organisme signataire de la convention		Numéro d'organisme complémentaire issu du support de droits
Numéro d'organisme complémentaire		Critère non utilisé
Type d'accord de la convention		A partir du code tiers payant complémentaire (EF_CF03_03)

Tableau 7 : [TAB_CF11.03.02] Tableau récapitulatif de renseignement des critères d'accès à la table des conventions en gestion séparée (accès direct)

Règles Gestion unique

[RG_CF366] Rechercher les conventions signées en direct en gestion unique

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système valorise les critères d'accès en fonction du contexte de facturation et des données acquises.

Le tableau ci-dessous récapitule les règles de renseignement possibles :

Critères	Contexte	Valorisation des critères par le système de facturation

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Indicateur de convention groupée	Si la complémentaire ne fait pas l'objet d'une convention groupée	« 0 »
Type de convention		« RO » (EF_BS20_01)
Critère secondaire		Code grand régime + code caisse gestionnaire + code centre gestionnaire issus du support de droits Pour le Régime Agricole, si le 5ème caractère (correspond au 3ème caractère du code caisse gestionnaire) est égal à « 1 » ou « 5 », le remplacer par « 1 »
Organisme signataire de la convention	Autres situations	Critère non utilisé
Numéro d'organisme complémentaire	Si la complémentaire ne fait pas l'objet d'une convention groupée et si le numéro d'organisme complémentaire est issu du support de droits ou acquis à partir de la table de correspondance	A partir du n° AMC déterminé. (EF_BS13_05 – identifiant de l'organisme complémentaire représenté)
Type d'accord de la convention		A partir du code tiers payant complémentaire (EF_CF03_03)

Tableau 8 : [TAB_CF11.03.02] Tableau récapitulatif de renseignement des critères d'accès à la table des conventions en gestion unique (accès direct)

4.2.3.3 CF11.03.03 : Rechercher les conventions signées par les signataires de convention groupée

Vue générale

Nom ***CF11.03.03 Rechercher les conventions signées par les signataires de convention groupée***

Description

- Le système de facturation recherche toutes les conventions signées par le ou les organismes signataires de conventions groupées (issus de la recherche des signataires de convention groupées).

Entrées

Table des conventions PdT	EF_AP01
Signataire de convention groupée (liste)	EF_CF99
Contrat complémentaire en gestion séparée	EF_BS17
Critères recherche conventionnelle type 1	EF_BS20
Contrat complémentaire en gestion unique	EF_BS13
Organisme AMO	EF_BS04
Organisme complémentaire	EF_BS16
Code tiers payant complémentaire	EF_CF03_03

Sorties

« Convention » EF_CF97
(liste des conventions applicables signées par des signataires)

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Situations spécifiques

Règles Gestion séparée

[RG_CF381] Rechercher les conventions signées par un signataire de convention groupée en gestion séparée	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

A l'issue de la recherche dans la table des regroupements, la recherche dans la table des conventions est réalisée à partir des signataires de conventions groupées, issus de la recherche dans la table des regroupements, accompagné de l'éventuel type de convention.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Le tableau ci-dessous récapitule les règles de renseignement possibles :

Critères	Contexte	Valorisation des critères par le système de facturation
Indicateur de convention groupée		Critère non utilisé
Type de convention	Présent sur le support de droits	A partir du support de droits.
	Si la complémentaire fait l'objet d'une convention groupée et type de convention absent ou à blanc sur le support de droits.	A partir du type de convention issu de la table des regroupements.
Critère secondaire	Si la complémentaire fait l'objet d'une convention groupée	Critère non utilisé
Organisme signataire de la convention	Si la complémentaire fait l'objet d'une convention groupée	A partir de l'organisme signataire issu de la table des regroupements.
Numéro d'organisme complémentaire		Critère non utilisé
Type d'accord de la convention		A partir du code tiers payant complémentaire (EF_CF03_03)

Tableau 9 : [TAB_CF11.03.03] Tableau récapitulatif de renseignement des critères d'accès à la table des conventions en gestion séparée (signataires convention groupée)

Règles Gestion unique

[RG_CF383] Rechercher les conventions signées par un signataire de convention groupée en gestion unique

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La recherche dans la table des conventions est réalisée à partir des signataires de conventions groupées issus de la recherche dans la table de regroupement en renseignant l'indicateur de convention groupée à « 1 », le type de convention à « RO », le critère secondaire, et l'identifiant du signataire ;

Le tableau ci-dessous récapitule les règles de renseignement possibles :

Critères	Contexte	Valorisation des critères par le système de facturation
Indicateur de convention groupée	Si la complémentaire fait l'objet d'une convention groupée	« 1 »

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Type de convention		« RO » (EF_BS20_01)
Critère secondaire		Code grand régime + code caisse gestionnaire + code centre gestionnaire issus du support de droits *Pour le Régime Agricole, si le 5ème caractère (correspond au 3ème caractère du code caisse gestionnaire) est égal à « 1 » ou « 5 », le remplacer par « 1 »*
Organisme signataire de la convention	Si la complémentaire fait l'objet d'une convention groupée	A partir de l'organisme signataire issu de la table des regroupements.
Numéro d'organisme complémentaire	Autres situations	Critère non utilisé
Type d'accord de la convention		A partir du code tiers payant complémentaire (EF_CF03_03)

Tableau 10 : [TAB_CF11.03.03] Tableau récapitulatif de renseignement des critères d'accès à la table des conventions en gestion unique (signataires convention groupée)

4.2.3.4 CF11.03.04 : Restituer la liste des conventions applicables

Vue générale

Nom ***CF11.03.04 Restituer la liste des conventions applicables***

Description Le système de facturation restitue au Professionnel de Santé le résultat de la recherche des conventions applicables sous forme d'une liste des conventions groupées et non groupées.

Entrée

« Signataire de convention non groupée » EF_CF96
(liste des conventions applicables signées en direct)

« Signataire de convention groupée » EF_CF97
(liste des conventions applicables signées par des signataires)

Sorties

« Convention » EF_CF98
(liste des conventions applicables)

Situations spécifiques

[RG_CF367] Restituer la liste des conventions applicables (EF_CF98)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Lorsque plusieurs conventions groupées et non groupées sont alors trouvées, celles-ci sont restituées au Professionnel de Santé pour sélection.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Cas particuliers

[CP1] Recherche infructueuse en gestion unique

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de recherche de conventions infructueuse avec le numéro d'organisme complémentaire comme critère de recherche, le système de facturation doit réaliser une nouvelle recherche dans la table des conventions sans le numéro d'organisme complémentaire et en renseignant l'indicateur de convention groupée à « 0 », le type de convention à « RO », et le critère secondaire.

[CP2] Plusieurs PS utilisateurs d'un même poste et conventions signées entre un PS et un organisme complémentaire

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où le système de facturation est utilisé par plusieurs Professionnels de Santé, le système de facturation doit restituer à chaque Professionnel de Santé la table de conventions le concernant (conventions qu'il a renseignées par mise à jour directe, conventions de son choix mises à jour à partir des fichiers normés…).

[CP3] Conventions signées pour tout ou partie des spécialités entre un centre de santé et un organisme complémentaire

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas d'un centre de santé, le système de facturation doit restituer les conventions de la structure applicables à la spécialité de l'exécutant de la prestation.

Recommandations

[CR1] Conservation de la liste des conventions

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Il est recommandé au système de facturation de conserver la liste des conventions applicables durant le processus de facturation. Le Professionnel de Santé peut être amené à sélectionner une autre convention en cours de facturation (ex : cas du passage en hors tiers payant).

[RG_CF368] Afficher les données des conventions applicables

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour chaque convention restituée, le système de facturation permet l'affichage de toutes les données contenues dans la table. Pour une convention groupée, le système de facturation peut lister à partir de la table des regroupements les organismes complémentaires concernés par cette convention.

4.2.3.5 CF11.03.05 : Sélectionner la convention applicable

Vue générale

Nom ***CF11.03.05*** ***Sélectionner la convention applicable***

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Description Cette opération a pour but de demander au professionnel de santé de sélectionner la convention applicable à la facture parmi la liste des conventions applicables.

L'opération se déroule de la façon suivante :

- le système de facturation constitue la demande de sélection au professionnel de santé ;
- le professionnel de santé sélectionne la convention applicable en fonction de la demande.

Entrées	« Convention » (liste des conventions applicables)	EF_CF98
	Contrat complémentaire en gestion unique	EF_BS13
	Contrat complémentaire en gestion séparée	EF_BS16
	Mode d'application des conventions	EF_AP05
Sorties	Convention applicable	EF_CF14
Situations spécifiques	Bénéficiaire de la C2S	SP03

[RG_CF369] Constituer la demande de sélection d'une convention applicable

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La liste des conventions restituée par la table des conventions peut contenir :

- une seule convention : le système de facturation demande au Professionnel de Santé s'il souhaite appliquer ou non la convention,
- plusieurs conventions de même type (Tiers Payant et / ou Hors Tiers Payant) : le système de facturation demande au Professionnel de Santé de choisir ou non l'une des conventions.

Le système de facturation doit tenir compte également du mode d'application des conventions (EF_AP05).

Cas particulier

[CP1] Aucune convention

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

- Aucune convention en gestion séparée

Le système doit demander au Professionnel de Santé de vérifier les critères d'accès à la table des conventions (N°AMC, CSR et type de convention).

Si le Professionnel de Santé modifie les critères d'accès à la table des conventions alors le système reprend le processus de facturation en réinterrogeant l'Annuaire AMC.

Si le Professionnel de Santé confirme que les critères sont corrects, alors le système de facturation demande au Professionnel de Santé s'il souhaite mettre à jour sa table des conventions. Pour pouvoir appliquer cette nouvelle convention, le système de facturation doit vérifier qu'elle est compatible avec les critères d'accès précédemment valorisés.

- Aucune convention en gestion unique

Le système de facturation demande au Professionnel de Santé s'il souhaite mettre à jour sa table des conventions. Pour pouvoir appliquer cette nouvelle convention, le système de facturation doit vérifier qu'elle est compatible avec les critères d'accès précédemment valorisés.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_CF370] Sélectionner la convention applicable

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le professionnel de santé sélectionne la convention applicable.

Cas particulier

[CP1] Pas de sélection de convention par le Professionnel de Santé

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le Professionnel de Santé décide de ne pas sélectionner une convention parmi celle(s) proposée(s) (ou si aucune convention n'est restituée par la table des conventions), le progiciel ne permet pas la prise en compte de la complémentaire selon le Cahier des Charges SESAM-Vitale. Cependant, en gestion séparée, le Professionnel de Santé peut choisir de transmettre les informations de la complémentaire par un autre moyen hors SESAM-Vitale (flux direct) ou avec une FSE enrichie sans données d'adressage AMC (flux passant par un OCT) ou un flux papier.

[RG_CF373] Modifier le mode de gestion dans un contexte C2S (EF_BS16_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle n'a pas de fonctionnement nominal. Elle s'entend uniquement en cas de bénéficiaire de la C2S (SP03).

- ***Situation spécifique***

[SP03] Modifier le mode de gestion dans un contexte C2S

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En gestion séparée, le Professionnel de Santé peut, à tout moment, décider de réaliser un flux en Tiers-Payant coordonnée.

Cela revient à lui permettre de réaliser une facture si la table n'est pas renseignée ou s'il décide de ne pas tenir compte des conventions proposées.

Dans ce cas, le mode de gestion déterminé précédemment (EF_BS16_01) est modifié.

[RG_CF329] Contrôler la convention applicable avec l'organisme complémentaire identifié (EF_CF14_99)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La convention sélectionnée doit être applicable à la complémentaire identifiée (EF_BS13_05 ou EF_BS17_01).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

4.2.4 CF11.04 : Déterminer le tiers payant complémentaire

Vue générale

Nom	***CF11.04 Déterminer le tiers payant complémentaire***	
Description	Cette tâche a pour but de déterminer l'application ou non du tiers payant pour la prise en charge de la part complémentaire.	
Entrées	Type de dispositif de tiers payant complémentaire ACS	EF_PS04_18
Sorties	Code tiers payant complémentaire	EF_CF03_03
Situations spécifiques	Bénéficiaire de la C2S	SP03

Préambule

REPONSE DE PRISE EN CHARGE

Lorsque le Professionnel de Santé est en présence d'une réponse de prise en charge (PEC), en plus du processus habituel (c.-à-d. sans réponse de prise en charge), il doit s'assurer que le choix de tiers payant est cohérent avec la nature (TP ou HTP) de la réponse de prise en charge dans le cas où cette information est présente sur la réponse de prise en charge.

- si le choix est un TP et qu'il est inscrit TP sur la réponse de PEC, le Professionnel de Santé peut facturer une part complémentaire uniquement en TP (une DRE, une FSE enrichie ou une FSE en Gestion Unique).
- si le choix est un HTP et qu'il est inscrit HTP sur la réponse de PEC, le PS ne peut pas facturer une DRE en TP, il peut facturer une DRE uniquement en HTP»

Dans les autres cas, le Professionnel de Santé ne peut pas transmettre de part complémentaire en flux SESAM-Vitale.

☞ Remarque : A défaut de mention sur la réponse de prise en charge, la « réponse de prise en charge » doit être considérée en tiers payant.

Règles de gestion

[RG_CF385] Acquérir le choix de tiers payant du PS (EF_CF03_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système acquiert auprès du professionnel de santé son choix pour l'application ou non du tiers payant complémentaire.

Cas particuliers

[CP1] Changement de type de service ouvert en gestion séparée et convention applicable

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En gestion séparée, un changement de type de service AMC ouvert (de TP en HTP ou vice-versa) doit conduire le système de facturation à refaire la recherche de la convention applicable. Le changement de type de service n'est possible que si l'indicateur de traitement valorisé l'autorise (indicateur = « 3x »).

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[CP2] Changement de type de service ouvert en gestion unique

En gestion unique, un passage de HTP AMC en TP AMC doit conduire le système de facturation à faire la recherche de la convention applicable

[CP3] Changement de type de service ouvert en gestion séparée et réponse Annuaire AMC

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En gestion séparée, un changement de type de service AMC ouvert (de TP en HTP ou vice-versa) doit conduire le système de facturation à refaire la recherche des informations administratives et de routage dans l'Annuaire AMC.

Situations spécifiques

[SP03] Déterminer le code tiers payant complémentaire (EF_CF03_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation doit proposer le tiers payant sur la part complémentaire. Le bénéficiaire de soins peut refuser cette dispense d'avance de frais.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

4.2.5 CF11.05 : Rechercher dans l'Annuaire AMC les informations administratives et de routage

Vue générale

Nom	***CF11.05 Rechercher dans l'Annuaire AMC les informations administratives et de routage***	
Description	Cette tâche a pour but d'interroger l'Annuaire AMC afin de collecter les informations administratives et de routage de la part complémentaire en gestion séparée.	
Entrées	Code tiers payant complémentaire	EF_CF03_03
	Code spécialité	EF_PS03_14
	Code activité du centre de santé	EF_PS04_20
	Domaine(s) AMC / Spécialité PS	DF_SAMC01
	Contrat complémentaire en gestion séparée	EF_BS17
	Critères recherche conventionnelle type 1	EF_BS20
Sorties	Réponse de l'annuaire	
Situations spécifiques		

Règles de gestion

[RG_CF410] Déterminer le domaine AMC du PS facturant (EF_CF95_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système détermine le domaine AMC du PS en recherchant le domaine correspondant à la spécialité du PS.

Cas particuliers

[CP1] Centre de santé

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système détermine le domaine du professionnel de santé en fonction de l'activité du centre de santé (EF_PS04_20).

[CP2] Plusieurs domaines

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où le système récupère plusieurs domaines, celui-ci affiche la liste des domaines (libellés et codes) au PS qui doit choisir le domaine dans lequel il se situe pour poursuivre son processus.

Recommandation

[CR1] choix du domaine souhaité

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le LPS peut soit proposer au PS de paramétrer le domaine qu'il souhaite, soit déterminer le domaine du PS en fonction de l'activité facturée.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_CF411] Appeler l'Annuaire AMC

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système appelle l'Annuaire AMC en fournissant les éléments suivants :

Demande Annuaire AMC		Données fournies à l'annuaire	
n°	Donnée *[GU ANN]*	Traitement	Donnée
Objet **requête**			
01	version	=	Cf. DICO Annuaire [DICO WSANN]
02	date_demande	=	
03	editeur	=	
04	logiciel	=	
05	version_logiciel	=	
Objet **adressage**			
06	numero_amc		Identifiant de l'organisme complémentaire en gestion séparée (EF_BS17_01)
07	code_type_convention		Type convention (EF_BS20_01)
08	code_csr		Code critère secondaire (EF_BS20_02)
09	domaine_conventionnel	=	Domaine AMC du PS (EF_CF95_01)
10	code_service	=	Selon code_tiers_payant si TP alors code_service = FTP si HTP alors code_service = FHP
11	code_norme_service	=	Renseigné à « DRE »
12	version_norme_service	=	Renseigné à « V1.0 »
13	type_adresse	=	Renseigné à « MEL »

Les spécifications d'entêtes sont décrites dans le Guide WS Annuaire AMC cf. [GU AN].

Les spécifications des données de la requête d'appel à l'Annuaire AMC sont définies dans le Guide WS Annuaire AMC [GU ANN]. En cas de modification de ce guide, une notification est envoyée à l'adresse de messagerie indiquée lors de l'inscription (de l'éditeur de LPS) à l'Annuaire AMC.

[RG_CF412] Acquérir la réponse du service de l'Annuaire AMC

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système récupère la réponse de l'Annuaire AMC (« code_retour » = 1) dans le résultat de la demande : objet « resultat_demande ».

Les spécifications des données de la requête d'appel à l'Annuaire AMC sont définies dans le Guide WS Annuaire AMC [GU_ANN] :

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- Les données en sortie : § 6.1.3

Réponse Annuaire AMC		Données reçues		
N°	Donnée	Traitement	Donnée	
Objet **reponse**				
01	date_reponse	=	Cf. DICO Annuaire [DICO WSANN]	
02	duree_validite			
Objet **etat_demande**				
03	code_retour			
04	type_ko			
05	message	=	Cf. DICO Annuaire [DICO WSANN]	
06	url_Annuaire	=	Cf. DICO Annuaire [DICO WSANN]	
Objet **resultat_demande**				
07	resultat	=	Contient les informations administratives et de routage. Les informations administratives et de routage sont structurées de la façon suivante :	
			1	N° Opérateur de règlement de l'Annuaire AMC
			2	Séparateur « / »
			3	Code routage de l'Annuaire AMC
			4	Séparateur « / »
			5	Identifiant de l'hôte de l'Annuaire AMC
			6	Séparateur « / »
			7	Nom de domaine de l'Annuaire AMC
			8	Séparateur « / »
			9	Code aiguillage STS de l'Annuaire AMC
			10	Séparateur « / »
			11	Indicateur d'acceptation d'une DRE d'annulation de l'Annuaire AMC
08	type_adresse	=	DICO Annuaire cf. [DICO WSANN]	
09	code_type_convention	=		
10	code_csr	=		
11	libelle_reseau	=	Information de l'AMC à destination du PS	
12	libelle_csr	=		

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

13	commentaire_ps	=	
14	nom_contact	=	
15	prenom_contact	=	
16	mail_contact	=	
17	telephone_contact	=	

Cas particuliers

[CP1] Plusieurs réponses sont retournées par l'Annuaire AMC

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où l'Annuaire AMC retourne plusieurs réponses (« code_retour » = 2) alors le système propose au professionnel de santé de choisir la réponse par rapport aux critères de recherche (retour annuaire donnée 09 code_type_convention et 10 code_csr) ou au réseau auquel il adhère (retour annuaire donnée 11 libelle_reseau).

[CP2] Un nombre important de réponses est détecté par l'Annuaire AMC

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où l'Annuaire AMC trouve trop de réponses (« code_retour » = 3), aucune réponse n'est retournée par l'Annuaire AMC. Le système propose alors au professionnel de santé de compléter le renseignement des critères de recherche (retour annuaire données « 09 code_type_convention » et « 10 code_csr »).

[CP3] Type de convention inconnu dans l'Annuaire AMC

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où l'Annuaire AMC ne reconnait pas le type de convention (« code_retour » = 9 et « Type KO » = 02), aucune réponse n'est retournée par l'Annuaire AMC. Le système propose alors au Professionnel de santé de modifier les critères de recherche (retour annuaire données « 09 code_type_convention » et « 10 code_csr »).

Cas d'erreur

Pour chaque retour en erreur, il est recommandé au système de réessayer un deuxième appel avant abandon.

[CE1] Autres cas d'erreurs

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si l'Annuaire AMC retourne des « codes retour » différents de 1, 2, 3 et 9 avec un « Type KO » = 2, alors le système poursuit le processus de facturation par la recherche d'une convention applicable (CF11.03).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

4.2.6 CF11.06 : Acquérir les autres informations relatives au contexte de la part complémentaire niveau facture

Vue générale

Nom	***CF11.06 Acquérir les autres informations relatives au contexte de la part complémentaire***	
Description	Cette opération a pour but d'acquérir les autres informations relatives au contexte commun de la part complémentaire.	
Entrées	Code tiers payant complémentaire	EF_CF03_03
Sorties	Référence de la réponse de prise en charge de la part complémentaire	EF_CF03_05
	Code type de contrat	EF_CF03_07
	Code sens comptable	EF_CF03_08
	Code application	EF_CF03_09
Situations spécifiques		

Préambule

REPONSE DE PRISE EN CHARGE

En cas de présence d'une réponse de prise en charge, le Professionnel de Santé doit en premier lieu s'assurer que les droits pour cet assuré sont ouverts pour cette complémentaire, puis il doit vérifier la validité des dates de la réponse de prise en charge.

Si les droits ne sont pas ouverts, mais que les dates sont valides sur la réponse de PEC, le Professionnel de Santé a toujours la possibilité de forcer la date de fin de droit à partir d'un support de droit valide, et de facturer ces actes de la réponse de prise en charge de l'organisme d'assurance maladie complémentaire.

Règles de gestion

[RG_CF376] Acquérir la référence de la réponse de prise en charge complémentaire (EF_CF03_05)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de présence d'une réponse de prise en charge, le professionnel de santé renseigne la référence de la réponse de prise en charge sur 16 caractères alphanumériques maximum, à partir de la réponse de prise en charge.

Situation spécifique

[SP03] Acquérir la référence de la réponse de prise en charge complémentaire (EF_CF03_05)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Accord sur devis pour les régimes obligatoires

Les devis C2S ne comportent pas de référence de prise en charge.

Dans ce contexte uniquement le renseignement de la référence de la « réponse de prise en charge » est facultatif.

[RG_CF388] Acquérir le code type de contrat (EF_CF03_07)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Il s'agit du type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire.

La codification est fournie par les caisses d'assurance maladie obligatoire.

☞ La valeur « 99 » est réservée à l'autorisation d'éclatement de la FSE enrichie. Le type de contrat sert également à véhiculer cette information. Voir le document de SFG « MF : Mettre en forme la FSE et/ou la DRE ».

Situations spécifiques

[SP03] Acquérir le code type de contrat (EF_CF03_07)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation doit valoriser la donnée « type de contrat » à « 89 ».

[SP04] Acquérir le code type de contrat (EF_CF03_07)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation doit valoriser la donnée type de contrat » à « 01 ».

[RG_CF389] Déterminer le code sens comptable (EF_CF03_08)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

- 1 = facture normale RO+RC
- 2 = annulation de facture RC (DRE d'annulation)
- 3 = recyclage global de la facture RO+RC
- 4 = recyclage partiel de la facture RO seul
- 5 = recyclage partiel de la facture RC seul
- 6 = facture normale RC seulement
- 7 = facture normale RO seulement

Dans le cadre de SESAM-Vitale, les valeurs 3-4-5-7 ne sont pas utilisées. Elles sont réservées pour les organismes complémentaires.

[RG_CF390] Acquérir le code application (EF_CF03_09)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Renseigné à 99 par défaut.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

4.2.7 CF11.08 : Déterminer le service de l'organisme complémentaire à appeler

Vue générale

Nom ***CF11.08 Déterminer le service de l'organisme complémentaire à appeler***

Description Le système de facturation contrôle l'activation d'un service de tarification complémentaire.

En fonction du support de droits présenté par le bénéficiaire de soins, le calcul de la part complémentaire est pris en charge par un des services de tarification complémentaire définis par les familles de complémentaires, c'est-à-dire :

- le CTIP,
- la FNMF,
- la FFA.

Les AMO fournissent également dans le cadre de la gestion unique un service de tarification complémentaire.

Cette tâche consiste à déterminer le service de l'organisme complémentaire à appeler : service de tarification complémentaire du CTIP, de la FNMF...

Entrées	Code indicateur de désactivation des STS de la convention	EF_CF14_09
	Code activation des services de tarification complémentaire par le PS	EF_AP34_01
	Organisme complémentaire	EF_BS16
	Contrat complémentaire en gestion unique	EF_BS13
	Contrat complémentaire en gestion séparée	EF_BS17
	Informations administratives et de routage	EF_CF16
Sorties	Code service de tarification complémentaire	EF_CF03_14
Situations spécifiques	Bénéficiaire de la C2S	SP03

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

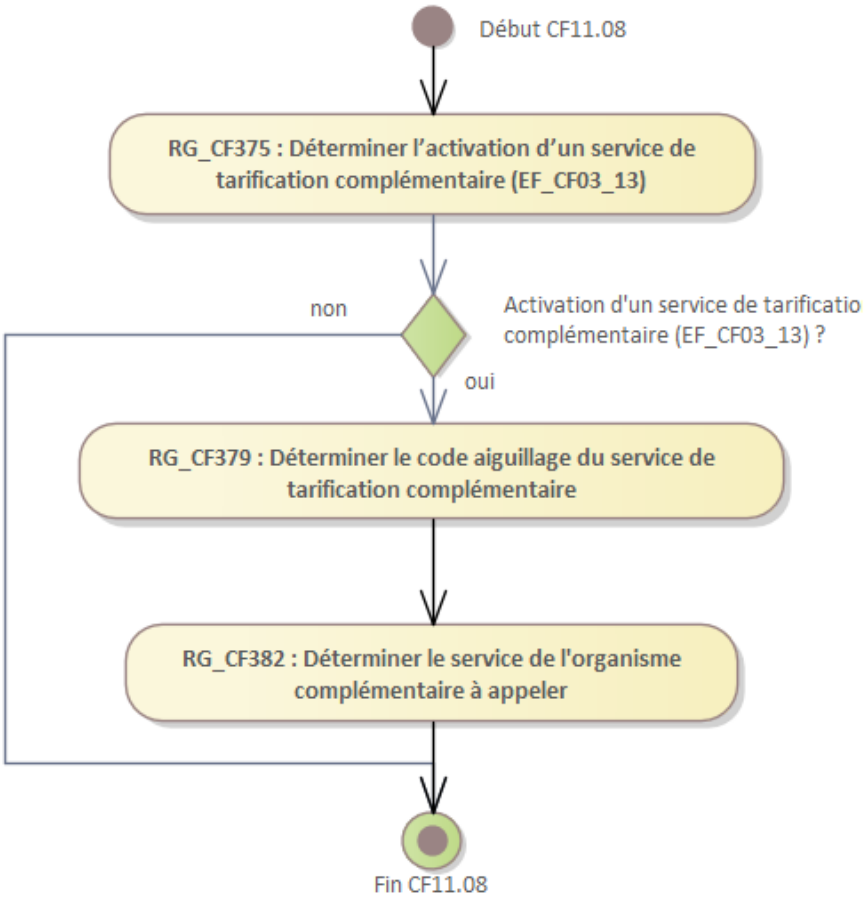


Figure 19 : [SC_CF11.08] Enchaînement de CF11.08 « Déterminer le service de tarification complémentaire à appeler »

Règles de gestion

[RG_CF375] Déterminer l'activation d'un service de tarification complémentaire (EF_CF03_13)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La valorisation des montants de la part complémentaire par un service de tarification complémentaire est activée :

- si le professionnel de santé a activé l'utilisation des services de tarification complémentaire de SESAM-Vitale (EF_AP34_01),
- et si l'indicateur de désactivation des STS est positionné à « activé » dans les informations administratives et de routage (EF_CF16_09 = « 0 »).

[RG_CF379] Déterminer le code aiguillage du service de tarification complémentaire (EF_CF03_14)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Gestion séparée

Le code aiguillage du service de tarification complémentaire est celui acquis dans les informations administratives et de routage (EF_CF16_10).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Gestion unique

Le système de facturation réalise un contrôle de compatibilité entre le code aiguillage acquis (code aiguillage STS en gestion unique – EF_BS13_06 et celui contenu dans les informations administratives et de routage issues de la table de convention (EF_CF16_10).

Si le code aiguillage du support **de droits** est identique au code aiguillage dans les informations administratives et de routage (EF_CF16_10), le code aiguillage à prendre pour l'appel au service de tarification complémentaire est celui contenu dans la table.

Le code aiguillage utilisé pour l'appel au service de tarification complémentaire dépend du support présenté et des informations administratives et de routage issues de la table de convention.

Cas particuliers

[CP1] Gestion unique - Code aiguillage du support de droits différent du code aiguillage de la convention

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le code aiguillage utilisé pour l'appel aux services de tarification complémentaire dépend du support de droits présenté et des informations administratives et de routage issues de la table de convention.

- Si le code aiguillage du support de droits est différent du code aiguillage de la table,
  - Si le support de droits utilisé est le service ADRi ou la carte Vitale (ou un autre support de droits électronique), soit le Professionnel de Santé met à jour la table des conventions, soit il abandonne l'envoi d'un flux de données complémentaires.
- Si le code aiguillage est présent sur le support de droits et absent de la table, soit le Professionnel de Santé met à jour la table des conventions, soit il abandonne l'envoi d'un flux de données complémentaires.
- Si le code aiguillage est absent du support de droits et présent dans la table, le système de facturation utilise celui présent dans la table des conventions.

[CP2] Code aiguillage absent

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

- Si le code aiguillage est absent du support de droits et de la table, celui-ci n'est pas valorisé.

[RG_CF382] Déterminer le service de l'organisme complémentaire à appeler (EF_CF03_14)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette donnée n'est pas renseignée. Le service de l'organisme complémentaire à appeler est déterminé par les STS.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

4.2.8 CF11.09 : Déterminer le service ouvert au bénéficiaire de soins

Vue générale

Nom ***CF11.09 Déterminer le service ouvert au bénéficiaire de soins***

Description Le système de facturation identifie les services que l'organisme complémentaire propose dans le cadre de SESAM-Vitale au bénéficiaire de soins, par l'analyse de l'indicateur de traitement renseigné sur le support de droits.

L'indicateur de traitement permet de préciser les traitements possibles acceptés par l'organisme complémentaire pour ce bénéficiaire de soins : tiers payant seul, hors tiers payant seul, tiers payant ou hors tiers payant. Le système de facturation détermine préalablement la valeur de l'indicateur de traitement applicable pour la facture.

Entrées	Contrat complémentaire en gestion séparée	EF_BS17
	Contrat complémentaire en gestion unique	EF_BS13
	Organisme complémentaire	EF_BS16
Sorties	Code service ouvert	EF_CF03_04
Situations spécifiques		

Règles Gestion séparée

[RG_CF303] Déterminer l'indicateur de traitement applicable pour la facture en gestion séparée (EF_CF03_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

L'indicateur de traitement applicable pour la facture est celui acquis sur le support de droits présenté par le bénéficiaire de soins (EF_BS17_04).

Cas particuliers

[CP1] Présentation d'une attestation papier

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation doit valoriser automatiquement l'indicateur de traitement à « 32 ».

[RG_CF371] Déterminer le service ouvert en gestion séparée (EF_CF03_04)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le tableau ci-dessous récapitule le service ouvert à l'assuré en fonction de la valeur de l'indicateur de traitement (première position de l'indicateur de traitement) :

Valeur de la première position de l'indicateur de traitement	Service ouvert pour le bénéficiaire de soins
1	Hors tiers payant
2, 6, 7	Tiers Payant

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3	Tiers Payant ou Hors tiers payant
0	Pas de DRE possible

Tableau 11 : [TAB_CF11.09] Tableau récapitulatif des services ouverts au bénéficiaire de soins en gestion séparée

Règles Gestion unique

[RG_CF305] Déterminer l'indicateur de traitement applicable pour la facture en gestion unique (EF_CF03_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

L'indicateur de traitement applicable pour la facture est celui acquis sur le support présenté par le bénéficiaire de soins (EF_BS13_03).

Cas particuliers

[CP1] Absence de l'information dans la réponse ADRi ou en carte Vitale

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans l'hypothèse où l'indicateur de traitement n'est pas restitué dans la réponse du service ADRi ou lors de la lecture de la carte Vitale, le système de facturation doit proposer un tiers payant sur la part complémentaire et valoriser l'indicateur de traitement à 01.

Situations spécifiques

[SP03] Déterminer l'indicateur de traitement applicable pour la facture en gestion unique en cas de tiers payant coordonné

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système doit renseigner l'indicateur de traitement à « 62 ».

[RG_CF372] Déterminer le service ouvert en gestion unique (EF_CF03_04)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le tableau ci-dessous récapitule le service ouvert à l'assuré en fonction de la valeur de l'indicateur de traitement quand il est renseigné :

Valeur de l'indicateur de traitement	Service ouvert pour le bénéficiaire de soins
00	Pas de transmission d'information complémentaire
01,02, 62, 71	Tiers Payant

Tableau 12 : [TAB_CF11.09] Tableau récapitulatif des services ouverts au bénéficiaire de soins en gestion unique

Règles Contrôle

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_CF409] Contrôler le choix de tiers payant avec le service ouvert au bénéficiaire de soins	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

Le choix de tiers payant du Professionnel de Santé (EF_CF03_03) doit être compatible avec le service ouvert au bénéficiaire de soins (EF_CF03_04).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

4.2.9 CF11.10 : Déterminer les informations administratives et de routage pour élaborer la facture

Vue générale

Nom ***CF11.10 Déterminer les informations administratives et de routage pour élaborer la facture***

Description L'objectif de cette tâche est de déterminer les informations administratives et de routage en fonction de leur acquisition (convention applicable sélectionnée ou Annuaire AMC).

Entrées Réponse de l'Annuaire AMC

Convention applicable EF_CF14

Sorties Données administratives et de routage EF_CF16

Situations spécifiques

Règles de gestion

[RG_CF413] Interpréter les informations administratives et de routage selon leur origine (EF_CF16)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système récupère les informations administratives et de routage suivant le résultat de la recherche réalisée dans l'Annuaire AMC ou dans la table de convention

°	Donnée	Gestion séparée		Gestion unique
		Issue de l'Annuaire AMC	Issue de la table de convention	Issue de la table de convention
01	N° opérateur de règlement	Oui « Numéro d'opérateur de règlement de l'Annuaire AMC » (07-Résultat – Donnée 1)	Oui « Numéro d'opérateur de règlement de la convention » (EF_CF14_14)	Non applicable
02	Code routage	Oui « Code routage de l'Annuaire AMC » (07-Résultat – Donnée 3)	Oui « Code routage de la convention » (EF_CF14_15)	Non applicable
03	Identifiant de l'hôte	Oui « Identifiant de l'hôte de l'Annuaire AMC » (07-Résultat – Donnée 5)	Oui « Identifiant de l'hôte de la convention » (EF_CF14_16)	Non applicable
04	Nom de domaine	Oui « Nom de domaine de l'Annuaire AMC » (07-Résultat – Donnée 7)	Oui « Nom de domaine de la convention » (EF_CF14_17)	Non applicable
05	Indicateur d'acceptation d'une DRE d'annulation	Oui « Indicateur d'acceptation d'une DRE d'annulation de l'Annuaire AMC » (07-Résultat – Donnée 11)	Oui « Code indicateur d'acceptation d'une DRE d'annulation de la convention » (EF_CF14_12)	Non applicable
06	Code aiguillage de STS	Oui	Oui	Oui

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

		« Code aiguillage STS de l'Annuaire AMC » (07-Résultat – Donnée 9)	« Code aiguillage STS de la convention » (EF_CF14_10)	« Code aiguillage STS de la convention » (EF_CF14_10)
07	Indicateur d'acceptation d'une DRE de rectification	Non Valeur par défaut = « 0 » (Non acceptation)	Oui « Code indicateur d'acceptation d'une DRE de rectification de la convention » (EF_CF14_13)	Non applicable
08	Indicateur de désactivation des STS	- Non Valeur par défaut = « 0 » (STS activé)	Oui « Code indicateur de désactivation des STS de la convention » (EF_CF14_09)	Oui « Code indicateur de désactivation des STS de la convention » (EF_CF14_09)
09	Critère secondaire	Oui Code_csr (Donnée 10 de la réponse de l'Annuaire AMC)	Oui « Critère secondaire de la convention » (EF_CF14_05)	Oui « Critère secondaire de la convention » (EF_CF14_05)
10	Code type de convention	Oui Code_type_convention (Donnée 09 de la réponse de l'Annuaire AMC)	Oui « Type de convention de la convention » (EF_CF14_04)	Oui « Type de convention de la convention » (EF_CF14_04)
11	Origine du contexte conventionnel	Oui « A » (pour Annuaire AMC)	Oui « C » (pour Table de convention)	Oui « C »

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

4.3 CF12 : Acquérir le contexte de la part complémentaire niveau prestation

Pas de règles de gestion.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

5 SP11 : Situations spécifiques de Forçage

Principe

CCAM

Pour une prestation CCAM, les données de la facture qui peuvent être forcées par le professionnel de santé sont les suivantes :

- Compatibilité entre la nature d'assurance et l'acte effectué,
- Compatibilité du code regroupement avec le qualificatif de la dépense,
- Nécessité d'une entente préalable pour l'acte effectué.

Les informations spécifiques CCAM suivantes peuvent également être forcées dans la facture par le professionnel de santé :

- Code remboursement exceptionnel CCAM

Hors CCAM et hors honoraires générés

Le Professionnel de Santé a la possibilité de forcer au niveau du système de facturation:

- La compatibilité entre la nature d'assurance et l'acte effectué (EF_A2_T4),
- La compatibilité entre le code accord de l'entente préalable et l'acte effectué (EF_A2_T6),
- La compatibilité entre le code qualificatif de la dépense et l'acte effectué (EF_A2_T7).

Ces forçages positionnent le top indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation non CCAM (EF_CF08_98).

Toutes prestations hors honoraires générés

Pour tout type de prestation, hors prestation de type honoraire généré, le Professionnel de Santé a la possibilité :

- d'élaborer une facture pour des soins conformes au protocole ALD lorsque l'ALD n'est pas présente en carte ou lorsque les droits sont échus en carte.
- d'accorder le tiers payant lorsque la date de fin de droits AMO est dépassée.

Par ailleurs, le professionnel de Santé a la possibilité de modifier au niveau du système de facturation les informations suivantes :

- La liste des organismes autorisant l'envoi d'une FSE AT (EF_A2_T11.2),
- La liste des caisses gestionnaires n'autorisant pas l'envoi de FSE relatives à un accident de la vie privée pour le régime agricole (EF_A2_T11.4)
- Les tables de paramètres caractérisant certaines situations du parcours de soins (EF_A2_T5bis, EF_A2_T15.x, EF_A2_T16.x et EF_A2_T18)
- Les tables de paramètres autorisant la facturation des majorations de coordination (EF_A2_T17.x)

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Prestations de type honoraire généré

☞ Rappel : Ces prestations ne sont pas concernées par le forçage (cf. Corps du CDC §4.3 Situations spécifiques).

Les indicateurs de forçage (EF_CF08_95 à EF_CF08_99) sont nécessairement **non renseignés.**

🕮 A1-A §3.3.1.1

Tableau de synthèse

Les données qui peuvent être forcées par le professionnel de santé, les règles outrepassées par le forçage et l'indicateur de forçage à positionner dans chaque cas sont présentées dans les tableaux de synthèse ci-après (l'un pour les prestations CCAM, l'autre pour les prestations hors CCAM, le dernier pour toutes les prestations indépendamment de leur nomenclature).

PRESTATIONS CCAM

Opération	Règle outrepassée		Donnée forcée		Indicateur à positionner
CF02.01	RG_CF_CC11	Acquérir le code remboursement exceptionnel CCAM	Code remboursement exceptionnel CCAM	EF_CF08_04	EF_CF08_96
CF03.01	RG_CF_RC8	Contrôler la nature d'assurance pour une prestation CCAM	Code nature d'assurance	EF_CF02_02	EF_CF08_99
CF03.02	RG_CF_RC7	Contrôler la nécessité d'une entente préalable pour une prestation CCAM	Code accord de l'entente préalable	EF_CF09_01	EF_CF08_99
CF03.02	RG_CF_R17 EF_A2_T7bis	Contrôler le code qualificatif de la dépense pour une prestation CCAM	Code qualificatif de la dépense	EF_CF08_01	EF_CF08_97

PRESTATIONS HORS CCAM

Opération	Règle outrepassée		Donnée forcée		Indicateur à positionner
CF03.01	RG_CF_R3 EF_A2_T4	Contrôler la nature d'assurance pour une prestation non CCAM	Code nature d'assurance	EF_CF02_02	EF_CF08_98
CF03.02	RG_CF_R8 EF_A2_T6	Contrôler la nécessité d'une entente préalable pour une prestation non CCAM	Code accord de l'entente préalable	EF_CF09_01	EF_CF08_98
CF03.02	RG_CF_R17 EF_A2_T7	Contrôler le code qualificatif de la dépense pour une prestation non CCAM	Code qualificatif de la dépense	EF_CF08_01	EF_CF08_98

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

TOUTES PRESTATIONS

Opération	Règle outrepassée		Donnée forcée		Indicateur à positionner
CF01.03.01	RG_CF_R35 EF_A2_T11.4	Contrôler l'élaboration d'une FSE relative à un accident de la vie privée pour le régime agricole	Sans objet	Sans objet	EF_CF02_99
CF01.03.03	RG_CF_R25.2 EF_A2_T11.2	Contrôler l'acceptation de FSE au risque AT par l'organisme gestionnaire de l'AT	Organisme gestionnaire de l'AT	EF_CF06_04	EF_CF02_99
CF01.04	RG_CF_R37 EF_A2_T15.1 EF_A2_T15.2 EF_A2_T15.3 EF_A2_T15.4	Déterminer les cas d'exclusion du parcours de soins	Position par rapport au parcours de soins	EF_CF13_03	EF_CF02_98
	RG_CF_R37ter EF_A2_T18	Contrôler la situation du parcours de soins	Situation au regard du parcours de soins	EF_CF13_02	EF_CF02_98
	RG_CF_R38 EF_A2_T16.1 EF_A2_T16.2	Contrôler la Compatibilité de l'« Accès direct spécifique »	Situation au regard du parcours de soins	EF_CF13_02	EF_CF02_98
CF01.05	RG_CF_R29	Déterminer le Tiers Payant AMO	Tiers Payant AMO	EF_CF02_03	EF_CF02_97
CF02.01	RG_CF319	Acquérir le code conformité au protocole ALD	code conformité au Protocole ALD	EF_CF08_02	EF_CF08_95
CF03.03	RG_CF_R39 EF_A2_T17 EF_A2_T17bis	Contrôler la facturation d'une majoration de coordination	Code prestation	EF_IP04_01	EF_CF02_98
CF04	RG_CF_R37bis EF_A2_T5bis	Déterminer le Contexte d'Urgence du parcours de soins en fonction des prestations	Situation au regard du parcours de soins	EF_CF13_02	EF_CF02_98

5.1.1 Impact CF01.03.01 : Acquérir et contrôler la nature d'assurance

[RG_CF_R35] [SP11] Contrôler l'élaboration d'une FSE relative à un accident de la vie privée pour le régime agricole

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Le Professionnel de Santé a la possibilité de modifier la table 11.4 (EF_A2_T11.4) utilisée par ce contrôle en y ajoutant ou supprimant des codes caisse gestionnaire n'autorisant pas l'envoi de FSE relative à un accident de la vie privée pour le régime agricole.

Si le système de facturation utilise les valeurs modifiées de la table, il positionne l'indicateur de forçage des données liées aux accidents (EF_CF02_99) à VRAI.

5.1.2 Impact CF01.03.03 : Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance maladie

[RG_CF_R25.2] [SP11] Contrôler l'acceptation de FSE au risque AT par l'organisme gestionnaire de l'AT

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé a la possibilité de modifier la table 11.2 (EF_A2_T11.2) utilisée par ce contrôle en y ajoutant ou supprimant des organismes gestionnaires autorisant l'envoi de FSE au risque AT.

Si le système de facturation utilise les valeurs modifiées de la table, il positionne l'indicateur de forçage des données liées aux accidents (EF_CF02_99) à VRAI.

5.1.3 Impact CF01.04 : Acquérir et contrôler les données liées au parcours de soins

[RG_CF_R37] [SP11] Déterminer les cas d'exclusion du parcours de soins

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé a la possibilité de modifier les tables 15.1, 15.2, 15.3 et 15.4 (EF_A2_T15.x) utilisées par cette règle, ce qui modifie la position par rapport au parcours de soins.

Si le système de facturation utilise les valeurs modifiées en table, il positionne l'indicateur de forçage des données liées au parcours de soins (EF_CF02_98) à VRAI.

[RG_CF_R37ter] [SP11] Contrôler la situation du parcours de soins (EF_CF13_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé a la possibilité de modifier la table 18 (EF_A2_T18) relative à certains contextes particuliers du parcours de soins.

Si le système de facturation utilise les valeurs modifiées en table, il positionne l'indicateur de forçage des données liées au parcours de soins (EF_CF02_98) à VRAI.

[RG_CF_R38] [SP11] Contrôler la Compatibilité de l'« Accès direct spécifique »

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé a la possibilité de modifier les tables 16.1 et 16.2 (EF_A2_T16.x) relatives aux contextes particuliers « d'Accès direct spécifique » dans le cadre du parcours de soins.

Si le système de facturation utilise les valeurs modifiées en table, il positionne l'indicateur de forçage des données liées au parcours de soins (EF_CF02_98) à VRAI.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

5.1.4 Impact CF01.05 : Déterminer le Tiers Payant AMO

[RG_CF318] [CP2][SP11] Contrôler le tiers payant AMO (EF_CF02_03) en fonction des droits AMO chez les PS pharmaciens. Dispositions réglementaires spécifiques

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé a la possibilité de passer outre cette règle et d'accorder à l'assuré l'avance de frais sur la part obligatoire même si les droits AMO ne sont pas ouverts à la date de référence AMO (EF_CF02_01).

Dans ce cas, le système de facturation positionne l'indicateur de forçage du code tiers payant AMO par rapport aux droits AMO (EF_CF02_97) à VRAI.

[RG_CF408] [SP08.2][SP11] Contrôler le tiers payant AMO (EF_CF02_03) en fonction des droits AMO chez les PS hors pharmaciens.

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les bénéficiaires « autre situation de migrant », le Professionnel de Santé a la possibilité de passer outre cette règle et d'accorder à l'assuré l'avance de frais sur la part obligatoire même si les droits AMO ne sont pas ouverts à la date de référence AMO (EF_CF02_01).

Dans ce cas, le système de facturation positionne l'indicateur de forçage du code tiers payant AMO par rapport aux droits AMO (EF_CF02_97) à VRAI.

5.1.5 Impact CF02.01 : Acquérir les données générales du contexte prestation de prise en charge AMO

Règles de gestion

PRESTATIONS CCAM

[RG_CF_CC11] [SP11] Acquérir le code remboursement exceptionnel CCAM (EF_CF08_04)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non respect de cette règle, (non respect de la règle d'acquisition) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de demander un remboursement exceptionnel pour un acte « remboursable » ou pour un acte « non remboursable » selon la base CCAM (DF_CCAM).

Ce forçage correspond à demander un remboursement exceptionnel pour un acte devenu « remboursable sous condition » et pour lequel cette évolution ne serait pas encore prise en compte dans la base CCAM (DF_CCAM).

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage du code remboursement exceptionnel CCAM (EF_CF08_96) à VRAI.

Règles de gestion

TOUTES PRESTATIONS

[RG_CF319] [SP11] Acquérir le « code conformité au Protocole ALD » (EF_CF08_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

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

- lorsque l'ALD n'est pas présente en carte,
- ou lorsque les droits sont échus en carte (en prolongeant les droits du bénéficiaire à cette exonération).

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage du code ALD (EF_CF08_95) à VRAI.

5.1.6 Impact CF03.01 : Contrôler le contexte commun de prise en charge AMO en fonction de la prestation

Règles de gestion

PRESTATIONS CCAM

[RG_CF_RC8] [SP11] Contrôler la Nature d'assurance (EF_CF02_02) pour une prestation CCAM (EF_IP05_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle), le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le code affiné CCAM.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité pour une prestation CCAM (EF_CF08_99) à VRAI.

Règles de gestion

PRESTATIONS HORS CCAM

[RG_CF_R3] [SP11] Contrôler la nature d'assurance (EF_CF02_02) pour une prestation non CCAM (EF_IP05_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle), le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le code prestation

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation non CCAM (EF_CF08_98) à VRAI.

5.1.7 Impact CF03.02 : Contrôler le contexte de prise en charge AMO

Règles de gestion

PRESTATIONS CCAM

[RG_CF335] [SP11] Contrôler le code accord de l'entente préalable (EF_CF09_01) en cas de nécessité d'une entente préalable (EF_CF09_99) pour une prestation CCAM (EF_IP05_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle), le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre à savoir ne pas renseigner le code accord préalable.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité pour une prestation CCAM (EF_CF08_99) à VRAI.

[RG_CF_R17] [CP1][SP11] Contrôler le code qualificatif de la dépense (EF_CF08_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle), le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le code qualificatif de la dépense.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage du code qualificatif de la dépense (EF_CF08_97) à VRAI.

Règles de gestion

PRESTATIONS HORS CCAM

[RG_CF_R8] [SP11] Contrôler la nécessité d'une entente préalable (EF_IP09_01) en fonction de la spécialité du PS (EF_PS03_14)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle), le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le code accord entente préalable.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation non CCAM (EF_CF08_98) à VRAI.

[RG_CF_R17] [SP11] Contrôler le code qualificatif de la dépense (EF_CF08_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle), le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le code prestation et le code qualificatif de la dépense.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation non CCAM (EF_CF08_98) à VRAI.

5.1.8 Impact CF03.03 : Contrôler la prestation par rapport aux contextes de prise en charge AMO (niveau facture et prestation)

[RG_CF_R39] [SP11] Contrôler la facturation d'une majoration de coordination

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé a la possibilité de modifier les tables 17 et 17bis (EF_A2_T17 et EF_A2_T17bis) relatives aux majorations de coordination facturables dans le cadre du parcours de soins.

Si le système de facturation utilise les valeurs modifiées en table, il positionne l'indicateur de forçage des données liées au parcours de soins (EF_CF02_98) à VRAI.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

5.1.9 Impact CF04 : Finaliser le contexte commun de prise en charge AMO

[RG_CF_R37bis] [SP11] Déterminer le Contexte d'Urgence du parcours de soins en fonction des prestations

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé a la possibilité de modifier la table 5bis (EF_A2_T5bis) utilisée par cette règle, ce qui modifie la position par rapport au parcours de soins.

Si le système de facturation utilise les valeurs modifiées en table, il positionne l'indicateur de forçage des données liées au parcours de soins (EF_CF02_98) à VRAI.

5.1.10 Impact CF11.02 : Contrôler les droits complémentaires

[RG_CF361] [SP11] Contrôler l'ouverture des droits complémentaires

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cadre de la gestion séparée :

Le Professionnel de Santé peut modifier la période de validité des données (EF_BS23).

Le système de facturation positionne alors un indicateur de forçage (code indicateur de forçage droit complémentaire - EF_CF03_14).

Dans le cadre de la gestion unique :

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

Les dates de début et de fin de droits complémentaires (EF_BS14) ainsi que les garanties effectives (EF_BS13_02) sont modifiables par le Professionnel de Santé.

Le système de facturation positionne alors un indicateur de forçage (code indicateur de forçage droit complémentaire - EF_CF03_14).

Cas particulier

[SP11][CP1] Modification d'autres données de droit

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dès lors qu'une autre donnée complémentaire fait l'objet d'une modification, le système de facturation doit effacer toutes les données complémentaires existantes, et proposer au Professionnel de Santé la saisie de l'ensemble des données sur la partie complémentaire (cf fonctionnalité BS : Acquérir les informations du bénéficiaire de soins.

[RG_CF393] [SP11] Acquérir la nature de la pièce justificative des droits complémentaires (EF_CF03_10)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les règles d'acquisition de la nature de la pièce justification sont les suivantes :

- **Information en carte et présentation d'une attestation émise par le même organisme**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Le Professionnel de Santé lit en carte Vitale les informations concernant l'organisme Complémentaire mais modifie les données listées ci-dessous d'après une attestation papier du même organisme.

La **nature de pièces justificatives de droits Complémentaires** prend alors la valeur **4** « l'adhérent / assuré a présenté sa carte Vitale comme support de droits ».

☞ Remarque : Dès lors qu'une autre donnée complémentaire fait l'objet d'une modification, le système de facturation doit effacer toutes les données complémentaires existantes, et proposer au Professionnel de Santé la saisie de l'ensemble des données sur la partie complémentaire. Le système de facturation ne doit pas permettre au Professionnel de Santé de saisir la valeur « 4 » pour la nature de la pièce justificative.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

6 DF_CF : Domaine d'Information « Contexte Facture »

6.1 Modèle de données

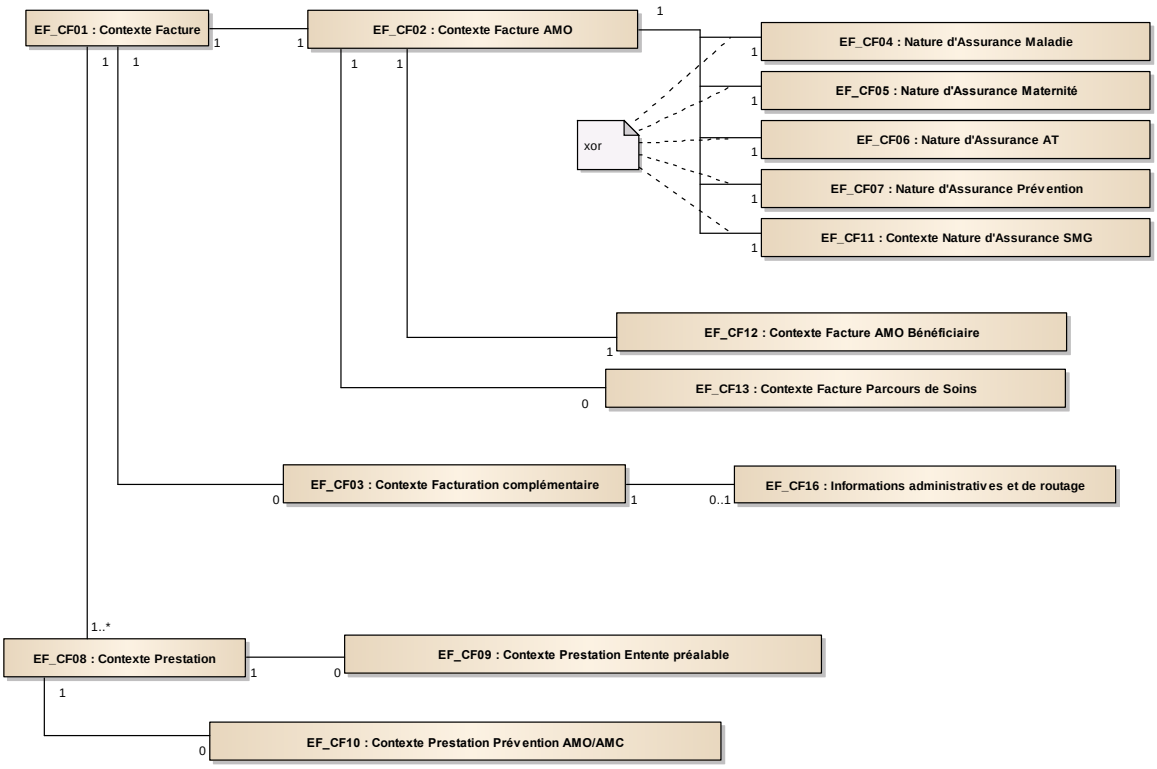


Figure 20 : [DF_CF] Modèle de données de la fonctionnalité CF-Contexte Facture

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

6.2 Liste des données fonctionnelles pour chaque entité

N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG_CF
EF_CF01	Contexte facture				
EF_CF02	Contexte facture AMO	01	Date de référence AMO	D	301
		02	Code nature d'assurance	C	304
		03	Code Tiers Payant AMO	C	R29
		05	Droits de base AMO ouverts	T	306
		06	Top facture à honoraire complexe	T	R61
		07	Top facture à honoraire pour médicament remboursable	T	R62
		08	Top facture à honoraire lié à l'âge	T	R63
		09	Top facture à honoraire pour médicament spécifique	T	R64
		97	Indicateur de forçage du code tiers payant AMO par rapport aux droits AMO	T	SP11
		98	Indicateur de forçage des données liées au parcours de soins	T	SP11
		99	Indicateur de forçage des données liées aux accidents	T	SP11
EF_CF03	CONTEXTE facture complémentaire	01	Date de référence part complémentaire	D	360/380
		02	Code indicateur de traitement	C	303/305
		03	Code tiers payant complémentaire	C	385
		04	Code service ouvert	C	371/372
		05	Référence de la réponse de prise en charge complémentaire	L	376
		07	Code type de contrat	C	388
		08	Code sens comptable	C	389
		09	Code application	C	390
		10	Code nature de la pièce justificative des droits complémentaires	C	393
		12	Code indicateur de forçage droit complémentaire	C	361
		13	Code activation d'un service de tarification complémentaire	C	375
		14	Code service de tarification complémentaire	C	382
		99	Code droit complémentaire ouvert	C	361
EF_CF04		01	Code accident de droit commun	C	307

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG_CF
	Nature d'assurance Maladie	02	Date d'accident de droit commun	D	309
EF_CF05	Nature d'assurance Maternité	01	Date de maternité	D	R30
EF_CF06	Nature d'assurance AT	01	Numéro d'AT	N	R26
		02	Clé du numéro d'AT	K	R26
		03	Date d'AT	D	R26
		04	Organisme gestionnaire de l'AT	N	R25.0
		05	Code organisme gestionnaire de l'AT issu de la carte	C	R25.0
		06	Top contexte APIAS	T	350
		07	Montant total de prise en charge APIAS	M	351
		97	Organisme gestionnaire AT issu du support de droits AMO	N	R25.0
		98	Organisme gestionnaire issu d'un support AT	N	R25.0
		99	Origine de l'organisme gestionnaire de l'AT	C	R25.0
EF_CF07	Nature d'assurance Prévention	01	Code champ d'application du dispositif de prévention	C	Réservé pour Utilisation Future
		02	Date du dispositif de prévention	D	Réservé pour Utilisation Future
		03	Numéro d'accident lié au dispositif de prévention	N	Réservé pour Utilisation Future
		04	Clé du numéro d'accident lié au dispositif de prévention	K	Réservé pour Utilisation Future
EF_CF08	CONTEXTE Prestation AMO	01	Code qualificatif de la dépense	C	321
		02	Code conformité au protocole ALD	C	319
		03	Motif d'exonération	C	320
		04	Code remboursement exceptionnel CCAM	C	CC11
		05	Code qualificatif du remboursement AMO	C	332
		06	Code prestation à générer à suivre	C	R60
		07	Top dispositif de prévention	T	TC1
		95	Indicateur de forçage du code ALD	T	SP11
		96	Indicateur de forçage du code remboursement exceptionnel CCAM	T	SP11
		97	Indicateur de forçage du code qualificatif de la dépense	T	SP11
		98	Indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation non CCAM	T	SP11

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG_CF
		99	Indicateur de forçage de compatibilité pour une prestation CCAM	T	SP11
EF_CF09	CONTEXTE Prestation Entente préalable	01	Code accord de l'entente préalable	C	323
		02	Date d'envoi de la demande d'entente préalable	D	324
		03	Libellé identification de l'entente préalable	L	325
		99	Top Entente Préalable nécessaire	T	R8/Rc7
EF_CF10	CONTEXTE Prestation Prévention AMO/AMC	01	Code indication prévention commune assurance maladie	C	322
		02	Qualificatif dispositif prévention	L	322
EF_CF11	Contexte SMG	03	Code régime SMG	C	403
		04	Code caisse gestionnaire SMG	C	403
		05	Code centre gestionnaire SMG	C	403
		06	Montant total pris en charge au titre des SMG	M	404
		07	Montant total effectif pris en charge au titre des SMG	M	405
		08	Top prise en charge SMG pour SGS uniquement	T	406
EF_CF12	Contexte facture AMO bénéficiaire	01	Code régime pour la facture	C	310
		02	Code caisse gestionnaire pour la facture	C	310
		03	Code centre gestionnaire pour la facture	C	310
		04	Age du bénéficiaire à la date de référence AMO	N	311
		05	Nature de la pièce justificative AMO	C	313
		06	Date de validité de la pièce justificative AMO	D	336
		07	Origine de la pièce justificative pour l'AMO	C	337
EF_CF13	Contexte facture parcours de soins	01	Code existence d'une déclaration de médecin traitant	C	314
		02	Libellé situation au regard du parcours de soins	L	312
		03	Position par rapport au parcours de soins	C	315
		04	Nom du médecin ayant orienté	L	316
		05	Prénom du médecin ayant orienté	L	316
		06	Identifiant de facturation du médecin ayant orienté	N	316
		07	Clé de l'identifiant de facturation du médecin ayant orienté	K	316

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG_CF
		08	IPS (Indicateur de Parcours de Soins)	C	328
		09	Top MT	T	328
EF_CF14	Convention applicable	01	Identifiant de l'organisme complémentaire de la convention	L	370
		02	Libellé de l'organisme signataire de la convention	L	370
		03	Code indicateur de convention groupée de la convention	C	370
		04	Type de convention de la convention	C	370
		05	Critère secondaire de la convention	C	370
		06	Type d'accord de la convention	C	370
		07	Numéro d'organisme complémentaire de la convention	L	370
		08	Libellé de l'organisme complémentaire de la convention	L	370
		09	Code indicateur de désactivation des STS de la convention	C	370
		10	Code aiguillage STS de la convention	C	370
		11	Code indicateur d'usage de l'attestation papier de la convention	C	370
		12	Code indicateur d'acceptation d'une DRE d'annulation de la convention	C	370
		13	Code indicateur d'acceptation d'une DRE de rectification de la convention	C	370
		14	Numéro d'opérateur de règlement de la convention	L	370
		15	Code routage de la convention	C	370
		16	Identifiant de l'hôte de la convention	L	370
		17	Nom de domaine de la convention	L	370
		99	Code compatibilité convention	C	370
EF_CF15	droits situation particulière ouverts	01	Droits situation particulière ouverts	C	317
EF_CF16	informations administratives et de routage	01	N° opérateur de règlement		413
		02	Code routage		413
		03	Identifiant de l'hôte		413
		04	Nom de domaine		413
		05	Indicateur d'acceptation d'une DRE d'annulation		413

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG_CF
		06	Code aiguillage de STS		413
		07	Indicateur d'acceptation d'une DRE de rectification		413
		08	Indicateur de désactivation des STS		413
		09	Critère secondaire		413
		10	Code type de convention		413
		11	Origine du contexte conventionnel		413
EF_CF96	convention (liste des conventions applicables signées en direct)				365/366
EF_CF97	convention (liste des conventions applicables signées par des signataires)				381/383
EF_CF98	convention (liste des conventions applicables)				367
EF_CF99	signataire de convention groupée (liste)				364

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

7 Liste des règles de gestion

CF Acquérir le contexte de facturation assurance maladie 10

CF01 Acquérir et contrôler le contexte de prise en charge AMO niveau facture 14

CF01.01 Déterminer la date de référence AMO 17

[RG_CF301] Déterminer la date de référence AMO (EF_CF02_01) pour les prestations NGAP et CCAM 18
[CP1] Régime RSI hors soins dentaires prothétiques et ODF 19
[CP2] Soins dentaires prothétiques et ODF 19
[RG_CF302] Déterminer la date de référence AMO (EF_CF02_01) hors prestations NGAP et CCAM 19
[CP1] Régime RSI 20
[CP2] Réparation 20
[RG_CF311] Déterminer l'âge du bénéficiaire des soins (EF_CF12_04) à la date de référence AMO (EF_CF02_01) 20
[CP1] Mois lunaires 20

CF01.02 Contrôler les droits AMO 21

[RG_CF306] Déterminer si les droits de base AMO sont ouverts (EF_CF02_05) 22
[RG_CF313] Déterminer la nature de la pièce justificative AMO (EF_CF12_05) 22
[CP1] Nature d'assurance SMG 22
[CP3] Nature d'assurance AT 23
[RG_CF336] Acquérir la date de validité de la pièce justificative AMO (EF_CF12_06) 23
[RG_CF337] Acquérir l'origine de la pièce justificative pour l'AMO (EF_CF12_07) 23
[RG_CF317] Déterminer si les droits à la situation particulière sont ouverts pour la facture (EF_CF15_01) 23
[SP03] Déterminer si les droits à la situation particulière sont ouverts pour la facture (EF_CF15_01) pour un bénéficiaire de la C2S 24
[SP04] Déterminer si les droits à la situation particulière sont ouverts pour la facture (EF_CF15_01) pour un bénéficiaire sortant de la C2S 24
[SP03][CP1] Bénéficiaire de la C2S / Prestations pharmaceutiques et dispositifs de la LPP 24
[SP03][CE1] Bénéficiaire de la C2S / Droits non ouverts 24
[SP04][CE1] Bénéficiaire sortant de la C2S / Droits non ouverts 24
[RG_CF330] Contrôler les données du BS en facturation télémédecine 24
[CE1] Le support de droits AMO n'est ni la carte vitale ni ADRi 25

CF01.03 Acquérir et contrôler les données spécifiques à la nature d'assurance 26

CF01.03.01 Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance maladie 27

[RG_CF308] Acquérir le code accident de droit commun (EF_CF04_01) 28
[RG_CF307] Ne pas pré-renseigner le code accident de droit commun (EF_CF04_01) 29
[RG_CF_R35] Contrôler l'élaboration d'une FSE relative à un accident de la vie privée pour le régime agricole 29
[CE1] Caisse ne gérant pas les accidents de la vie privée 29
[RG_CF309] Acquérir la date d'accident de droit commun (EF_CF04_02) 30
[RG_CF_R36] Contrôler la date d'accident de droit commun (EF_CF04_02) 30

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

CF01.03.02 Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance maternité 30

[RG_CF_R30] Acquérir la date de maternité (EF_CF05_01) 31
[RG_CF_R31] Contrôler la date de maternité (EF_CF05_01) 31

CF01.03.03 Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance Accident du Travail 32

[RG_CF_R26] Acquérir les informations identifiant l'accident du travail (EF_CF06_01 ; EF_CF06_02 ; EF_CF06_03) 39
[RG_CF_R27] Contrôler la clé du numéro d'accident du travail (EF_CF06_02) 39
[RG_CF_R28] Contrôler la date d'accident du travail (EF_CF06_03) 39
[RG_CF_R25.0] Acquérir l'organisme gestionnaire de l'AT (EF_CF06_04) et son origine (EF_CF06_99) 39
[CP1] Absence de support de droits AMO 41
[CE1] Organisme gestionnaire de l'AT non identifié 41
[RG_CF_R25.1] Contrôler l'existence d'une couverture au risque AT pour le régime 41
[CE1] Nature d'assurance maladie 42
[RG_CF_R25.2] Contrôler l'acceptation de FSE au risque AT par l'organisme gestionnaire de l'AT 42
[CP1] Assuré affilié à l'ENIM (06) 42
[CE1] Feuille de soins papier 43
[RG_CF_R25.4] Contrôler l'élaboration d'une FSE AT en l'absence d'organisme sur le support AT 43
[CE1] Feuille de soins papier 43
[RG_CF350] Déterminer le contexte APIAS (EF_CF06_06) 44
[RG_CF351] Acquérir le montant total de prise en charge au titre des APIAS (EF_CF06_07) ... 44

CF01.03.04 Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance Prévention 44

CF01.03.05 Déterminer l'organisme gestionnaire pour la facture 44

[RG_CF310] Déterminer le code régime, le code caisse gestionnaire et le code centre gestionnaire pour la facture (EF_CF12_01, EF_CF12_02, EF_CF12_03) 45
~~[CP1]~~ ~~Délivrance d'un contraceptif d'urgence à la mineure~~ 46
~~[CP2]~~ ~~Anonymisation des examens ou délivrance de produits de santé en lien avec la santé sexuelle pour contraception des mineures~~ 46
~~[CP3]~~ ~~Anonymisation de la facture d'IVG~~ 47
[SP10] Facture anonymisée 47
[RG_CF407] Contrôler le code régime, le code caisse gestionnaire et le code centre gestionnaire pour la facture par rapport à la nature d'assurance (EF_CF02_02) ... 48
[CE1] Organisme gestionnaire incompatible avec la nature d'assurance 48

CF01.03.06 Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance SMG 48

[RG_CF403] Acquérir l'organisme gestionnaire SMG (EF_CF11_03, EF_CF11_04, EF_CF11_05) 49
[RG_CF404] Acquérir le montant total pris en charge au titre des SMG (EF_CF11_06) 49
[CP1] Auxiliaires Médicaux 49
[RG_CF405] Déterminer le montant total effectif pris en charge au titre des SMG (EF_CF11_07) 49
[RG_CF406] Déterminer le top prise en charge SMG pour SGS uniquement (EF_CF11_08) 50

CF01.04 Acquérir et contrôler les données liées au parcours de soins .. 51

[RG_CF_R37] Déterminer les cas d'exclusion du parcours de soins 58
[SP06] Déterminer les cas d'exclusion du parcours de soins en AME 59
[SP08.1] Déterminer les cas d'exclusion du parcours de soins pour les migrants de passage 59

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_CF312] Acquérir ou déterminer la situation au regard du parcours de soins (EF_CF13_02) 59
[RG_CF_R37ter] Contrôler la situation du parcours de soins (EF_CF13_02) 60
[CE1] situation sélectionnée interdite 60
[RG_CF_R38] Contrôler la Compatibilité de l'« Accès direct spécifique » 60
[CE1] Accès direct interdit 61
[RG_CF314] Acquérir le code existence d'une déclaration de Médecin Traitant (EF_CF13_01) 61
[RG_CF315] Déterminer la position par rapport au parcours de soins (EF_CF13_03) 61
[RG_CF316] Acquérir les informations liées au médecin ayant orienté (EF_CF13_04 ; EF_CF13_05 ; EF_CF13_06 ; EF_CF13_07) 63
[RG_CF328] Déterminer l'IPS (EF_CF13_08) et le top MT (EF_CF13_09) 63

CF01.05 Déterminer le Tiers Payant AMO 66

[RG_CF_R29] Déterminer le Tiers Payant AMO (EF_CF02_03) 68
[CP1] Tiers payant AMO obligatoire 68
[CP1][SP03] Tiers payant AMO pour un bénéficiaire de la C2S 70
[CP1][SP04] Tiers payant AMO pour les bénéficiaires sortants de C2S 70
[CP1][SP06] Tiers payant AMO pour un bénéficiaire en AME 70
[CP1][SP18] Tiers payant AMO pour un bénéficiaire Victime d'Attentat 70
[CP2] Nature d'assurance SMG 71
[SP08.2] Bénéficiaire « autre situation de migrant ». 71
[SP10] Tiers payant AMO pour une facture anonymisée 71
[RG_CF318] Contrôler le tiers payant AMO en fonction des droits AMO pour les PS pharmaciens. 71
[CP1] Droits permanents 72
[CP2] Dispositions réglementaires spécifiques 72
[RG_CF408] Contrôler le tiers payant AMO en fonction des droits AMO pour les PS hors pharmaciens. 72
[CP1] Bénéficiaires de soins affiliés à la CFE 72
[SP08.2] Contrôler le tiers payant AMO en fonction des droits AMO pour les PS hors pharmaciens. 72

CF01.06 Acquérir et contrôler la nature d'assurance 74

[RG_CF304] Acquérir la nature d'assurance (EF_CF02_02) 74
[CP1] Positionner par défaut la nature d'assurance Maternité 75
[CP2] Positionner par défaut la nature d'assurance Maladie 75
[RG_CF_R4] Contrôler la Compatibilité entre la nature d'assurance (EF_CF02_02) et la qualité du bénéficiaire (EF_BS09_02) 76
[CE1] Nature d'assurance incompatible avec la qualité du bénéficiaire 76

CF02 Acquérir le contexte de prise en charge AMO niveau prestation 77

CF02.01 Acquérir les données générales de contexte prestation de prise en charge AMO. 79

[RG_CF_CC11] Acquérir le « code remboursement exceptionnel CCAM » (EF_CF08_04) 79
[RG_CF321] Acquérir le code qualificatif de la dépense (EF_CF08_01) 80
[CP1] Soins ou traitements susceptibles d'un usage détourné 81
[CP2] Nature d'assurance SMG 81
[CP3] Honoraire de Dispensation simple 81
[CP4] Honoraire de Dispensation global 82
[CP5] Prestation de type complément AT 82
[CP6] Dépassement pour Victime d'Attentat 82
[SP03.1] Acquérir le code qualificatif de la dépense (EF_CF08_01) en cas de forfait dentaire CMU-C 82
[SP06] Acquérir le code qualificatif de la dépense (EF_CF08_01) dans le cadre de l'AME 82

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_CF332] Déterminer le code qualificatif du remboursement AMO (EF_CF08_05) 83
[RG_CF319] Acquérir le « code conformité au Protocole ALD » (EF_CF08_02) 83
[CP1] Honoraire de Dispensation simple 83
[CP2] Honoraire de Dispensation global 83
[CP3] Prestations de type secondaire 84
[RG_CF320] Acquérir le motif médical d'exonération (EF_CF08_03) 84
~~[CP1]~~ ~~Délivrance du Contraceptif d'urgence à la mineure~~ 85
[CP2] Honoraire de Dispensation simple 85
[CP3] Honoraire de Dispensation complexe 85
~~[CP4]~~ ~~Examens ou produits de santé relatifs à la santé sexuelle contraception des mineures~~ 85
[CP5] Honoraire de Dispensation HDA, HDR ou HDE 85
[SP10] Facture Anonymisée 86

CF02.02 Acquérir les données spécifiques du contexte prestation de prise en charge AMO 87

[RG_CF_R8] Déterminer la nécessité d'une entente préalable (EF_CF09_99) pour une prestation non CCAM 88
[CP1] Actes de Biologie (EF_IP05_02) 88
[CP2] Produits de la LPP (EF_IP05_02) 89
[RG_CF_RC7] Déterminer la nécessité d'une entente préalable (EF_CF09_99) pour une prestation CCAM (EF_IP05_02) 89
[RG_CF335] Contrôler le code accord de l'entente préalable (EF_CF09_01) en cas de nécessité d'une entente préalable (EF_CF09_99) pour une prestation CCAM (EF_IP05_02) 89
[RG_CF323] Acquérir le code accord de l'entente préalable (EF_CF09_01) 89
[CP1] Renseignement par le système de facturation 90
[CP2] Nature d'assurance Soins Médicaux Gratuits 90
[RG_CF324] Acquérir la Date d'envoi de l'entente préalable (EF_CF09_02) 90
[CP1] Renseignement par le système de facturation 90
[CP2] Traitement LPP d'oxygénothérapie 90
[RG_CF343] Contrôler la date d'envoi de l'entente préalable (EF_CF09_02) 90
[RG_CF325] Acquérir l'identification de l'entente préalable (EF_CF09_03) 91
[CP1] Renseignement par le système de facturation 91
[RG_CF322] Acquérir les informations Prévention commune AMO/AMC (EF_CF10) 91
[CP1] Honoraire de Dispensation généré 91
[CP2] Prestations de type secondaire 91

CF03 Contrôler les données de contexte AMO et les données de la prestation 93

CF03.01 Contrôler le contexte commun AMO en fonction de la prestation 95

[RG_CF_R3] Contrôler la nature d'assurance (EF_CF02_02) pour une prestation non CCAM (EF_IP05_02) 95
[RG_CF_RC8] Contrôler la Nature d'assurance (EF_CF02_02) pour une prestation CCAM (EF_IP05_02) 95

CF03.02 Contrôler le contexte prestation AMO 96

[RG_CF_R17] Contrôler le code qualificatif de la dépense (EF_CF08_01) 96
[RG_CF_TC1] Contrôler le motif médical d'exonération (EF_CF08_03) 97
[CE1] Acte CCAM facturable uniquement en prévention 97
[CE2] Acte CCAM non facturable en prévention 97
[RG_CF326] Contrôler les dépassements liés au parcours de soins 97
[SP03] Dépassements liés au parcours de soins pour la C2S 99

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

CF03.03 Contrôler la prestation par rapport aux contextes de prise en charge AMO 101

[RG_CF_R39] Contrôler la facturation d'une majoration de coordination 101
[CP1] Bénéficiaire de soins de moins de 16 ans 102
[RG_CF_R16] Contrôler le montant PS des honoraires (EF_IP04_06) par rapport au qualificatif de la dépense (EF_CF08_01) « acte gratuit » 102

CF04 Finaliser le contexte commun de prise en charge AMO 103

[RG_CF333] Déterminer les cas d'exclusion du parcours de soins en fonction des prestations 105
[CP1] Actes associés 105
[RG_CF_R37bis] Déterminer le Contexte d'Urgence du parcours de soins en fonction des prestations 105
[CP1] Actes associés 106
[RG_CF334] Facturer les prestations sur des factures différentes dans le cadre du parcours de soins 106

CF05 Contrôler les prestations de déplacement 107

[RG_CF327] Contrôler la facturation des déplacements 107

CF06 Générer les prestations LPS 108

[RG_CF_R60] Déterminer l'honoraire de dispensation simple à générer (EF_CF08_06) 111
[RG_CF_R61] Déterminer la nécessité d'une prestation d'honoraire complexe (EF_CF02_06) 111
[RG_CF_R62] Déterminer la nécessité d'une prestation d'honoraire pour médicament remboursable (EF_CF02_07) 112
[RG_CF_R63] Déterminer la nécessité d'une prestation d'honoraire lié à l'âge (EF_CF02_08) 112
[RG_CF_R64] Déterminer la nécessité d'une prestation d'honoraire pour médicament spécifique (EF_CF02_09) 112

CF06.01 Générer une prestation d'honoraire 114

[RG_CF340] Positionner une prestation d'honoraire générée 116
[RG_CF341] Interdire la modification de la prestation d'honoraire générée 116

CF11 Acquérir le contexte de la part complémentaire niveau facture 118

CF11.01 Déterminer la date de référence part complémentaire 121

[RG_CF360] Déterminer la date de référence complémentaire (EF_CF03_01) 122
[RG_CF380] Acquérir la date de référence part complémentaire en gestion séparée pour les familles « Pharmaciens », « Fournisseurs » et « Auxiliaires-médicaux » (EF_CF03_01) 122

CF11.02 Contrôler les droits complémentaires 123

[RG_CF361] Contrôler l'ouverture des droits complémentaires (EF_CF03_99) 123
[CP1] Traitements en série effectués par un Professionnel de Santé de la famille Auxiliaire Médicaux en gestion séparée 124
[SP03] Contrôler l'ouverture des droits complémentaires 124
[CE1] Droits non ouverts 124
[CE1][SP03] Droits non ouverts 125
[RG_CF393] Acquérir la nature de la pièce justificative des droits complémentaires (EF_CF03_10) 125
[CP1] Droits issus d'un fichier patient (indépendamment de la présence ou pas de la carte Vitale ou d'une attestation) 126

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[CP2] Droits issus du service ADRi....126

CF11.03 Rechercher la convention complémentaire applicable....127

[RG_CF378] Rechercher la convention complémentaire applicable....129
[SP03] Rechercher la convention complémentaire applicable....130
[SP06] Rechercher la convention complémentaire applicable en gestion unique....130
[CR1] Continuité avec flux AMC existants....130

CF11.03.01 Rechercher les signataires de convention groupée....130

[RG_CF362] Rechercher les signataires de conventions groupées en gestion séparée....131
[RG_CF363] Rechercher les signataires de conventions groupées en gestion unique....132
[RG_CF364] Restituer la liste des signataires de conventions groupées (EF_CF99)....132

CF11.03.02 Rechercher les conventions signées en direct par l'organisme complémentaire....133

[RG_CF365] Rechercher les conventions signées en direct en gestion séparée....133
[RG_CF366] Rechercher les conventions signées en direct en gestion unique....134

CF11.03.03 Rechercher les conventions signées par les signataires de convention groupée....135

[RG_CF381] Rechercher les conventions signées par un signataire de convention groupée en gestion séparée....136
[RG_CF383] Rechercher les conventions signées par un signataire de convention groupée en gestion unique....137

CF11.03.04 Restituer la liste des conventions applicables....138

[RG_CF367] Restituer la liste des conventions applicables (EF_CF98)....138
[CP1] Recherche infructueuse en gestion unique....139
[CP2] Plusieurs PS utilisateurs d'un même poste et conventions signées entre un PS et un organisme complémentaire....139
[CP3] Conventions signées pour tout ou partie des spécialités entre un centre de santé et un organisme complémentaire....139
[CR1] Conservation de la liste des conventions....139
[RG_CF368] Afficher les données des conventions applicables....139

CF11.03.05 Sélectionner la convention applicable....139

[RG_CF369] Constituer la demande de sélection d'une convention applicable....140
[CP1] Aucune convention....140
[RG_CF370] Sélectionner la convention applicable....141
[CP1] Pas de sélection de convention par le Professionnel de Santé....141
[RG_CF373] Modifier le mode de gestion dans un contexte C2S (EF_BS16_01)....141
[SP03] Modifier le mode de gestion dans un contexte C2S....141
[RG_CF329] Contrôler la convention applicable avec l'organisme complémentaire identifié (EF_CF14_99)....141

CF11.04 Déterminer le tiers payant complémentaire....142

[RG_CF385] Acquérir le choix de tiers payant du PS (EF_CF03_03)....142
[CP1] Changement de type de service ouvert en gestion séparée et convention applicable....142
[CP2] Changement de type de service ouvert en gestion unique....143
[CP3] Changement de type de service ouvert en gestion séparée et réponse Annuaire AMC....143
[SP03] Déterminer le code tiers payant complémentaire (EF_CF03_03)....143

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

CF11.05 Rechercher dans l'Annuaire AMC les informations administratives et de routage 144

[RG_CF410] Déterminer le domaine AMC du PS facturant (EF_CF95_01) 144
[CP1] Centre de santé 144
[CP2] Plusieurs domaines 144
[CR1] choix du domaine souhaité 144
[RG_CF411] Appeler l'Annuaire AMC 145
[RG_CF412] Acquérir la réponse du service de l'Annuaire AMC 145
[CP1] Plusieurs réponses sont retournées par l'Annuaire AMC 147
[CP2] Un nombre important de réponses est détecté par l'Annuaire AMC 147
[CP3] Type de convention inconnu dans l'Annuaire AMC 147
[CE1] Autres cas d'erreurs 147

CF11.06 Acquérir les autres informations relatives au contexte de la part complémentaire 148

[RG_CF376] Acquérir la référence de la réponse de prise en charge complémentaire (EF_CF03_05) 148
[SP03] Acquérir la référence de la réponse de prise en charge complémentaire (EF_CF03_05) 148
[RG_CF388] Acquérir le code type de contrat (EF_CF03_07) 148
[SP03] Acquérir le code type de contrat (EF_CF03_07) 149
[SP04] Acquérir le code type de contrat (EF_CF03_07) 149
[RG_CF389] Déterminer le code sens comptable (EF_CF03_08) 149
[RG_CF390] Acquérir le code application (EF_CF03_09) 149

CF11.08 Déterminer le service de l'organisme complémentaire à appeler 150

[RG_CF375] Déterminer l'activation d'un service de tarification complémentaire (EF_CF03_13) 151
[RG_CF379] Déterminer le code aiguillage du service de tarification complémentaire (EF_CF03_14) 151
[CP1] Gestion unique - Code aiguillage du support de droits différent du code aiguillage de la convention 152
[CP2] Code aiguillage absent 152
[RG_CF382] Déterminer le service de l'organisme complémentaire à appeler (EF_CF03_14) 152

CF11.09 Déterminer le service ouvert au bénéficiaire de soins 153

[RG_CF303] Déterminer l'indicateur de traitement applicable pour la facture en gestion séparée (EF_CF03_02) 153
[CP1] Présentation d'une attestation papier 153
[RG_CF371] Déterminer le service ouvert en gestion séparée (EF_CF03_04) 153
[RG_CF305] Déterminer l'indicateur de traitement applicable pour la facture en gestion unique (EF_CF03_02) 154
[CP1] Absence de l'information dans la réponse ADRi ou en carte Vitale .154
[SP03] Déterminer l'indicateur de traitement applicable pour la facture en gestion unique en cas de tiers payant coordonné 154
[RG_CF372] Déterminer le service ouvert en gestion unique (EF_CF03_04) 154
[RG_CF409] Contrôler le choix de tiers payant avec le service ouvert au bénéficiaire de soins 155

CF11.10 Déterminer les informations administratives et de routage pour élaborer la facture 156

[RG_CF413] Interpréter les informations administratives et de routage selon leur origine (EF_CF16) 156

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_CF_R35] [SP11] Contrôler l'élaboration d'une FSE relative à un accident de la vie privée pour le régime agricole 161
[RG_CF_R25.2] [SP11] Contrôler l'acceptation de FSE au risque AT par l'organisme gestionnaire de l'AT....162
[RG_CF_R37] [SP11] Déterminer les cas d'exclusion du parcours de soins 162
[RG_CF_R37ter] [SP11] Contrôler la situation du parcours de soins (EF_CF13_02) 162
[RG_CF_R38] [SP11] Contrôler la Compatibilité de l'« Accès direct spécifique »....162
[RG_CF318] [CP2][SP11] Contrôler le tiers payant AMO (EF_CF02_03) en fonction des droits AMO chez les PS pharmaciens. Dispositions réglementaires spécifiques 163
[RG_CF408] [SP08.2][SP11] Contrôler le tiers payant AMO (EF_CF02_03) en fonction des droits AMO chez les PS hors pharmaciens. 163
[RG_CF_CC11] [SP11] Acquérir le code remboursement exceptionnel CCAM (EF_CF08_04) 163
[RG_CF319] [SP11] Acquérir le « code conformité au Protocole ALD » (EF_CF08_02) 163
[RG_CF_RC8] [SP11] Contrôler la Nature d'assurance (EF_CF02_02) pour une prestation CCAM (EF_IP05_02) 164
[RG_CF_R3] [SP11] Contrôler la nature d'assurance (EF_CF02_02) pour une prestation non CCAM (EF_IP05_02)....164
[RG_CF335] [SP11] Contrôler le code accord de l'entente préalable (EF_CF09_01) en cas de nécessité d'une entente préalable (EF_CF09_99) pour une prestation CCAM (EF_IP05_02) 164
[RG_CF_R17] [CP1][SP11] Contrôler le code qualificatif de la dépense (EF_CF08_01)....165
[RG_CF_R8] [SP11] Contrôler la nécessité d'une entente préalable (EF_IP09_01) en fonction de la spécialité du PS (EF_PS03_14) 165
[RG_CF_R17] [SP11] Contrôler le code qualificatif de la dépense (EF_CF08_01)....165
[RG_CF_R39] [SP11] Contrôler la facturation d'une majoration de coordination....165
[RG_CF_R37bis] [SP11] Déterminer le Contexte d'Urgence du parcours de soins en fonction des prestations 166
[RG_CF361] [SP11] Contrôler l'ouverture des droits complémentaires....166
[SP11][CP1] Modification d'autres données de droit 166
[RG_CF393] [SP11] Acquérir la nature de la pièce justificative des droits complémentaires (EF_CF03_10)....166

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Facturation SESAM-Vitale

Ordonnance du 24/04/1996

Addendum 8

Mai 2024

VF : Valoriser la facture

Version	8.50
Date	05/01/2024
Référence	FACT-SFG-015
Information	RESTREINTE
Etat	PROVISOIRE

GIE SESAM-Vitale
5, boulevard Marie et Alexandre Oyon – 72 019 LE MANS Cedex 2
www.sesam-vitale.fr

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.

TABLE DES MATIERES

1 INTRODUCTION 7

1.1 OBJET DU DOCUMENT 7
1.2 POSITIONNEMENT DU DOCUMENT 7
1.3 CONTENU DU DOCUMENT 7
1.4 DOCUMENTS DE REFERENCE 7
1.5 ABREVIATIONS 7
1.6 DEFINITIONS 7
1.7 GUIDE DE LECTURE 7

2 PRESENTATION DE LA FONCTIONNALITE « VF : VALORISER LA FACTURE » 8

2.1 POSITIONNEMENT DE LA FONCTIONNALITE 8
2.2 DESCRIPTION DE LA FONCTIONNALITE 9

3 VF-AMO : VALORISER LA FACTURE POUR LA PART OBLIGATOIRE 11

3.1 ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF-AMO 11
3.2 VF01 : DETERMINER LA BASE DE REMBOURSEMENT DE CHAQUE PRESTATION SAISIE PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTE 13
3.2.1 VF01.01 : Déterminer le Prix unitaire de la prestation 15
3.2.2 VF01.02 : Déterminer les montants de majoration de la BR 20
3.2.3 VF01.03 : Déterminer le coefficient de réduction pour association 27
3.2.4 VF01.04 : Déterminer le montant de la base de remboursement 27
3.3 VF02 : DETERMINER LE TAUX DE REMBOURSEMENT DE CHAQUE PRESTATION SAISIE PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTE 38
3.3.1 VF02.01 : Déterminer le taux de remboursement de la prestation isolément 41
3.3.2 VF02.02 : Déterminer l'exonération liée à d'autres prestations. 55
3.3.3 VF02.03 : Finaliser le taux de remboursement de la prestation 56
3.4 VF03 : DETERMINER LE MONTANT REMBOURSABLE AMO DE CHAQUE PRESTATION SAISIE PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTE 61
3.4.1 VF03.01 : Déterminer le montant remboursable AMO d'une prestation 63
3.5 VF04 : DETERMINER ET CONTROLER LES TOTAUX AMO DE LA FACTURE 73
3.6 VF05 : GENERER LES SUPPLEMENTS DEROGATOIRES SMG 75
3.6.1 VF05.01 : Déterminer la nécessité de générer des prestations SD_SMG 78
3.6.2 VF05.02 : Générer une prestation SD_SMG 80
3.7 VF06 : RECALCULER LE MONTANT DES HONORAIRES DE CHAQUE PRESTATION 86
3.8 VF07 : GENERER LES SUPPLEMENTS EN NATURE D'ASSURANCE AT 90
3.8.1 VF07.01 : Générer les compléments AT Dentaires 91
3.8.2 VF07.02 : Générer le supplément APIAS 97
3.9 VF08 : GENERER LES DEPASSEMENTS POUR VICTIME D'ATTENTAT 104
3.9.1 VF08.01 : Acquérir les données de la prestation de dépassement pour Victime d'attentat 107
3.9.2 VF08.02 : Contrôler les données de la prestation de dépassement pour Victime d'attentat 109
3.9.3 VF08.03 : Déterminer les montants de la prestation de dépassement pour Victime d'attentat 111

4 VF-COMPLEMENTAIRE : VALORISER LA FACTURE POUR LA PART COMPLEMENTAIRE 113

4.1 ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF-COMPLEMENTAIRE « VALORISER LA FACTURE POUR LA PART COMPLEMENTAIRE » 113
4.2 VF10 : DETERMINER LA NECESSITE DE LA PART COMPLEMENTAIRE 116
4.3 VF11 : TARIFER LA PART COMPLEMENTAIRE 117
4.3.1 VF11.01 : Acquérir les données liées au calcul de la part complémentaire 119
4.3.2 VF11.02 : Appeler le service de tarification complémentaire 121
4.3.3 VF11.03 : Tarifer avec un service de tarification complémentaire 125
4.3.4 VF11.04 : Traiter la réponse du service de tarification complémentaire 126
4.3.5 VF11.05 : Acquérir la formule applicable pour chaque prestation 130

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

4.4 VF12 « ASSISTER LA TARIFICATION COMPLEMENTAIRE » 134
4.5 VF15 : RENSEIGNER LES MONTANTS DE LA REPONSE DE LA PRISE EN CHARGE 135
4.5.1 VF15.01 : Acquérir les montants de la part complémentaire pour chaque prestation de la facture 136
4.5.2 VF15.02 : Ventiler le montant total de la réponse de prise en charge 139

5 VF30 : TERMINER DE FACTURER 143

6 SP11 : SITUATION SPECIFIQUE DE FORÇAGE 146

6.1 IMPACT VF01.01 152
6.2 IMPACT VF01.04 152
6.3 IMPACT VF02.01.03 154
6.4 IMPACT VF02.01.04 154
6.5 IMPACT VF02.03 155
6.6 IMPACT VF03 : DETERMINER LE MONTANT REMBOURSABLE AMO DE CHAQUE PRESTATION 155
6.7 IMPACT VF04 : DETERMINER LES TOTAUX AMO DE LA FACTURE 157
6.8 IMPACT VF05.01 : DETERMINER LA NECESSITE DE GENERER DES PRESTATIONS SD_SMG 157
6.9 IMPACT VF-COMPLEMENTAIRE « VALORISER LA PART COMPLEMENTAIRE » 158
6.9.1 VF16 : Vérifier le montant total de la part complémentaire 159
6.10 IMPACT VF11.4 : TRAITER LA REPONSE DU SERVICE DE TARIFICATION COMPLEMENTAIRE 161

7 DF_VF : DOMAINE D'INFORMATION « VALORISER LA FACTURE » 162

7.1 MODELE DE DONNEES 162
7.2 LISTE DES DONNEES FONCTIONNELLES POUR CHAQUE ENTITE 163

8 LISTE DES REGLES DE GESTION 168

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

SCHEMAS DES OPERATIONS

FIGURE 1 : [VF] PERIMETRE DE « VALORISER LA FACTURE »....8
FIGURE 2 : [SC_VF] OPERATIONS DE LA FONCTIONNALITE VF : « VALORISER LA FACTURE »....10
FIGURE 3 : [SC_VF-AMO] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF-AMO « VALORISER LA FACTURE POUR LA PART OBLIGATOIRE » 11
FIGURE 4 : [SC_VF-AMO][SP18] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF-AMO [SP18] « VALORISER LA FACTURE POUR LA PART OBLIGATOIRE EN SITUATION VICTIME D'ATTENTAT »....12
FIGURE 5 : [SC_VF01] ENCHAINEMENT DE L'OPERATION VF01 : DETERMINER LA BASE DE REMBOURSEMENT DE LA PRESTATION 14
FIGURE 6 : [SC_VF01.01] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF01.01 « DETERMINER LE PRIX UNITAIRE DE LA PRESTATION » 16
FIGURE 7 : [SC_VF01.02] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF01.02 « DETERMINER LES MONTANTS DE MAJORATION DE LA BR »....21
FIGURE 8 : [SC_VF01.02.01] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF01.02.01 « DETERMINER LES MONTANTS DE MAJORATION DE LA BR POUR UNE PRESTATION NON CCAM»....22
FIGURE 9 : [SC_VF01.04] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF01.04 « DETERMINER LE MONTANT DE LA BR »....29
FIGURE 10 : [SC_VF02] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF02 « DETERMINER LE TAUX DE REMBOURSEMENT DE CHAQUE PRESTATION »....39
FIGURE 11 : [SC_VF02.01] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF02.01 « LE TAUX DE REMBOURSEMENT DE LA PRESTATION ISOLEMENT » 43
FIGURE 12 : [SC_VF02.01.03] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF02.01.03 « DETERMINER LE TAUX DE REMBOURSEMENT LIE A L'INDIVIDU»....46
FIGURE 13 : [SC_VF02.01.04] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF02.01.04 « DETERMINER LE TAUX DE REMBOURSEMENT LIE A LA NATURE DE LA PRESTATION » 50
FIGURE 14 : [SC_VF02.03] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF02.03 « FINALISER LE TAUX DE REMBOURSEMENT DE LA PRESTATION » 57
FIGURE 15 : [SC_VF03] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF03 « DETERMINER LE MONTANT REMBOURSABLE AMO DE CHAQUE PRESTATION» 62
FIGURE 16 : [SC_VF03.01] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF03.01 « DETERMINER LE MONTANT REMBOURSABLE AMO D'UNE PRESTATION» 64
FIGURE 17 : [SC_VF03.01][SP03.1] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF03.01 « DETERMINER LE MONTANT REMBOURSABLE AMO D'UNE PRESTATION » LA SITUATION SPECIFIQUE [SP03.1] FORFAITS DENTAIRES CMU-C....65
FIGURE 18 : SC_VF05] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF05 « GENERER LES SUPPLEMENTS DEROGATOIRES SMG » 77
FIGURE 19 : SC_VF05.01] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF05.01 « DETERMINER LA NECESSITE DE GENERER DES PRESTATIONS SD_SMG » 79
FIGURE 20 : SC_VF05.02] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF05.02 « DETERMINER LA NECESSITE DE GENERER DES PRESTATIONS SD_SMG » 81
FIGURE 21 : [SC_VF05.02.01] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF05.02.01 « ACQUERIR LES DONNEES D'UNE PRESTATION DE TYPE SD_SMG» 83
FIGURE 22 : [SC_VF05.02.02] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF05.02.02 « CONTROLER LES DONNEES D'UNE PRESTATION DE TYPE SD_SMG» 84
FIGURE 23 : [SC_VF05.02.03] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF05.02.03 « DETERMINER LES MONTANTS D'UNE PRESTATION DE TYPE SD_SMG» 85
FIGURE 24 : [SC_VF06] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF06 « RECALCULER LE MONTANT DES HONORAIRES DE CHAQUE PRESTATION » 87
FIGURE 25 : [SC_VF07] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF07 « GENERER LES SUPPLEMENTS EN NATURE D'ASSURANCE AT » 90
FIGURE 26 : [SC_VF07.01] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF07.01 « GENERER LES COMPLEMENTS AT DENTAIRES » 92
FIGURE 27 : [SC_VF07.01.01] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF07.01.01 « ACQUERIR LES DONNEES DE LA PRESTATION ATD » 94
FIGURE 28 : [SC_VF07.01.02] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF07.01.02 « CONTROLER LES DONNEES DE LA PRESTATION ATD» 95
FIGURE 29 : [SC_VF07.01.03] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF07.01.03 « DETERMINER LES MONTANTS DE LA PRESTATION ATD» 96

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

FIGURE 30 : [SC_VF07.01.03][SP18] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF07.01.03 [SP18] « DETERMINER LES MONTANTS DE LA PRESTATION ATD EN SITUATION VICTIME D'ATTENTAT » ...97
FIGURE 31 : [SC_VF07.02] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF07.02 « GENERER LE SUPPLEMENT APIAS » ...99
FIGURE 32 : SC_VF07.02.01] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF07.02.01 « ACQUERIR LES DONNEES DU SUPPLEMENT APIAS»...102
FIGURE 33 : [SC_VF07.02.02] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF07.02.02 « CONTROLER LES DONNEES DU SUPPLEMENT APIAS»...103
FIGURE 34 : [SC_VF07.02.03] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF07.02.03 « DETERMINER LES MONTANTS DU SUPPLEMENT APIAS»...104
FIGURE 35 : [SC_VF08] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF08 « GENERER LES DEPASSEMENTS POUR VICTIME D'ATTENTAT » ...106
FIGURE 36 : [SC_VF08.01] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF08.01 « VF08.01 : ACQUERIR LES DONNEES DE LA PRESTATION DE DEPASSEMENT POUR VICTIME D'ATTENTAT» ...109
FIGURE 37 : [SC_VF08.02] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF08.02 « CONTROLER LES DONNEES DE LA PRESTATION DE DEPASSEMENT POUR VICTIME D'ATTENTAT » ...110
FIGURE 38 : [SC_VF08.03] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF08.03 « DETERMINER LES MONTANTS DE LA PRESTATION DE DEPASSEMENT POUR VICTIME D'ATTENTAT » ...112
FIGURE 39 : [SC_VF-CMP] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF-COMPLEMENTAIRE « VALORISER LA FACTURE POUR LA PART COMPLEMENTAIRE »...115
FIGURE 40 : [SC_VF11] ENCHAINEMENT DES TACHES DE VF11 "TARIFER LA PART COMPLEMENTAIRE" ..119
FIGURE 41 : [SC_VF15] ENCHAINEMENT DES TACHES DE VF15 : "RENSEIGNER LES MONTANTS DE LA REPONSE DE LA PRISE EN CHARGE COMPLEMENTAIRE "...136
FIGURE 42 : [SC_VF15.01] ENCHAINEMENT DES REGLES DE VF15.01 : "ACQUERIR LES MONTANTS DE LA PART COMPLEMENTAIRE POUR CHAQUE PRESTATION DE LA FACTURE"...137
FIGURE 43 : [SC_VF15.02] ENCHAINEMENT DES REGLES DE VF15.02 : " VENTILER LE MONTANT TOTAL DE LA REPONSE DE PRISE EN CHARGE " ...140
FIGURE 44 : [SC_VF30] ENCHAINEMENT DE L'OPERATION VF-30 « TERMINER DE FACTURER » ...144
FIGURE 45 : [DF_VF] MODELE DE DONNEES DE LA FONCTIONNALITE VF : VALORISER LA FACTURE : DF_VF ...162

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

1 Introduction

1.1 Objet du document

Ce document a pour but de spécifier la fonctionnalité « VF : Valoriser la facture ».

1.2 Positionnement du document

Cf. Guide de lecture référencé FACT-SFG-009.

1.3 Contenu du document

Outre ce chapitre introductif, ce document de spécifications fonctionnelles générales comporte les chapitres suivants :

- le chapitre 2 présente la fonctionnalité « VF : Valoriser la facture »,
- les chapitres 3, 4 et 5 décrivent les opérations de la fonctionnalité « VF : Valoriser la facture »,
- le chapitre 6 décrit les situations spécifiques,
- le chapitre 7 contient la synthèse des entités fonctionnelles utilisées,
- le chapitre 8 contient la synthèse des règles de gestion.

1.4 Documents de référence

Les documents de référence sont présentés dans le document GD (référencé FACT-SFG-009) du package documentaire.

1.5 Abréviations

Les abréviations utilisées sont répertoriées dans le document GD (référencé FACT-SFG-009) du package documentaire.

1.6 Définitions

Les définitions sont répertoriées dans le document GD (référencé FACT-SFG-009) du package documentaire.

1.7 Guide de lecture

Cf. document spécifique GD (référencé FACT-SFG-009).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

2 Présentation de la fonctionnalité « VF : Valoriser la facture »

2.1 Positionnement de la fonctionnalité

L'objet de cette fonctionnalité est de valoriser l'ensemble des montants de la facture pour la participation de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire (en cas de tiers payant complémentaire), et le reste à charge pour le bénéficiaire de soins.

Les informations utilisées dans cette fonctionnalité ont été acquises, d'une part dans la fonctionnalité « acquérir les informations des prestations » en ce qui concernent les informations liées exclusivement à la prestation, d'autre part dans la fonctionnalité « acquérir le contexte de facturation » pour les informations concernant le contexte de facturation tant pour l'assurance maladie obligatoire que pour l'assurance maladie complémentaire.

La facture valorisée des différents montants est ensuite prise en charge par la fonctionnalité « Mettre en forme Facture (MF) ».

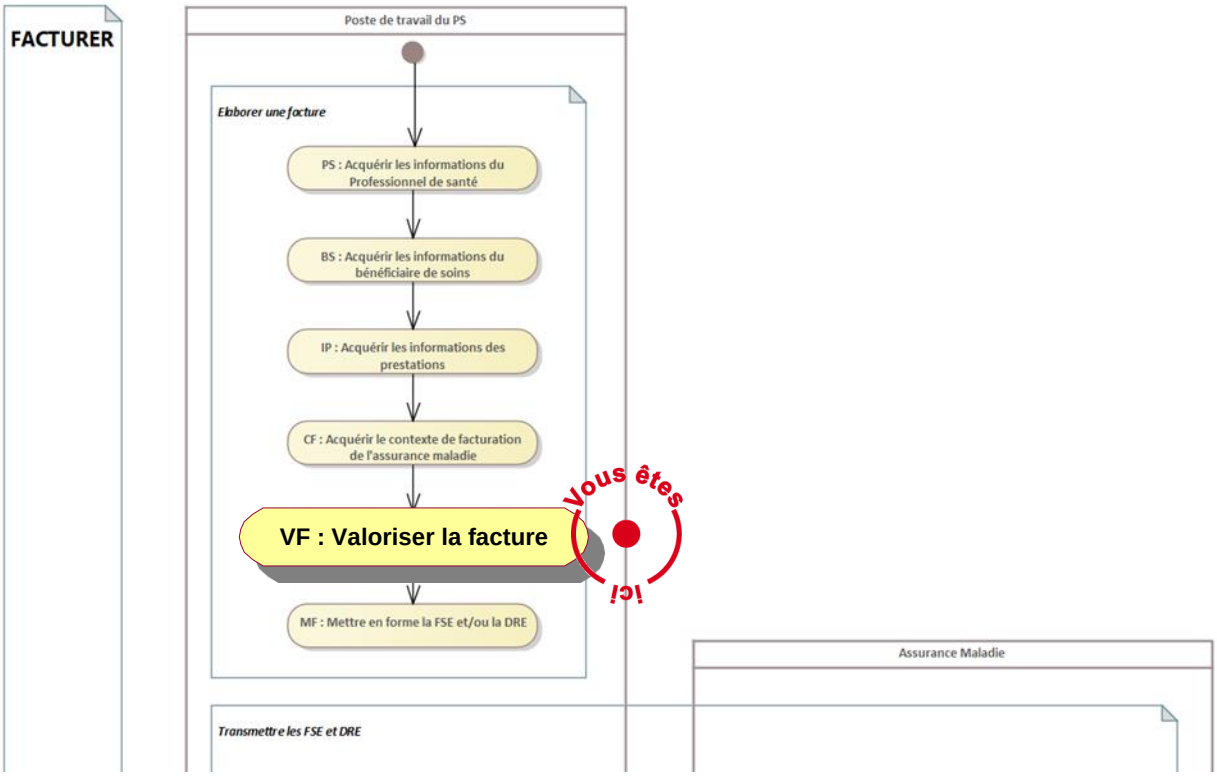


Figure 1 : [VF] Périmètre de « Valoriser la facture »

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

2.2 Description de la fonctionnalité

Vue générale

Nom ***VF Valoriser la facture***

Description L'objet de cette fonctionnalité est de valoriser l'ensemble des montants de la facture, pour la part obligatoire et la part complémentaire ainsi que le reste à charge pour le bénéficiaire de soins.

Cette fonctionnalité est présentée en 3 étapes :

- VF-AMO : Valoriser la facture pour la part obligatoire

  Cette étape permet de déterminer pour chaque prestation:
  - la base de remboursement,
  - le taux de remboursement,
  - le montant remboursable par l'AMO.

- VF-Complémentaire : Valoriser la facture pour la part complémentaire

  Après avoir déterminé la base et le taux de remboursement et le montant AMO pour chaque prestation, est réalisé si nécessaire le calcul de la part de l'assurance complémentaire

- VF30 : Terminer de facturer

Les différentes règles mises en œuvre dans cette fonctionnalité portent sur l'ensemble des prestations acquises précédemment. En particulier les prestations de majorations liées au parcours de soins sont soumises aux mêmes règles que les autres prestations.

Durant cette valorisation, le professionnel de santé peut forcer certains éléments de la facture qui peuvent influer sur la garantie de paiement des prestations. Cette possibilité est décrite dans le chapitre « Situations spécifiques » de cette fonctionnalité.

Entrées	Domaine d'informations « Professionnel de santé	**DF_PS**
	Domaine d'informations « Bénéficiaire de soins »	**DF_BS**
	Domaine d'informations « Prestation »	**DF_IP**
	Domaine d'informations « Contexte Facturation»	**DF_CF**
	Tables de l'annexe 2bis	**DF_A2**
	Base CCAM	**DF_CCAM**
Sorties	Domaine d'informations « Valoriser Facture»	**DF_VF**
Situations spécifiques	Victime d'Attentat	SP18

Remarque générale

Les montants sont exprimés en centimes d'Euros (sauf mention contraire).

Les montants utilisés dans les exemples sont mentionnés à titre indicatif, et peuvent évoluer en fonction des tarifs conventionnels.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

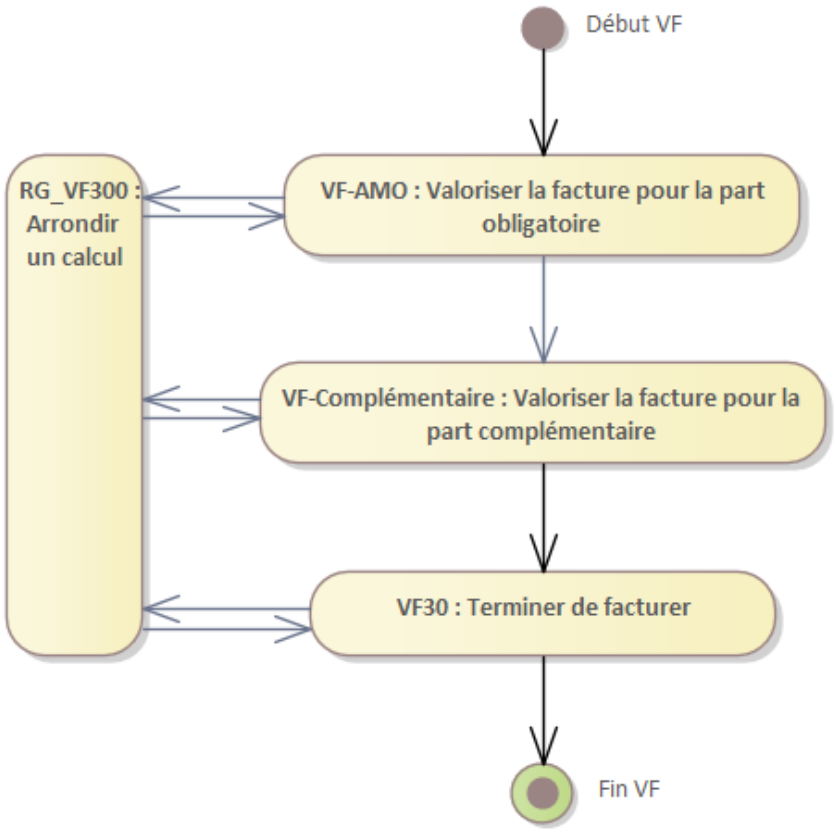


Figure 2 : [SC_VF] Opérations de la fonctionnalité VF : « Valoriser la facture »

Règles de gestion

[RG_VF300] Arrondir un calcul

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dès qu'un montant (base de remboursement ou montant remboursable) est affecté d'un taux, le résultat :

- est arrondi par excès (centime supérieur) dès lors que la troisième décimale est supérieure ou égale à 5
- est arrondi par défaut (centime inférieur) dès lors que la troisième décimale est inférieure ou égale à 4.

Cette règle s'applique au calcul de la base de remboursement: (RG_VF_B13) et de façon plus générale à l'ensemble des calculs effectués.

Cette règle s'applique à chaque prestation.

Exemple

Base de remboursement x Taux de remboursement = Montant remboursable

Le Montant remboursable est arrondi suivant le principe ci-dessus.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3 VF-AMO : Valoriser la facture pour la part Obligatoire

3.1 Enchaînement des opérations de VF-AMO

Nom *VF-AMO Valoriser la facture pour la part Obligatoire*

Schéma

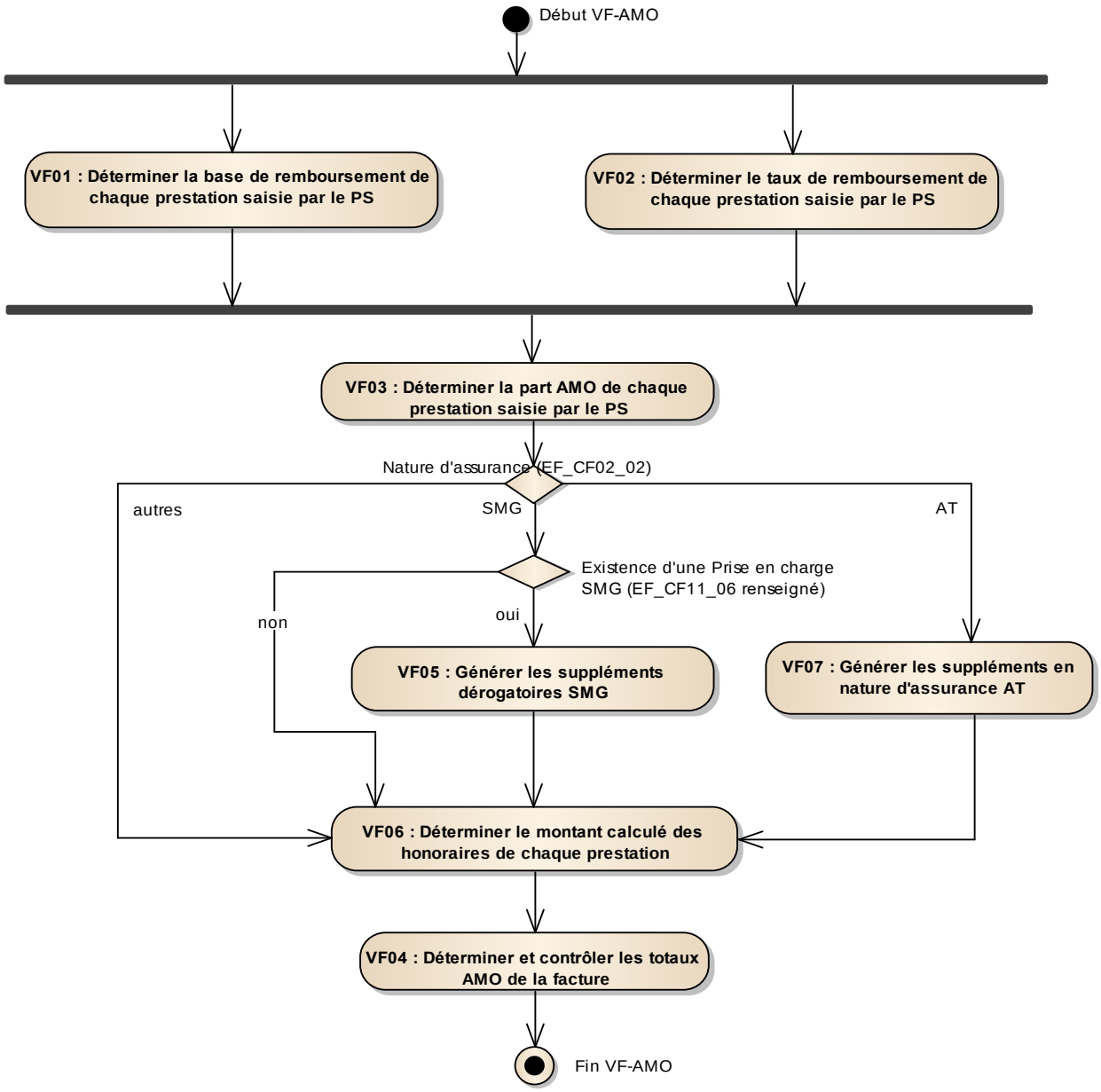


Figure 3 : [SC_VF-AMO] **Enchaînement des opérations de VF-AMO « Valoriser la facture pour la part obligatoire »**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[SP18] L'opération VF-AMO a un comportement spécifique pour un bénéficiaire Victime d'Attentat.

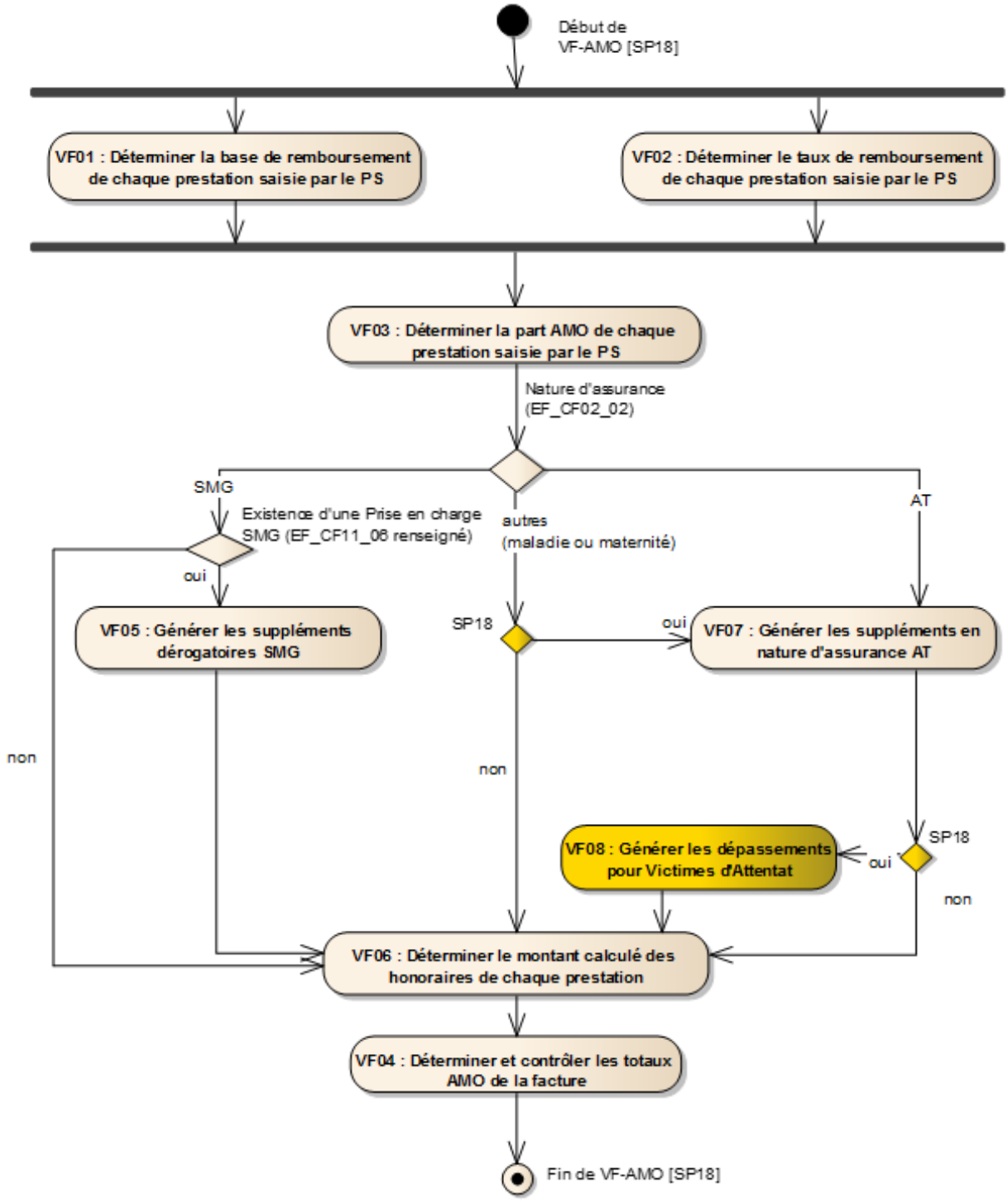


Figure 4 : [SC_VF-AMO][SP18] Enchaînement des opérations de VF-AMO [SP18] « Valoriser la facture pour la part obligatoire en situation Victime d'Attentat »

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Remarque générale

Les règles de tarification de l'assurance maladie obligatoire doivent être appliquées quel que soit le mode de tarification assurance maladie obligatoire (hors tiers payant ou tiers payant).

3.2 VF01 : Déterminer la base de remboursement de chaque prestation saisie par le Professionnel de Santé

Vue générale

Nom ***VF01 Déterminer la base de remboursement de chaque prestation saisie par le Professionnel de Santé***

Description L'objet de cette opération est de déterminer, conformément au contexte de facturation et pour chaque prestation de la facture saisie par le Professionnel de Santé, la base de remboursement pour l'assurance maladie obligatoire.

Cette opération ne concerne pas les prestations automatiquement générées par le système de facturation (cf. VF05).

Le montant de la base de remboursement est en particulier fonction des éléments suivants :

- le tarif conventionnel de la lettre clé ou du code acte détaillé (de la prestation)
- les majorations éventuellement applicables à la prestation (complément de prestation, modificateurs, supplément de charge en cabinet)
- l'abattement éventuellement applicable à la prestation (réduction pour association).

Entrées	Situation d'exercice et de facturation	EF_PS03
	Complément d'informations à la situation d'exercice et de facturation	EF_PS04
	Prestation	EF_IP04
	Type prestation	EF_IP05
	Lieu d'exécution prestation	EF_IP06
	Supplément de prestation	EF_IP08
	Détail prestation CCAM	EF_IP09
	Contexte Prestation AMO	EF_CF08
	Tables 8.x de l'annexe 2bis	**EF_A2_T8.x**
Sorties	Date de référence pour la Base de Remboursement	EF_VF99_01
	Données intermédiaires pour la BR	EF_VF99
	Part AMO Prestation	EF_VF05
Situations spécifiques	Bénéficiaire C2S	**SP03**
	Bénéficiaire de l'AME	**SP06**
	Forçage	**SP11**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

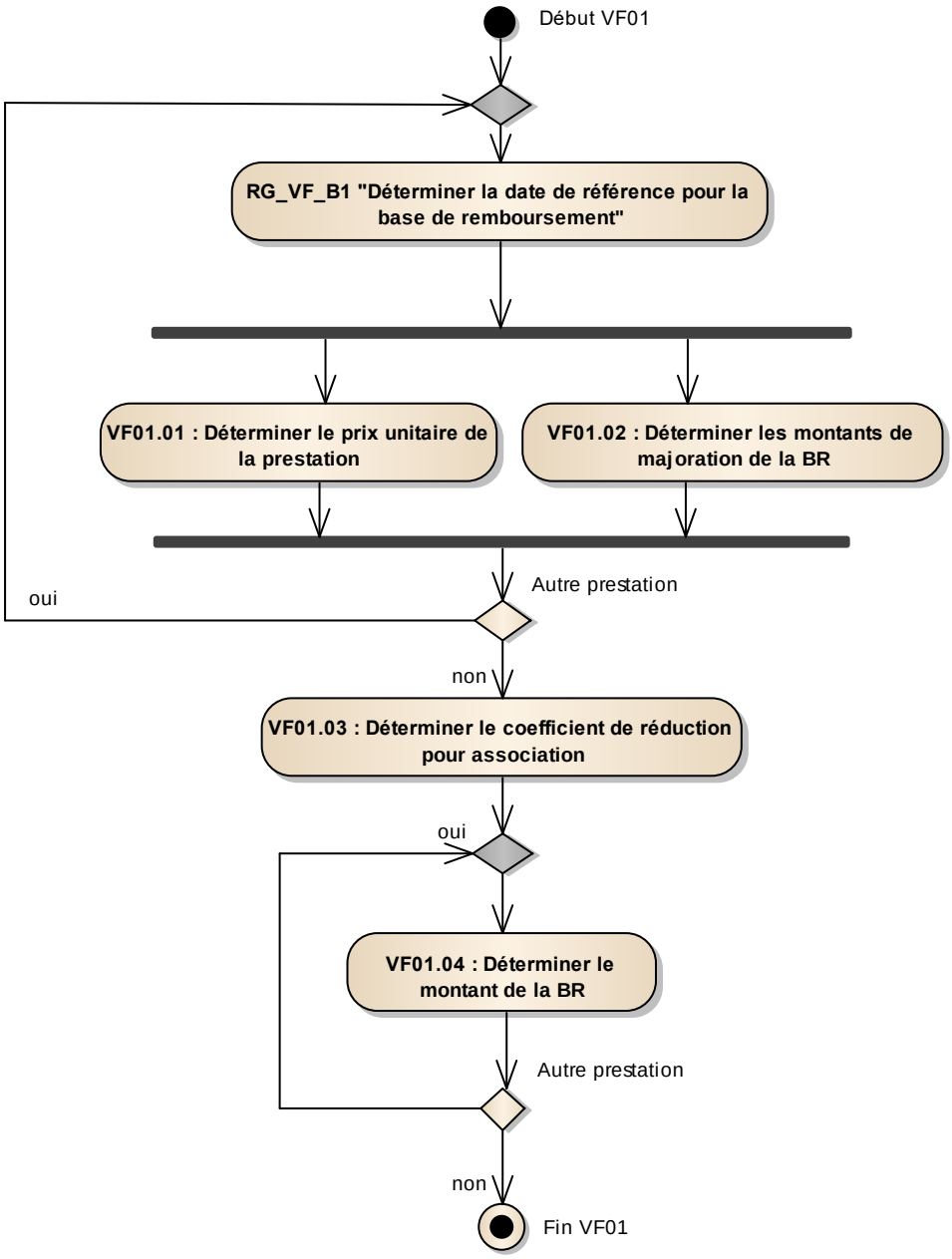


Figure 5 : [SC_VF01] Enchaînement de l'opération VF01 : Déterminer la base de remboursement de la prestation

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

Les règles de gestion concernant cette opération sont regroupées ci-après par thème.

[RG_VF_B1] Déterminer la date de référence pour la Base de Remboursement (EF_VF99_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La date à retenir pour le calcul de la base de remboursement est la date d'exécution de chaque acte, c'est-à-dire la date des soins.

☞ Remarque : cette règle concerne également les pharmaciens facturant des actes de biologie (lettre clé B)

Cas particuliers

[CP1] soins dentaires

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les soins dentaires, la date à retenir pour le calcul de la base de remboursement est :

- La date de fin de chaque fraction de traitement si le code prestation est " ORT ".
- La date d'exécution de l'acte s'il s'agit d'un autre code prestation.

Pour les actes CCAM, et quelle que soit la spécialité du Professionnel de Santé, la date à retenir est la date d'achèvement des soins.

Tables utilisées :

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T1)

3.2.1 VF01.01 : Déterminer le Prix unitaire de la prestation

Vue générale

Nom ***VF01.01 Déterminer le Prix unitaire de la prestation***

Description La notion de Prix unitaire correspond au tarif conventionnel de la prestation ou de la lettre clé selon le type de prestation.

A l'exception de la base CCAM (DF_CCAM) située dans le périmètre du système de facturation, le tarif conventionnel est issu de bases de données ou de tables externes aux SFG.

Entrées

Code conventionnel du PS	EF_PS03_13
Code spécialité du PS	EF_PS03_14
Code zone tarifaire	EF_PS03_15
Code prestation	EF_IP04_01
Montant PS des honoraires de la prestation	EF_IP04_06
Type de nomenclature	EF_IP05_02
Groupe fonctionnel de la prestation	EF_IP05_03

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

	Sous-groupe fonctionnel de la prestation	EF_IP05_04
	Top présence prestations Remboursables dans la facture	EF_CF02_05
	Montant Supplément SMG pour la facture	EF_VF02_03
	Top prise en charge SMG pour SGS uniquement	EF_CF11_08
	Date de référence pour la Base de Remboursement	EF_VF99_01
	Base CCAM	DF_CCAM
Sorties	Prix unitaire de la prestation	EF_VF05_01
Situations spécifiques	Forçage	**SP11**

Schéma

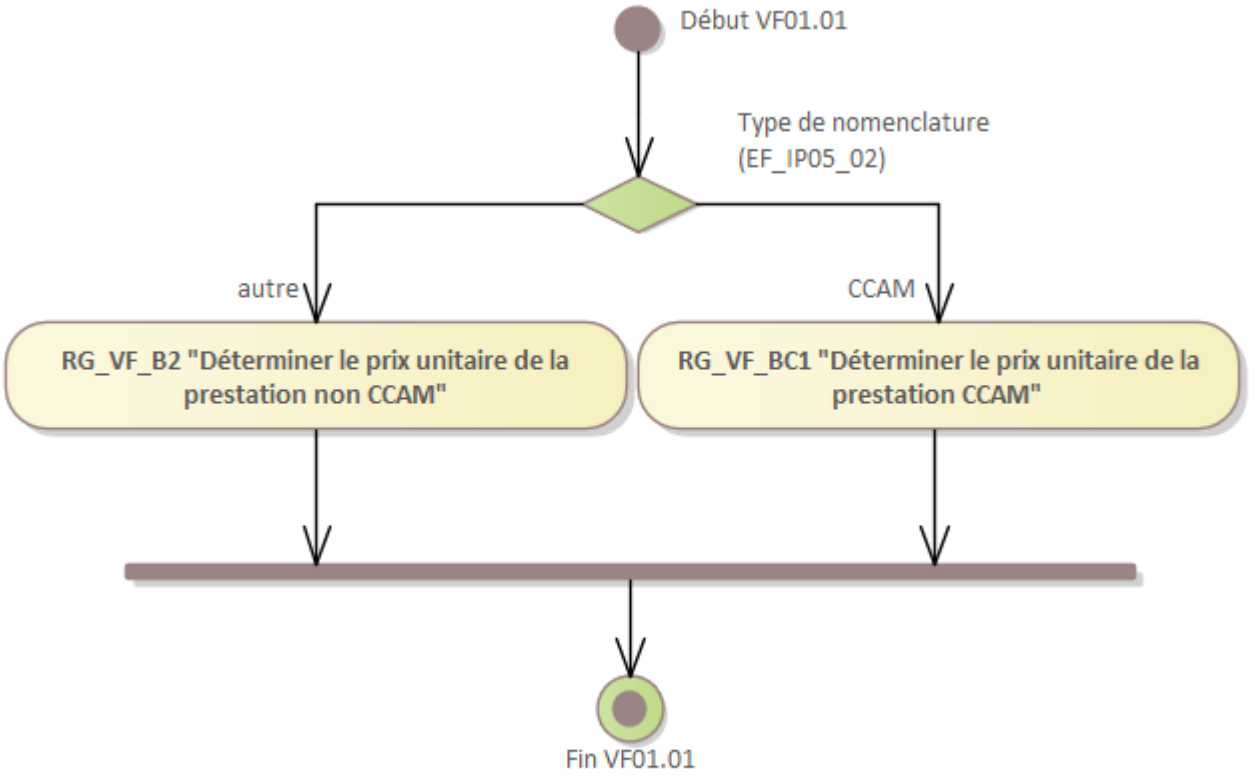


Figure 6 : [SC_VF01.01] Enchaînement des opérations de VF01.01 « Déterminer le Prix unitaire de la prestation »

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

[RG_VF_B2] Déterminer le prix unitaire de la prestation non CCAM (EF_VF05_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le Professionnel de Santé est conventionné (code 1, 2, 3) le prix unitaire nécessaire pour le calcul de la base de remboursement est un tarif conventionnel différent selon le code prestation et la spécialité du Professionnel de Santé.

Si le Professionnel de Santé n'est pas conventionné, le prix unitaire est égal à un tarif d'autorité, fonction du code prestation, de la spécialité du Professionnel de Santé et de sa zone tarifaire.

S'il n'existe pas de tarif d'autorité la base de remboursement est égale à zéro.

☞ La table des tarifs (conventionnels et d'autorité) n'est pas fournie dans le Cahier des Charges

Tables utilisées :

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T1)
- Table 52 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T52)

Références réglementaires

- N.G.A.P. Dispositions générales : Valeurs des lettres-clés
- NABM : Dispositions générales
- Conventions Nationales des Professionnels de santé

Cas particuliers

[CP1] Prestation pharmacie avec codage

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le prix unitaire d'une prestation de frais pharmaceutiques (EF_IP05_02 = « frais PH ») à laquelle est rattaché un code CIP, correspond au montant de la prestation, à savoir : le prix unitaire du conditionnement ou de l'unité (EF_IP13_01) multiplié par la quantité de conditionnements ou d'unités (EF_IP13_02).

[CP2] Prestation LPP avec codage

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type LPP (EF_IP05_02= « LPP »), le prix unitaire de la prestation (EF_VF05_01) correspond à la somme des montants totaux (EF_IP15_09) de chaque prestation détaillée LPP rattachée.

[CP3] Prestations de type « supplément dérogatoire SMG »

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de groupe fonctionnel (EF_IP05_03) « SD_SMG » et de sous groupe (EF_IP05_04) « Prestations R », le prix unitaire de la prestation est égal au montant du supplément SMG pour la facture (EF_VF02_03)

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Pour une prestation de groupe fonctionnel (EF_IP05_03) « SD_SMG » et de sous groupe (EF_IP05_04) « Prestations NR » :

- soit la facture contient uniquement des prestations non remboursables (top présence prestations Remboursables dans la facture : EF_CF02_05 = FAUX) : le prix unitaire de la prestation est alors égal au montant du supplément SMG pour la facture (EF_VF02_03)
- soit la facture contient des prestations remboursables (top présence prestations Remboursables dans la facture : EF_CF02_05 = VRAI) : le prix unitaire de la prestation est alors égal à zéro.

[CP4] Prestation sanitaire non identifiée par l'AMO (SGS)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation sanitaire non identifiée par l'AMO, à savoir de code prestation « **SGS** », le prix unitaire de la prestation (EF_VF05_01) est égal au montant des honoraires saisi par le PS (EF_IP04_06).

[CP5] Honoraire de dispensation généré

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le prix unitaire d'une prestation d'honoraire de dispensation générée par le LPS 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.

Les tarifs réglementaires font l'objet de la table 1.1 de l'annexe 2bis (EF_A2_T1.1).

☞ Remarque : Le prix unitaire déterminé ne doit pas être modifié par le PS.

Tables utilisées :

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T1)
- Table 1.1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T1.1)

Références réglementaires

- Convention Nationale des Pharmaciens

[CP6] Prestation de type complément AT

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type complément AT (EF_IP05_03 = « Complément AT »), le montant du Prix Unitaire correspond à un coefficient de la base de remboursement (EF_VF05_02) de la prestation support, plafonné au montant du dépassement de l'acte support, i.e. son montant des honoraires diminué de son montant remboursable AMO :

$$\mathbf{PU_{ATx} = MIN\ (Coeff_{ATx} * BR_{\text{Acte support}},\ Montant\ honoraires_{Acte\ support} - MRO_{Acte\ support})}$$

Avec :

- **BR** = EF_VF05_02
- **MRO** = EF_VF05_07
- **Montant honoraires** = EF_IP04_06
- **Coeff$_{ATx}$** = coefficient à appliquer : défini en table 52 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T42)

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

☞ Ce coefficient dépend du code prestation, de la nature d'assurance et de la situation du bénéficiaire

☞ Remarque : le montant des honoraires de l'acte support correspond au montant total de la dépense de l'acte support sans diminution du montant du complément AT.

Tables utilisées :

- Table 52 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T52)

[CP7] Supplément APIAS (DAT)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour le supplément APIAS (EF_IP04_01 = « DAT »), le montant du Prix Unitaire correspond au montant du supplément APIAS (EF_VF02_09) déterminé préalablement (cf. RG_VF351).

[CP8] Dépassement pour Victime d'Attentat

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le prix unitaire (PU) d'un dépassement pour Victime d'Attentat généré par le LPS correspond au montant des honoraires saisi par le PS (EF_IP04_06) de l'acte support diminué de son montant remboursable AMO (EF_VF05_07) et du montant remboursable AMO (EF_VF05_07) du complément AT (ATD ou ATL) éventuellement associé à l'acte support.

$$PU_{dépassement} = Montant\ honoraires_{Acte\ support} - MRO_{Acte\ support} - MRO_{ATx}$$

Avec :

- **MRO** = EF_VF05_07
- **Montant honoraires** = EF_IP04_06

[CP9] Refus de substitution d'un médicament princeps par le bénéficiaire des soins

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de délivrance d'un médicament princeps non soumis à un tarif forfaitaire de responsabilité, pour lequel un tarif ajusté est présent dans la base médicaments et ayant fait l'objet d'une demande de non substitution par le bénéficiaire des soins (EF_IP13_07 = 'N'), le prix unitaire est déterminé comme suit :

- Tarif ajusté multiplié par la quantité de boites délivrées (EF_IP13_02),

Ou bien, en cas de déconditionnement :

- Tarif ajusté divisé par le nombre d'unités dans le conditionnement, multiplié par le nombre d'unités délivrées

Le tarif ajusté du médicament princeps délivré est issu de la base nationale médicaments.

Attention, le logiciel ne doit pas permettre au Professionnel de Santé la modification de ce montant.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

☞ A noter que le tarif ajusté est également appliqué de fait lorsque le mode de prescription saisi par le pharmacien n'est pas valide à la date de prescription (RG_IP_R65) et que l'assuré refuse la substitution proposée par le PS (EF_IP13_07 = 'N').

[CP10] Indemnités kilométriques

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les frais de déplacement forfaitaires sont les prestations de groupe fonctionnel général « Indemnité de déplacement » (EF_IP05_03) et de groupe fonctionnel détaillé « Forfaitaire » (EF_IP05_04)

Le montant unitaire de l'un de ces frais de déplacement correspond à un tarif fixé en fonction :

- de la spécialité du Professionnel de Santé (EF_PS03_14),
- du conventionnement du Professionnel de Santé (EF_PS03_13),
- du type d'indemnité kilométrique (EF_IP04_01)
- de la zone tarifaire du Professionnel de Santé (EF_PS03_15).

[RG_VF_BC1] Déterminer le prix unitaire de la prestation CCAM (EF_VF05_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le PU à utiliser pour la tarification de l'acte est obtenu par la règle BC1 mise en œuvre par le service d'identifiant C-Pu du module SRT : cf. A1-A1 règle BC1.

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

3.2.2 VF01.02 : Déterminer les montants de majoration de la BR

Vue générale

Nom ***VF01.02 Déterminer les montants de majoration de la BR***

Description Outre la formule de base de détermination de la BR à partir du PU du code prestation, il est possible de majorer la BR de plusieurs montants de majorations différents, à savoir :

- Pour les prestations non CCAM :

le montant du complément de prestation éventuellement facturé. (EF_VF99_03)

Pour les prestations CCAM :

- le cumul des modificateurs forfaitaires tarifants (EF_VF99_04)
- le cumul des modificateurs pourcentage tarifants (EF_VF99_05)
- le montant du supplément de charge en cabinet (EF_VF99_06)

Entrées

Situation d'exercice et de facturation	EF_PS03
Complément d'informations à la situation d'exercice et de facturation	EF_PS04
Prestation	EF_IP04
Type prestation	EF_IP05
Lieu d'exécution prestation	EF_IP06

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

	Supplément de prestation	EF_IP08
	Détail prestation CCAM	EF_IP09
	Date de référence pour la Base de Remboursement	EF_VF99_01
Sorties	Données intermédiaires pour la BR	EF_VF99
	Montant de la base de remboursement de la prestation	EF_VF05_02
	Montant de la base de remboursement conventionnée	EF_VF05_03
Situations spécifiques	Aucune	

Schéma

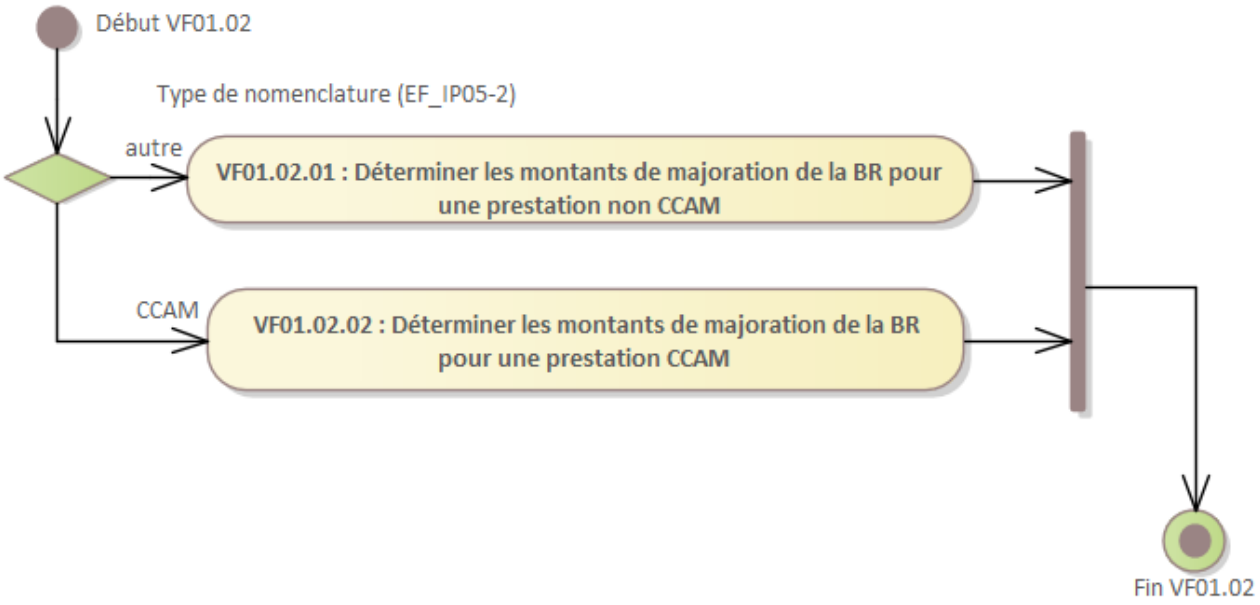


Figure 7 : [SC_VF01.02] Enchaînement des opérations de VF01.02 « Déterminer les montants de majoration de la BR »

3.2.2.1 VF01.02.01 : Déterminer les montants de majoration de la BR pour une prestation non CCAM

Vue générale

Nom ***VF01.02.01 Déterminer les montants de majoration de la BR pour une prestation non CCAM***

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Description Pour une prestation non CCAM la majoration de BR est constituée par le complément de prestation saisi par le Professionnel de Santé et correspondant à l'une des 3 notions suivantes :

- majoration de nuit
- majoration d'urgence
- majoration de jour férié ou de dimanche

Entrées	Code spécialité du PS	EF_PS03_13
	Code famille du PS	EF_PS04_09
	Code conventionnel du PS	EF_PS03_13
	Code zone tarifaire	EF_PS03_15
	Code prestation	EF_IP04_01
	Coefficient de la prestation	EF_IP04_03
	Complément de prestation	EF_IP08_01
	Date de référence pour la BR	EF_VF99_01
Sorties	Nature du complément de prestation	EF_VF99_02
	Montant du complément de prestation	EF_VF99_03
Situations spécifiques	Aucune	

Schéma

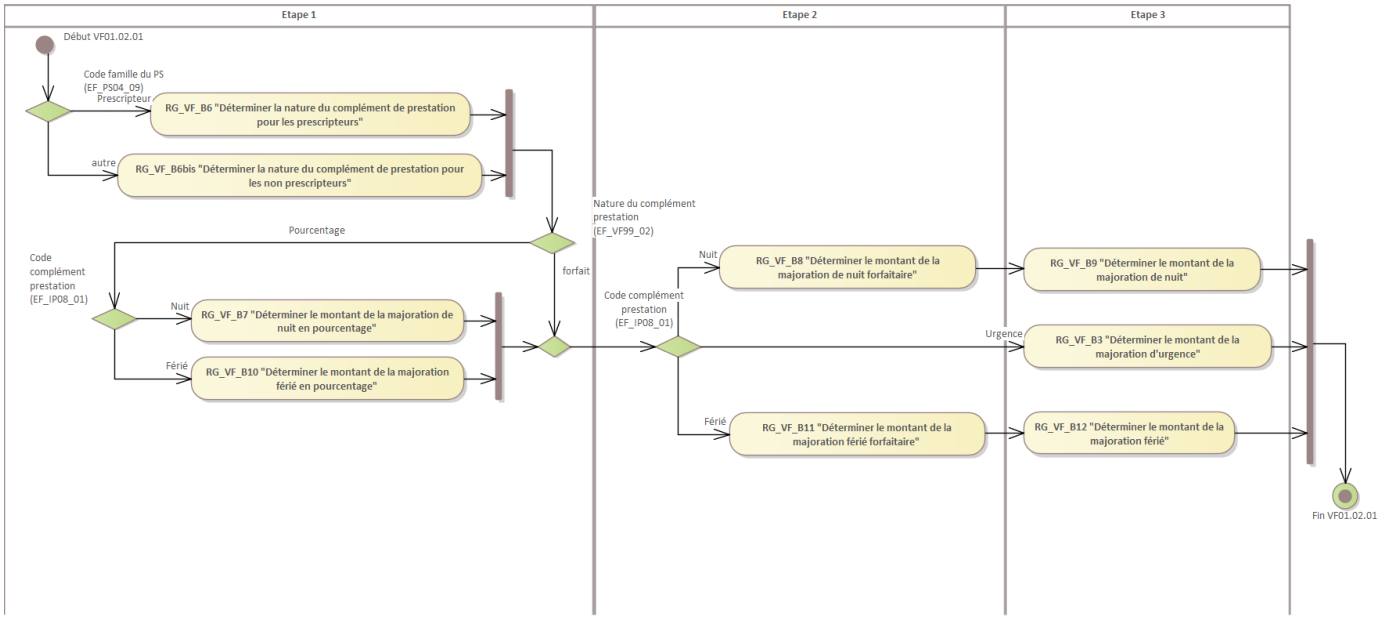


Figure 8 : [SC_VF01.02.01] Enchaînement des opérations de VF01.02.01 « Déterminer les montants de majoration de la BR pour une prestation non CCAM»

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

Les règles de gestion concernant cette opération sont regroupées ci-après par thème.

Règles — Nature du complément de prestation

[RG_VF_B6] Déterminer la nature du complément de prestation (EF_VF99_02) pour les prescripteurs

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le complément de prestation saisi par le Professionnel de Santé (EF_IP08_01) induit une majoration de la BR soit de nature forfaitaire, soit de nature pourcentage. Cette nature dépend du code prestation (EF_IP04_01) et du coefficient de la prestation (EF_IP04_03), comme spécifié dans la table 23 de l'annexe 2bis (EF_A2_T23).

Tables utilisées :

- Table 23 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T23)

Références réglementaires :

- NGAP : Dispositions générales

[RG_VF_B6bis] Déterminer la nature du complément de prestation (EF_VF99_02) pour les non prescripteurs

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le montant de la majoration est toujours forfaitaire

Cette règle ne concerne pas les Pédicures Podologues (spécialité 27) ni les Orthophonistes (spécialité 28).

Références réglementaires :

- NGAP
- NABM

Règles — Montant du complément de prestation

Préambule

Le calcul du montant du complément de prestation dépend de la valeur de ce complément et de sa nature (EF_VF99_02).

Ce complément de prestation prend l'une des valeurs suivantes :

- Urgence,
- Férié (Dimanche ou jour férié),
- Nuit,

et est de nature :

- soit forfaitaire,
- soit pourcentage.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

☞ Remarque : le complément de prestation « Urgence » est toujours de nature forfaitaire.

Ce calcul s'articule selon 3 étapes successives :

- 1ère étape : détermination du montant pourcentage du complément de prestation si ce complément est de nature pourcentage.
- 2ème étape : détermination du montant forfaitaire du complément de prestation, quelle que soit la nature du complément (forfaitaire ou pourcentage).
- 3ème étape : détermination du montant final du complément de prestation par comparaison éventuelle entre le montant forfaitaire et le montant pourcentage.

Le tableau ci-après synthétise les différentes règles (de l'annexe2) à appliquer en fonction de la valeur du complément de prestation :

	Valeur / Nature	Urgence	Nuit	Férié
ETAPE 1 calcul du montant pourcentage	**Pourcentage uniquement**		***B7***	***B10***
ETAPE 2 calcul du montant forfaitaire	**Forfaitaire ou Pourcentage**		***B8***	***B11***
ETAPE 3 : calcul final	**Forfaitaire ou Pourcentage**	***B3***	***B9***	***B12***

Règles de gestion

[RG_VF_B3] Déterminer le montant de la majoration d'urgence (EF_VF99_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Seuls les médecins généralistes peuvent facturer une majoration d'urgence

☞ Remarque : Les médecins généralistes sont définis dans le glossaire (GD §2)

Si le médecin généraliste est conventionné (EF_PS03_13 différent de 0), le montant de la majoration d'urgence est un montant forfaitaire.

Si le médecin généraliste est non conventionné (EF_PS03_13 = 0), le montant de la majoration d'urgence est nul.

Références réglementaires :

- Conventions Nationales des Généralistes

[RG_VF_B7] Déterminer le montant de la majoration de nuit en pourcentage (EF_VF99_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le montant de la majoration de nuit au pourcentage est le résultat du calcul suivant :

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Coefficient x 10 % x Prix Unitaire

Avec :

- **Coefficient** = EF_IP04_03
- **Prix Unitaire** = EF_VF05_01

Références réglementaires :

- NGAP

[RG_VF_B8] Déterminer le montant de la majoration de nuit forfaitaire (EF_VF99_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

➢ ***Cas d'un Professionnel de Santé conventionné (EF_PS03_13 différent de 0)***

Le montant de la majoration de nuit forfaitaire est fonction de la spécialité du Professionnel de Santé et, pour les sages-femmes, de la nature des soins dispensés.

➢ ***Cas d'un Professionnel de Santé non conventionné (EF_PS03_13 = 0)***

Le montant de la majoration de nuit forfaitaire est fonction de la spécialité du Professionnel de Santé et de sa zone tarifaire.

Références réglementaires :

- NGAP : Dispositions générales : Valeurs des lettres-clés
- NABM : Dispositions générales.
- Conventions Nationales des Professionnels de Santé

Remarque : cette règle ne concerne pas les Pédicures Podologues (spécialité 27) ni les Orthophonistes (spécialité 28).

[RG_VF_B9] Déterminer le montant de la majoration de nuit (EF_VF99_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

➢ ***La nature du complément de prestation (EF_VF99_02) est forfaitaire***

Le montant de la majoration correspondra au montant de la majoration de nuit forfaitaire (EF_VF99_03).

➢ ***La nature du complément de prestation (EF_VF99_02) est en pourcentage***

Si le montant de la majoration en pourcentage (calculé en RG_VF_B7) est inférieur ou égal au montant de la majoration forfaitaire (calculé en en RG_VF_B8), le montant de la majoration correspond au montant de la majoration forfaitaire.

Si le montant de la majoration en pourcentage (calculé en RG_VF_B7) est supérieur au montant de la majoration forfaitaire (calculé en RG_VF_B8), il est nécessaire d'effectuer une comparaison afin de retenir comme montant de la majoration le montant le moins important entre :

- le montant de la majoration en pourcentage (calculé en RG_VF_B7),
- 15 fois le prix unitaire

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Si le montant de la majoration calculée issue de la comparaison est strictement inférieur au montant de la majoration forfaitaire alors il convient de retenir le montant de la majoration forfaitaire

Références réglementaires :

- NGAP : Dispositions générales

[RG_VF_B10] Déterminer le montant de la majoration férié en pourcentage (EF_VF99_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le montant de la majoration de dimanche ou jour férié en pourcentage est le résultat du calcul suivant :

Coefficient x 5 % x prix unitaire

Avec :

- **Coefficient** = EF_IP04_03
- **Prix Unitaire** = EF_VF05_01

Références réglementaires :

- NGAP : Dispositions générales

☞ **Remarque** : cette règle ne concerne pas la spécialité « Néphrologie» (35).

[RG_VF_B11] Déterminer le montant de la majoration férié forfaitaire (EF_VF99_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

➢ ***Cas d'un Professionnel de Santé conventionné (EF_PS03_13 différent de 0)***

Le montant de la majoration de dimanche ou jour férié forfaitaire est fonction de la spécialité du Professionnel de Santé et pour les sages femmes, de la nature des soins dispensés.

➢ ***Cas d'un Professionnel de Santé non conventionné (EF_PS03_13 = 0)***

Le montant de la majoration de dimanche ou jour férié forfaitaire est fonction de la spécialité du Professionnel de Santé et de sa zone tarifaire.

Références réglementaires :

- NGAP : Dispositions générales : Valeurs des lettres-clés
- NABM : Dispositions générales.
- Conventions Nationales des Professionnels de Santé

☞ **Remarque** : cette règle ne concerne pas les Pédicures Podologues (spécialité 27) ni les Orthophonistes (spécialité 28).

[RG_VF_B12] Déterminer le montant de la majoration férié (EF_VF99_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

➢ ***La nature du complément de prestation (EF_VF99_02) est forfaitaire***

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Le montant de la majoration correspondra au montant de la majoration de dimanche ou jour férié forfaitaire (calculé en B11).

➢ ***La nature du complément de prestation (EF_VF99_02) est en pourcentage***

Si le montant de la majoration en pourcentage (calculé en RG_VF_B10) est inférieur ou égal à celui de la majoration forfaitaire (calculé en RG_VF_B11), le montant de la majoration correspond au montant de la majoration forfaitaire.

Si le montant de la majoration en pourcentage (calculé en RG_VF_B10) est supérieur au montant de la majoration forfaitaire (calculé en RG_VF_B11), il est nécessaire d'effectuer une comparaison, afin de retenir comme montant de la majoration, le montant le moins important entre :

- le montant de la majoration en pourcentage (calculé en RG_VF_B10),
- 8 fois le prix unitaire.

Si le montant de la majoration calculée issu de la comparaison est strictement inférieur au montant de la majoration forfaitaire, alors il convient de retenir comme montant de la majoration de dimanche ou jour férié le montant de la majoration forfaitaire.

Références réglementaires :

- NGAP : Dispositions générales

3.2.2.2 VF01.02.02 : Déterminer les montants de majoration de la BR pour une prestation CCAM

Cette opération est sans objet dans le cadre du CDC-Editeurs.

La prise en compte des montants de majoration de la BR pour une prestation CCAM est incluse dans la règle RG_VF_BC4 de détermination de cette BR.

3.2.3 VF01.03 : Déterminer le coefficient de réduction pour association

Cette opération est sans objet dans le cadre du CDC-Editeurs.

La prise en compte du coefficient de réduction pour association concerne uniquement les prestation CCAM et est incluse dans la règle RG_VF_BC4 de détermination de la BR pour une prestation CCAM.

3.2.4 VF01.04 : Déterminer le montant de la base de remboursement

Vue générale

Nom ***VF01. 04 Déterminer le montant de la base de remboursement***

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Description Pour chaque prestation, une fois déterminés le Prix unitaire et les éventuels montants de majoration et coefficient de réduction pour association, le montant de la base de remboursement peut alors être calculé.

Par ailleurs, il convient également de déterminer les montants suivants :

- BR conventionnée: ce montant correspond à la BR d'un PS conventionné, Cette information est transmise à l'assurance maladie.
- BR hors forfaits : ce montant correspond à la BR sans prise en compte des montants de majoration forfaitaires. Cette information n'est pas transmise à l'assurance maladie mais est nécessaire pour la détermination du taux de remboursement de la prestation.

☞ Dans la suite du document l'acronyme BR désigne le terme Base de Remboursement.

Entrées	Code conventionnel du PS	EF_PS03_13
	Type de prestation	EF_IP05_01
	Type de nomenclature de la prestation	EF_IP05_02
	Groupe fonctionnel général de la prestation	EF_IP05_03
	Montant total effectif pris en charge au titre des SMG	EF_CF11_07
	Top prise en charge SMG pour SGS uniquement	EF_CF11_08
	Montant de la base de remboursement de la prestation	EF_VF05_02
	Montant du complément de prestation	EF_VF99_03
	Cumul des modificateurs forfait	EF_VF99_04
	Montant du supplément de charge en cabinet	EF_VF99_06
	Montant restant à ventiler sur SGS	EF_VF05_11
	Tables 8.x de l'annexe 2bis	EF_A2_T8.x
Sorties	Montant de la base de remboursement de la prestation	EF_VF05_02
	Montant de la base de remboursement conventionnée	EF_VF05_03
	Base de Remboursement hors forfaits	EF_VF99_09
	Montant restant à ventiler sur SGS	EF_VF05_11
Situations spécifiques	Bénéficiaire C2S	**SP03**
	Bénéficiaire de l'AME	**SP06**
	Forçage	**SP11**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

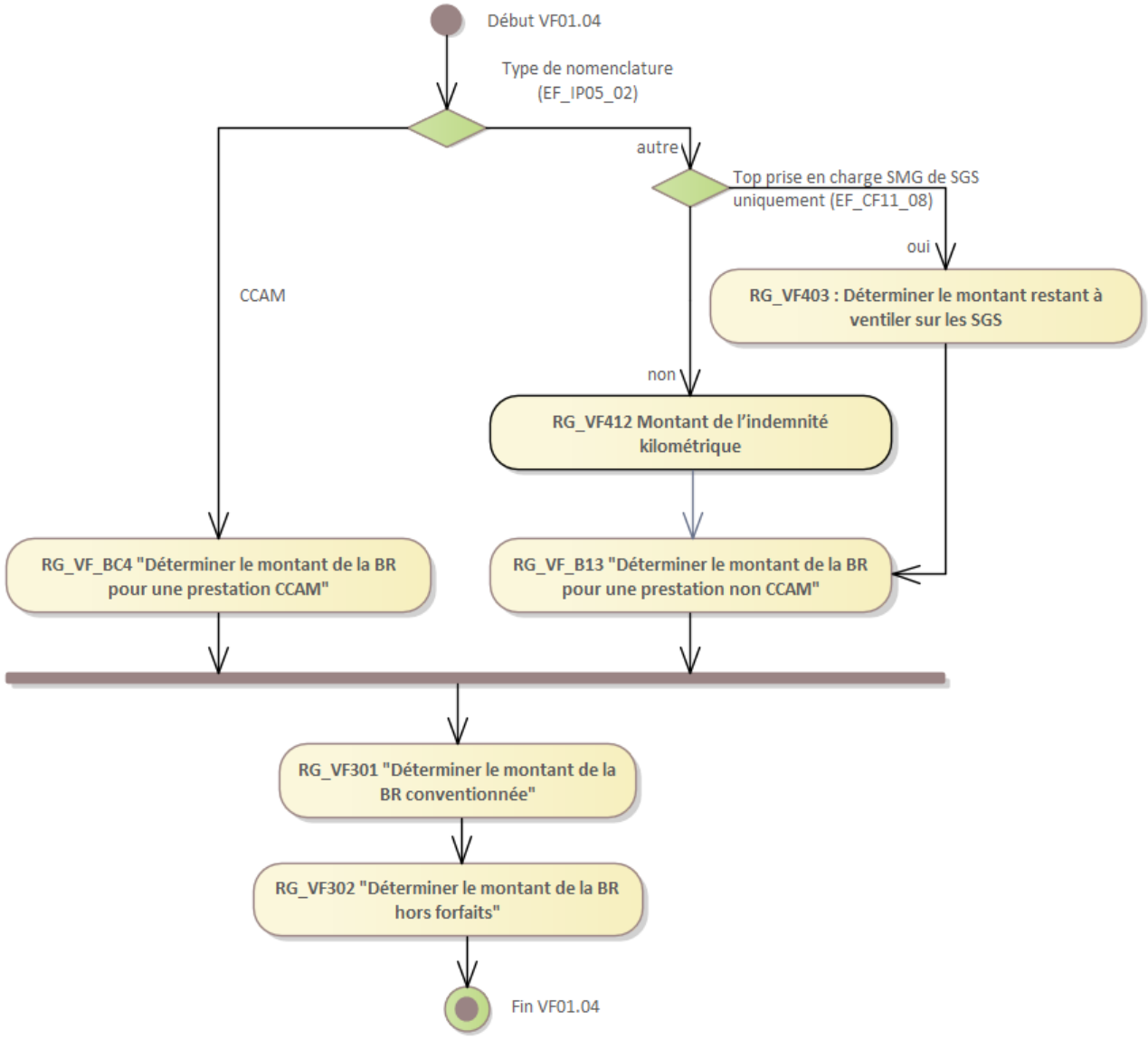


Figure 9 : [SC_VF01.04] Enchaînement des opérations de VF01.04 « Déterminer le montant de la BR »

Règles de gestion

Les règles de gestion concernant cette opération sont regroupées ci-après par thème.

Règles Prestation non CCAM

[RG_VF403] Déterminer le montant restant à ventiler sur les prestations SGS (EF_VF05_11)	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Dans le cas d'une facture composée uniquement de prestations de code prestation SGS (« top prise en charge SMG de SGS uniquement » EF_CF11_08 = VRAI), le montant restant à ventiler pour une prestation SGS est égal :

- Soit au montant total effectif de prise en charge SMG pour la première prestation,

EF_VF05_11 = EF_CF11_07

- Soit, pour toute autre prestation, au montant restant à ventiler pour la prestation précédente diminué de la base de remboursement de la prestation précédente.

EF_VF05_11(i) = EF_VF05_11(i-1) - EF_VF05_02(i-1)

📖 Annexe 2 Règle S403

[RG_VF412] Montant de l'indemnité kilométrique

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle concerne les prestations de groupe fonctionnel Indemnité de déplacement / Kilométrique.

Le montant unitaire de l'un de ces frais de déplacement correspond à un tarif fixé en fonction :

- de la spécialité du Professionnel de Santé,
- du conventionnement du Professionnel de Santé,
- du type d'indemnité kilométrique,
- de la zone tarifaire du Professionnel de Santé.

Une fois ce tarif déterminé, le montant de l'indemnité kilométrique est le résultat du calcul suivant :

prix unitaire x nombre de kilomètres facturés x (100% - taux d'abattement).

Le principe d'abattement des IK ne concerne que les infirmiers.

Le montant de l'indemnité kilométrique ainsi calculé ne peut pas être modifié par le PS.

Tables utilisées :

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T1)

Références réglementaires

- N.G.A.P. : Dispositions générales
- NABM : Dispositions générales
- Convention avec les Professionnels de santé
- Avenant 6 à la convention nationale des Infirmiers

📖 Annexe 2 Règle F5

[RG_VF_B13] Déterminer le montant de la BR pour une prestation non CCAM (EF_VF05_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

La base de remboursement est issue du calcul suivant :

Quantité x coefficient x prix unitaire

Si un complément de prestation a été facturé, son montant (EF_VF99_03) s'ajoute à celui de la base de remboursement calculée précédemment.

Le montant de la base de remboursement correspond au minimum entre le montant des honoraires perçus et le montant de la base de remboursement tel que calculé précédemment.

Tables utilisées :

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T1)
- Table 8.1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T8.1)
- Table 8.2 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T8.2)
- Table 8.4 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T8.4)

Cas particuliers

[CP1] Frais de déplacement de code prestation ID

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le Professionnel de Santé est conventionné (EF_PS03_13 différent de 0), le montant de la base de remboursement est fonction de sa zone tarifaire.

La base de remboursement est égale à zéro si le Professionnel de Santé n'est pas conventionné (EF_PS03_13 égal à 0).

➢ ***Pour le régime SNCF :***

Le montant ainsi déterminé correspond au montant de la base de remboursement.

➢ ***Pour les autres régimes :***

La base de remboursement correspondra au minimum entre le montant de l'indemnité et celui de la base de remboursement déterminé ci-dessus.

Ce calcul s'applique également au régime SNCF lorsque le code couverture fait apparaître une gestion identique à un code couverture du régime général (Cf. tables utilisées).

Tables utilisées :

- Table 8.1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T8.1)
- Table 8.4 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T8.4)

Références réglementaires :

- NGAP : Dispositions générales
- NABM : Dispositions générales
- Conventions Nationales des Professionnels de Santé

[CP2] Frais de déplacement de code prestation IF

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	**CD**	**SF**					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Si le Professionnel de Santé est conventionné (EF_PS03_13 différent de 0) le montant de la base de remboursement est fonction de sa zone tarifaire et de sa spécialité.

La base de remboursement est égale à zéro si le Professionnel de Santé n'est pas conventionné (EF_PS03_13 égal à 0).

➢ ***Pour le régime SNCF :***

Le montant ainsi déterminé correspond au montant de la base de remboursement.

➢ ***Pour les autres régimes :***

La base de remboursement correspondra au minimum entre le montant de l'indemnité et celui de la base de remboursement déterminé ci-dessus.

Ce calcul s'applique également au régime SNCF lorsque le code couverture fait apparaître une gestion identique à un code couverture du régime général (Cf. tables utilisées).

Tables utilisées :

- Table 8.1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T8.1)

Références réglementaires :

- NGAP : Dispositions générales
- Conventions Nationales des Professionnels de Santé

[CP3] Frais de déplacement forfaitaires (hors ID et IF)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les frais de déplacement forfaitaires sont les prestations de groupe fonctionnel général « Indemnité de déplacement » (EF_IP05_03) et de groupe fonctionnel détaillé « Forfaitaire » (EF_IP05_04)

La base de remboursement est un tarif fixé en fonction :

- de la spécialité du Professionnel de Santé (EF_PS03_14),
- du conventionnement du Professionnel de Santé (EF_PS03_13),
- de la zone tarifaire du Professionnel de Santé (EF_PS03_15).

➢ ***Pour le régime SNCF :***

Le montant ainsi déterminé correspond au montant de la base de remboursement.

➢ ***Pour les autres régimes :***

La base de remboursement correspondra au minimum entre le montant de l'indemnité et celui de la base de remboursement déterminé ci-dessus.

Ce calcul s'applique également au régime SNCF lorsque le code couverture fait apparaître une gestion identique à un code couverture du régime général (Cf. tables utilisées).

Tables utilisées :

- Table 8.1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T8.1)
- Table 8.2 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T8.2)
- Table 8.4 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T8.4)

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Références réglementaires :

- NGAP : Dispositions générales
- NABM : Dispositions générales
- Conventions Nationales des Professionnels de Santé

[CP4] Frais de déplacement kilométriques

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les frais de déplacement kilométriques sont les prestations de groupe fonctionnel général « Indemnité de déplacement » (EF_IP05_03) et de groupe fonctionnel détaillé « Kilométrique » (EF_IP05_04)

La base de remboursement est le résultat du calcul suivant :

prix unitaire x nombre de kilomètres facturés

Avec :

- **Prix Unitaire** = EF_VF05_01
- **Nombre de kilomètres facturés** = quantité de la prestation = EF_IP04_04

➢ ***Pour le régime SNCF :***

Le montant ainsi déterminé correspond au montant de la base de remboursement.

➢ ***Pour les autres régimes :***

La base de remboursement correspondra au minimum entre le montant de l'indemnité et celui de la base de remboursement déterminé ci-dessus.

Ce calcul s'applique également au régime SNCF lorsque le code couverture fait apparaître une gestion identique à un code couverture du régime général (Cf. tables utilisées).

Tables utilisées :

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T1)
- Table 8.1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T8.1)
- Table 8.2 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T8.2)
- Table 8.4 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T8.4)

Références réglementaires :

- NGAP : Dispositions générales
- NABM : Dispositions générales
- Conventions Nationales des Professionnels de Santé

[CP5] Frais pharmaceutiques hors actes secondaires

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les frais pharmaceutiques (EF_IP05_02 = « Frais PH ») regroupe l'ensemble des produits et prestations délivrés par un pharmacien à l'exception des produits LPP

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Pour les frais pharmaceutiques, la base de remboursement est égale au prix unitaire (EF_VF05_01).

Le montant de la base de remboursement correspond au minimum entre le montant des honoraires perçus et le montant de la base de remboursement tel que calculé précédemment, hormis dans le cas de prestation gratuite cf. RG_VF_B13 [CP12].

Tables utilisées :

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T1)

[CP6] Prestations LPP

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les Dispositifs Médicaux (DM) de la LPP (EF_IP05_02 = « LPP »), le montant de la Base de Remboursement correspond à la somme des montants totaux (EF_IP15_09) de chaque prestation détaillée LPP rattachée, dans la limite du montant des honoraires perçus i.e. le montant des honoraires saisi par le PS (EF_IP04_06), hormis dans le cas de prestation gratuite cf. RG_VF_B13[CP12].

[CP7] forfaits techniques d'un acte de scanographie

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La nature du forfait technique se détermine de façon différente selon la date d'installation de l'appareil.

☞ La date d'installation est strictement inférieure au 1er août 1991

Si l'appareil est installé depuis moins de 7 ans à la date d'examen, il s'agit d'un forfait technique normal.

Si l'appareil est installé depuis au moins 7 ans à la date d'examen, il s'agit d'un forfait technique réduit.

Dans ces cas, le montant de la base de remboursement du forfait technique est un montant forfaitaire.

☞ La date d'installation est supérieure au 1er août 1991

En fonction de la classe ou puissance et de la zone d'implantation de l'appareil, il existe un nombre d'actes maximum, effectué par cet appareil, au-delà duquel s'applique le forfait technique réduit.

En deçà de ce seuil, s'applique le forfait technique normal.

Une fois ce montant déterminé, le montant de la base de remboursement correspondra au minimum entre le montant des honoraires et le montant déterminé précédemment.

☞ **Remarque** : cette règle concerne uniquement les spécialités « Radiologie » (06) et « Radiothérapie » (76).

[CP8] forfaits techniques d'un acte d'I.R.M.

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En fonction de la classe ou puissance de l'appareil, il existe un nombre d'acte maximum, effectué par l'appareil, au-delà duquel s'applique un forfait technique réduit.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

En deçà de ce seuil, s'applique un forfait technique normal, fonction de la zone d'implantation de l'exploitant de l'appareil.

Une fois ce montant déterminé, le montant de la base de remboursement correspondra au minimum entre le montant des honoraires et le montant déterminé précédemment

☞ **Remarque** : cette règle concerne uniquement les spécialités « Radiologie » (06) et « Radiothérapie » (76).

[CP9] Prestations Non Remboursables AMO

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les prestations non remboursables AMO (EF_CF08_05= **« Non remboursable AMO »**) la base de remboursement est valorisée à zéro.

[CP10] Prestation sanitaire non identifiée par l'AMO (SGS)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation sanitaire non identifiée par l'AMO, à savoir de code prestation « **SGS** » :

- Dans le cas où la facture n'est pas constituée uniquement de prestation de ce type, la base de remboursement est valorisée à zéro.

  Ce cas concerne les factures :

  - soit en nature d'assurance SMG et dont le « top prise en charge SMG de SGS uniquement » n'est pas positionné (EF_CF11_08 = FAUX),
  - soit en nature d'assurance autre que SMG.

- Dans le cas contraire, i.e. la facture est composée uniquement de prestations de code prestation SGS (« top prise en charge SMG de SGS uniquement » EF_CF11_08 = VRAI), la base de remboursement de la prestation est égale au montant restant à ventiler (EF_VF05_11) pour cette prestation dans la limite du montant des honoraires de la prestation (EF_IP04_06) :

EF_VF05_02 = MIN (EF_VF05_11, EF_IP04_06)

[CP11] Prestation de type complément AT

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type complément AT (EF_IP05_03 = « Complément AT »), le montant de la Base de Remboursement est égal au montant du prix unitaire (EF_VF05_01).

[CP12] Prestations Gratuites

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les prestations gratuites (EF_CF08_05= **« Gratuit »**) la base de remboursement correspond au montant de la base de remboursement calculée sans prendre en compte le minimum avec le montant des honoraires : bien que le montant des honoraires perçus soit nul, la base de remboursement ne doit pas être nulle.

Situations spécifiques

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[SP03.1] Déterminer le montant de la BR en cas de forfaits dentaire CMU-C

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les forfaits dentaires CMU-C, la base de remboursement est valorisée à zéro.

[SP06] Déterminer le montant de la BR en AME

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour un bénéficiaire de l'AME, le montant de la base de remboursement est valorisé à zéro.

Règles — Prestation CCAM

[RG_VF_BC4] Déterminer le montant de la BR pour une prestation CCAM (EF_VF05_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La Base de Remboursement à utiliser pour la tarification de l'acte est obtenu par le service d'identifiant C-Base du module SRT : cf. A1-A1 règle BC99

Cas particuliers

CP2] Prestations Non Remboursables AMO

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les prestations non remboursables AMO (EF_CF08_05= « non remboursable AMO ») le montant de la BR de la prestation est valorisé à zéro.

Règles — BR conventionnée et BR hors forfaits

[RG_VF301] Déterminer le montant de la BR conventionnée (EF_VF05_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La Base de remboursement conventionnée correspond par définition à la base de remboursement du PS conventionné.

Pour chaque prestation de la facture :

- si le PS est conventionné, la BR conventionnée prend la valeur de la base de remboursement (EF_VF05_02),
- dans le cas contraire, la BR conventionnée prend la valeur qu'aurait prise la BR si le PS était conventionné.

[RG_VF302] Déterminer le montant de la BR hors forfaits (EF_VF99_09)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La BR hors forfait correspond par définition à la BR (EF_VF05_02) sans les montants de majoration forfaitaires de la BR à savoir :

- sans les modificateurs forfaitaires (EF_VF99_04) et sans le supplément de charge en cabinet (EF_VF99_06) pour une prestation CCAM,

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- sans le montant du complément de prestation (EF_ VF99_03) (quelle que soit sa nature) pour une prestation non CCAM.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.3 VF02 : Déterminer le taux de remboursement de chaque prestation saisie par le Professionnel de Santé

Vue générale

Nom ***VF02 Déterminer le taux de remboursement de chaque prestation saisie par le Professionnel de Santé***

Description Cette opération consiste à déterminer, conformément au contexte de facturation et pour chaque prestation de la facture, le taux de remboursement par l'assurance maladie obligatoire ainsi que le code justificatif d'exonération du Ticket Modérateur.

La détermination du taux de remboursement de chaque prestation saisie par le Professionnel de Santé nécessite un examen de l'ensemble de la facture.

Pour chaque prestation, la détermination du taux de remboursement dépend de la prestation elle-même. Pour les prestations CCAM, le taux de remboursement dépend également des autres prestations présentes dans la facture. En effet, certaines prestations exonérées peuvent être exonérantes.

Cette opération ne concerne pas les prestations automatiquement générées par le système de facturation (cf. VF05).

Entrées	Code spécialité du Professionnel de Santé	EF_PS03_14
	Famille du Professionnel de Santé	EF_PS04_09
	Code régime du bénéficiaire de soins	EF_BS04_01
	Période de code couverture	EF_BS07
	Prestation	EF_IP04
	Contexte facture AMO	EF_CF02
	Contexte prestation AMO	EF_CF08
	Base CCAM	DF_CCAM
	Table 4ter de l'annexe 2bis	EF_A2_T4ter
	Tables 8.x de l'annexe 2bis	EF_A2_T8.x
	Table 9 de l'annexe 2	EF_A2_T9
	Tables 20.x de l'annexe 2bis	EF_A2_T20.x
	Tables 21.x de l'annexe 2bis	EF_A2_T21.x
	Tables 50.x de l'annexe 2bis	EF_A2_T50.x
Sorties	Date de référence pour le taux de remboursement	EF_VF98_01
	Données intermédiaires pour le taux de remboursement	EF_VF98
	Part AMO Prestation	EF_VF05
Situations spécifiques	Bénéficiaire C2S	**SP03**
	Bénéficiaire de l'AME	**SP06**
	Forçage	**SP11**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

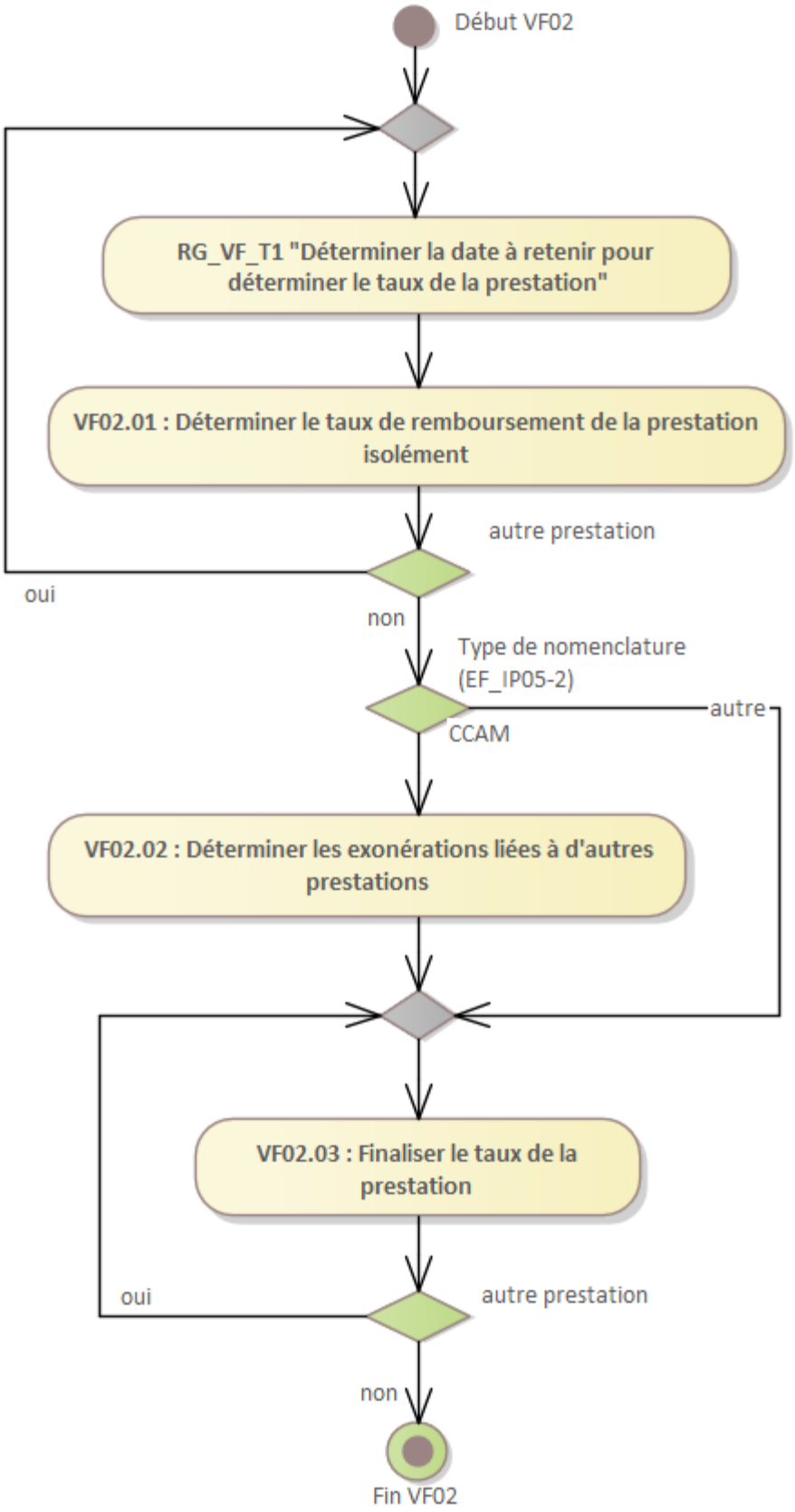


Figure 10 : [SC_VF02] Enchaînement des opérations de VF02 « Déterminer le taux de remboursement de chaque prestation »

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

[RG_VF_T1] Déterminer la date à retenir pour déterminer le taux de remboursement de la prestation (EF_VF98_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La date à retenir pour la détermination du taux de remboursement de la prestation est la date de référence AMO (EF_CF02_01).

Cas particuliers

[CP1] Changement de situation d'exonération après la date de référence AMO

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Une modification de la situation d'exonération du bénéficiaire peut intervenir après la date de prescription :

- soit entre la date de prescription et le début du traitement,
- soit en cours de traitement.

Il convient d'examiner pour chaque prestation :

- le taux de remboursement correspondant au code couverture traduisant la situation du bénéficiaire à la date de prescription.
- le taux de remboursement correspondant au code couverture traduisant la situation du bénéficiaire à la date des soins.

Le principe admis par la réglementation est de retenir la situation la plus favorable pour le bénéficiaire des soins :

- Si le changement de situation au regard de l'exonération du ticket modérateur est **défavorable** (le nouveau code couverture issu du lecteur à la date des soins génère un taux de remboursement inférieur à celui correspondant à la situation du bénéficiaire des soins à la date de prescription), le taux de remboursement à prendre en compte reste celui valable à la date de prescription.
- Si le changement est **favorable** (le nouveau code couverture issu du lecteur à la date des soins génère un taux de remboursement supérieur à celui correspondant à la situation du bénéficiaire des soins à la date de prescription), le taux de remboursement à prendre en compte est celui valable à la date des soins.

Ce cas particulier ne concerne pas les bénéficiaires du régime SNCF.

[CP2] Evolution législative du ticket modérateur de l'assuré

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas d'évolution législative du ticket modérateur de l'assuré, la date de référence à retenir est :

- pour un acte isolé : date d'exécution
- pour un traitement en série : date de la première prestation

Cette situation est marginale.

[CP3] Soins d'ODF

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Pour les soins d'Orthopédie dento-faciale (EF_IP05_03= « Soins dentaires » et EF_IP05_04 = « ODF ») la date à retenir pour la détermination du taux de remboursement de la prestation est la date d'achèvement des travaux, à savoir la plus grande des dates d'exécution (EF_IP04_02) des prestations de la facture.

Cette règle concerne les professionnels de santé chirurgiens-dentistes et les médecins pouvant réaliser des soins dentaires à savoir les spécialités 18, 44, 45 et 69 et les médecins généralistes (spécialités 01, 22, 23).

[RG_VF320] Facturer les prestations sur des factures différentes en cas d'évolution de la couverture du bénéficiaire

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Lorsque la règle RG_VF305 conduit à identifier plusieurs codes situations différents pour une même facturation, alors il convient d'élaborer une facture par code situation différent.

Ce principe de rupture des factures électroniques est valable dans les quatre situations suivantes :

- lorsque l'évolution de la situation du bénéficiaire des soins est favorable,
- en cas de succession d'actes isolés facturés en fin de traitement par un prescripteur (exemples : séance de désensibilisation, succession d'actes dentaires isolés facturés sur une même FSE).
- en cas de réparation d'appareils relevant de la LPP et de délivrance en même temps de produit LPP ou de médicaments.
- pour les pédicures podologues en cas de facture comprenant des soins de pédicuries et des orthèses plantaires.

📖 CDC 1.40 4.2.1.4

3.3.1 VF02.01 : Déterminer le taux de remboursement de la prestation isolément

Vue générale

Nom ***VF02.01 Déterminer le taux de remboursement de la prestation isolément***

Description Dans un premier temps, le taux de remboursement de la prestation est déterminé indépendamment des autres prestations présentes dans la facture.

Le principe consiste à prendre le taux de remboursement le plus favorable entre :

- le taux lié à la nature d'assurance,
- le taux lié à la prévention,
- le taux lié à l'individu,
- le taux lié à la nature de la prestation.

Cette opération est utilisée pour :

- les prestations de complément AT dentaire en situation Victime d'Attentat (cf. VF07.01.03[SP18])
- les prestations de dépassement pour Victime d'Attentat automatiquement générées par le système de facturation (cf. VF08)

Entrées

Période de code couverture	EF_BS07
Nature d'assurance	EF_CF02_02

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

	Motif médical d'exonération	EF_CF08_03
	Famille du Professionnel de Santé	EF_PS04_09
	Code spécialité du Professionnel de Santé	EF_PS03_14
	Code spécialité du prescripteur	EF_IP03_06
	Code prescription médecin SNCF	EF_IP03_03
	Code prestation	EF_IP04_01
	Motif médical d'exonération	EF_CF08_03
	Code conformité au protocole ALD	EF_CF08_02
	Type prestation	EF_IP05
	Code régime du bénéficiaire de soins	EF_BS04_01
	Base CCAM	DF_CCAM
	Table 4 de l'annexe 2bis	EF_A2_T4
	Table 4ter de l'annexe 2bis	EF_A2_T4ter
	Tables 8.x de l'annexe 2bis	EF_A2_T8.x
	Tables 20.x de l'annexe 2bis	EF_A2_T20.x
	Tables 21.x de l'annexe 2bis	EF_A2_T21.x
	Tables 50.x de l'annexe 2bis	EF_A2_T50.x
Sorties	Données intermédiaires pour le taux de remboursement	EF_VF98
Situations spécifiques	Forçage	**SP11**

Schéma

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

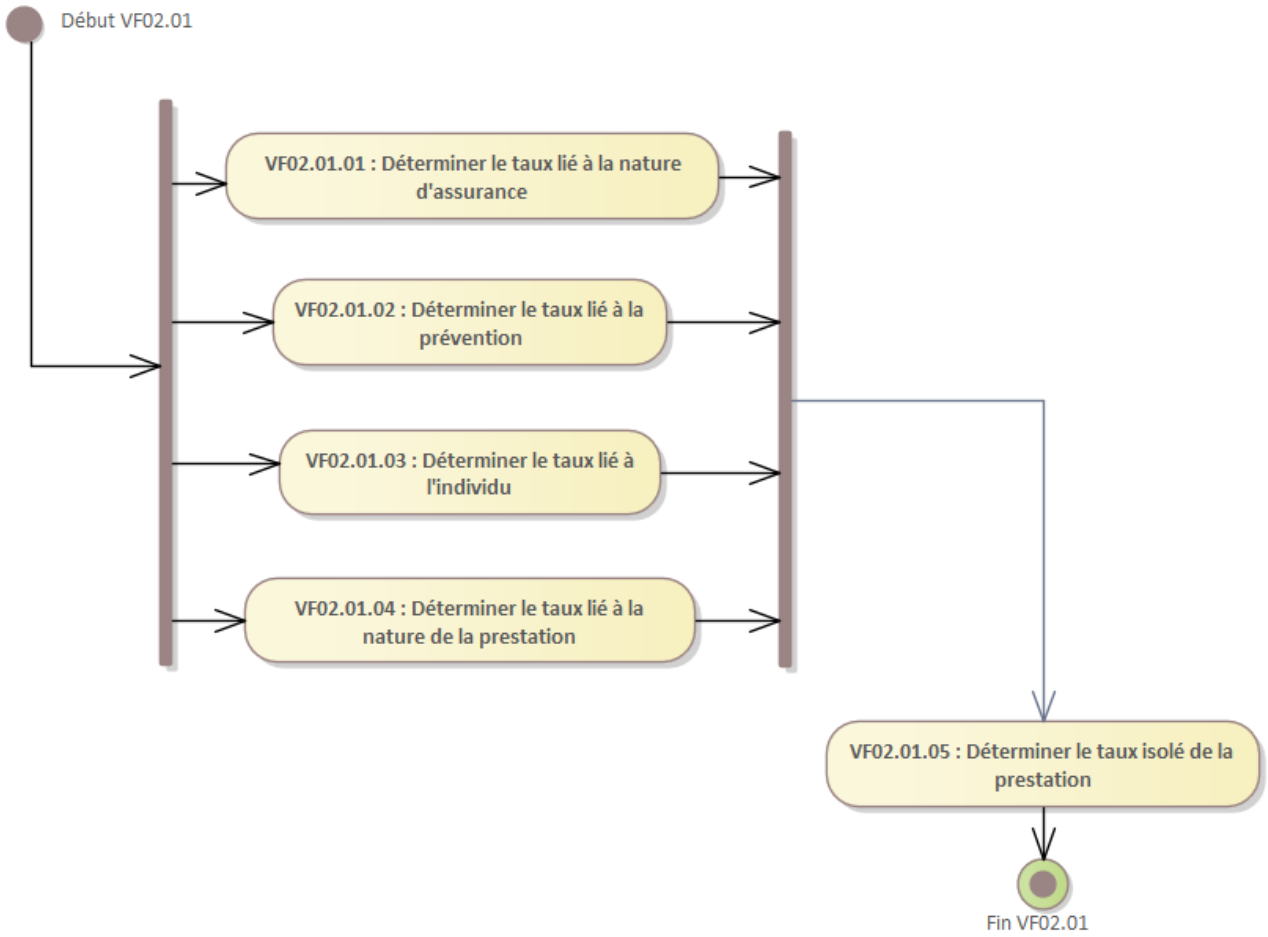


Figure 11 : [SC_VF02.01] Enchaînement des opérations de VF02.01 « le taux de remboursement de la prestation isolément »

3.3.1.1 VF02.01.01 : Déterminer le taux de remboursement lié à la nature d'assurance

Vue générale

Nom ***VF02.01.01 Déterminer le taux de remboursement lié à la nature d'assurance***

Description Certaines natures d'assurance induisent systématiquement une prise en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire.

Entrées	Nature d'assurance	EF_CF02_02
Sorties	Taux de remboursement lié à la nature d'assurance	EF_VF98_04
Situations spécifiques	Aucune	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

[RG_VF_T3]	Déterminer le taux de remboursement lié à la nature d'assurance (EF_VF98_04)	PR (M, CD, SF)	AM	LB	PH	FR	TR

Lorsque la nature d'assurance est " accident du travail ", " soins médicaux gratuits ", ou " maternité ", le taux de remboursement est égal à 100%. Le code justificatif d'exonération est « pas d'exonération ».

Références réglementaires

- Art. L331.1 et L331.2 du code de la Sécurité Sociale.
- Art L432.3 du code de la sécurité sociale.

3.3.1.2 VF02.01.02 : Déterminer le taux de remboursement lié à la prévention

Vue générale

Nom	***VF02.01.02 Déterminer le taux de remboursement lié à la prévention***	
Description	Les prestations réalisées dans le cadre d'un dispositif de prévention sont pris en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire.	
Entrées	Motif médical d'exonération	EF_CF08_03
Sorties	Taux de remboursement lié à la prévention	EF_VF98_05
Situations spécifiques	Aucune	

Règles de gestion

[RG_VF_T12]	Déterminer le taux de remboursement lié à la prévention (EF_VF98_05)	PR (M, CD, SF)	AM	LB	PH	FR	TR

L'Assurance Maladie prévoit le remboursement de certaines prestations dans le cadre exclusif de campagnes de prévention.

Si le Professionnel de Santé a déclaré la prestation réalisée dans le cadre d'une campagne de prévention, i.e. le motif médical d'exonération (EF_CF08_03) est valorisé à « prévention », alors le taux de remboursement est valorisé à 100% et le code justificatif d'exonération du ticket modérateur est renseigné à « soins dispensés en risque maladie et exonérés dans le cadre d'un dispositif de prévention ».

Les modalités relatives aux campagnes de prévention sont définies par la réglementation. Celle ci détermine entre autres :

- la population concernée,
- la liste des prestations prises en charge,
- l'imprimé de prise en charge,
- la période de validité de la prise en charge.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

~~Remarque : ***Délivrance du Contraceptif d'urgence à la mineure***~~

~~L'assurance maladie prévoit le remboursement du contraceptif d'urgence pour les mineures. Dans ce cas le motif médical d'exonération a été valorisé à « prévention » par le Professionnel de Santé (cf. RG_CF320). Le taux de remboursement est donc valorisé à 100% et le code justificatif d'exonération du ticket modérateur est renseigné à « soins dispensés en risque maladie et exonérés dans le cadre d'un dispositif de prévention ».~~

Cas particuliers

[CP1] Prestation CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour toute prestation CCAM déclarée réalisée dans le cadre d'une campagne de prévention, i.e. le motif médical d'exonération (EF_CF08_03) est valorisé à « prévention », le service d'identifiant C-ExoPrevention du module SRT appelé pour contrôler le motif médical d'exonération (cf. RG_CF_TC1 – opération CF03.02) retourne, en cas de compatibilité, directement le taux de remboursement et le code justificatif d'exonération du ticket modérateur à prendre en compte par la présente règle.

3.3.1.3 VF02.01.03 : Déterminer le taux de remboursement lié à l'individu

Vue générale

Nom	***VF02.01.03 Déterminer le taux de remboursement lié à l'individu***	
Description	Le taux de remboursement de la prestation dépend de la situation médico-administrative du bénéficiaire de soins. Cette situation est traduite par un code couverture.	
Entrées	Périodes de code couverture du bénéficiaire de soins	EF_BS07
	Famille du Professionnel de Santé	EF_PS04_09
	Code spécialité du Professionnel de Santé	EF_PS03_14
	Code spécialité du prescripteur	EF_IP03_06
	Code prescription médecin SNCF	EF_IP03_03
	Code prestation	EF_IP04_01
	Motif médical d'exonération	EF_CF08_03
	Code conformité au protocole ALD	EF_CF08_02
	Tables 8.x de l'annexe 2bis	EF_A2_T8.x
	Tables 20.x de l'annexe 2bis	EF_A2_T20.x
	Tables 21.x de l'annexe 2bis	EF_A2_T21.x
	Tables 50.x de l'annexe 2bis	EF_A2_T50.x
Sorties	Taux de remboursement lié à l'individu	EF_VF98_06
	Code couverture pour le taux de remboursement	EF_VF98_08
Situations spécifiques	Forçage	**SP11**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

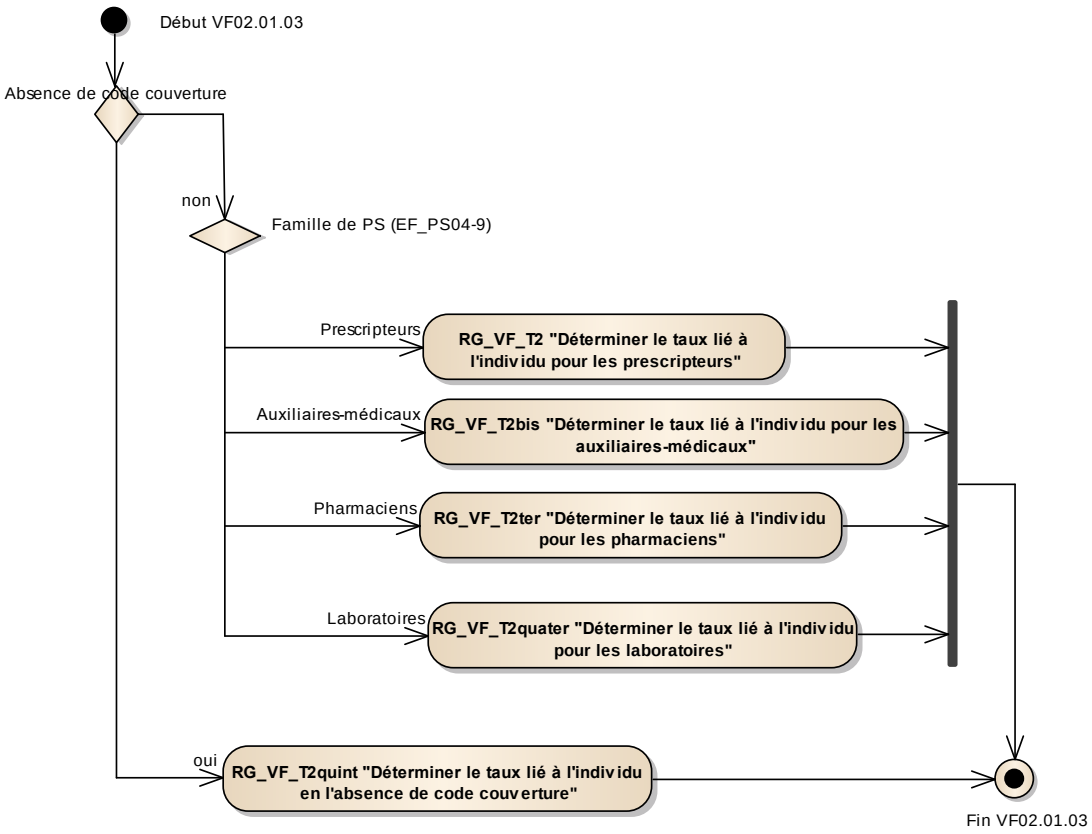


Figure 12 : [SC_VF02.01.03] Enchaînement des opérations de VF02.01.03 « Déterminer le taux de remboursement lié à l'individu»

Règles de gestion

[RG_VF305] Déterminer le code couverture du bénéficiaire à appliquer pour la détermination du taux de remboursement de la prestation (EF_VF98_08)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le code couverture à appliquer pour la détermination du taux de remboursement de la prestation est le code couverture valide à la date à retenir pour la détermination du taux de remboursement (EF_VF98_01).

Pour ce, il est nécessaire d'utiliser les périodes de code couverture issues de la carte Vitale du bénéficiaire de soins ou de la réponse du service ADRi (EF_BS07)

Cas particuliers

[CP1] Déterminer le top « taux du Régime Général pour un code couverture SNCF » (EF_VF98_16)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour un code couverture du régime SNCF (code couverture EF_VF98_08 de format = «x04xx »), si celui-ci fait apparaître une application des taux du Régime Général, ce top est positionné à OUI.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

☞ Dans ce cas, il y aura lieu de faire abstraction des règles spécifiques au régime SNCF, et d'appliquer les règles du Régime Général pour la détermination des taux liés à la prestation en rapport avec une situation exonérante, aux soins particuliers exonérés ainsi que le taux de base : cf RG_VF_T5, RG_VF_T6, RG_VF_T7.

[RG_VF_T2] Déterminer le taux de remboursement lié à l'individu (EF_VF98_06) pour les prescripteurs

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Taux de Remboursement associé à une situation d'exonération ou de modulation du Ticket Modérateur ainsi que le Code justificatif d'exonération du Ticket Modérateur afférent, sont déterminés dans les tables référencées à partir du Code Couverture effectif à la date de détermination du taux (EF_VF98_01) et issu des périodes de code couvertures restituées par le lecteur (EF_BS07).

Tables utilisées

- Table 8.1 de l'annexe 2bis (EF_A2_T8.1)
- Tables 21.x de l'annexe 2bis (EF_A2_T21.x)

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

Cas particuliers

[CP1] Forçage d'une situation d'ALD par le Professionnel de Santé

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La présentation d'une attestation d'ALD et du protocole de soins ALD par l'assuré doit être signalée au progiciel par le Professionnel de Santé. Dans ce cas, le progiciel doit modifier le code ALD (première position du code couverture) et le valoriser à 1.

[RG_VF_T2bis] Déterminer le taux de remboursement lié à l'individu (EF_VF98_06) pour les auxiliaires-médicaux

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Taux de Remboursement associé à une situation d'exonération ou de modulation du Ticket Modérateur ainsi que le Code justificatif d'exonération du Ticket Modérateur afférent, sont déterminés dans les tables référencées à partir du Code Couverture effectif à la date de détermination du taux (EF_VF98_01) et issu des périodes de code couvertures restituées par le lecteur (EF_BS07).

Tables utilisées

- Table 8.2 de l'annexe 2bis (EF_A2_T8.2)

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

Cas particuliers

[CP1] Forçage d'une situation d'ALD par le Professionnel de Santé

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La présentation d'une attestation d'ALD et du protocole de soins par l'assuré doit être signalée au progiciel par le Professionnel de Santé. Dans ce cas, le progiciel doit modifier le code ALD (première position du code couverture) et le valoriser à 1.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_VF_T2ter] Déterminer le taux de remboursement lié à l'individu (EF_VF98_06) pour les pharmaciens ou les fournisseurs

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Taux de Remboursement associé à une situation d'exonération ou de modulation du Ticket Modérateur ainsi que le Code justificatif d'exonération du Ticket Modérateur afférent, sont déterminés dans les tables référencées à partir du Code Couverture effectif à la date de détermination du taux (EF_VF98_01) et issu des périodes de code couvertures restituées par le lecteur (EF_BS07).

Tables utilisées

- Table 8.3 de l'annexe 2bis (EF_A2_T8.3)
- Table 8.5 de l'annexe 2bis (EF_A2_T8.5)
- Tables 21.x de l'annexe 2bis (EF_A2_T21.x)

[SP11] Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

Cas particuliers

[CP1] Forçage d'une situation d'ALD par le Professionnel de Santé

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La présentation d'une attestation d'ALD et du protocole de soins ALD par l'assuré doit être signalée au progiciel par le Professionnel de Santé. Dans ce cas, le progiciel doit modifier le code ALD (première position du code couverture) et le valoriser à 1.

[RG_VF_T2quater] Déterminer le taux de remboursement lié à l'individu (EF_VF98_06) pour les laboratoires

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Taux de Remboursement associé à une situation d'exonération ou de modulation du Ticket Modérateur ainsi que le Code justificatif d'exonération du Ticket Modérateur afférent, sont déterminés dans les tables référencées à partir du Code Couverture effectif à la date de détermination du taux (EF_VF98_01) et issu des périodes de code couvertures restituées par le lecteur (EF_BS07).

Tables utilisées

- Table 8.4 de l'annexe 2bis (EF_A2_T8.4)

[SP11] Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

Cas particuliers

[CP1] Forçage d'une situation d'ALD par le Professionnel de Santé

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La présentation d'une attestation d'ALD et du protocole de soins ALD par l'assuré doit être signalée au progiciel par le Professionnel de Santé. Dans ce cas, le progiciel doit modifier le code ALD (première position du code couverture) et le valoriser à 1.

[RG_VF_T2quint] Déterminer le taux de remboursement lié à l'individu (EF_VF98_06) en l'absence de code couverture

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

En l'absence de code couverture, le taux de remboursement ainsi que le code justificatif d'exonération ou de modulation du ticket modérateur afférent sont déterminés dans la table référencée à partir d'un libellé mentionné sur le justificatif papier des droits AMO fourni par le bénéficiaire des soins.

☞ Dans ce cas le mode de sécurisation est nécessairement SESAM sans Vitale ou dégradé.

Tables utilisées :

- Table 50.x de l'Annexe 2bis (EF_A2_T50.x)

Cas particuliers

[CP1] Forçage d'une situation d'ALD

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas du forçage d'une situation d'ALD par le Professionnel de Santé, le progiciel doit valoriser à " oui " la réponse à la question " soins conformes au protocole de soins ALD ? "

3.3.1.4 VF02.01.04 : Déterminer le taux de remboursement lié à la nature de la prestation

Vue générale

Nom ***VF02.01.04 Déterminer le taux de remboursement lié à la nature de la prestation***

Description Le taux de remboursement lié à la nature de la prestation correspond au taux de base de la prestation. Cependant ce taux est ramené à 100% si la prestation est exonérée. En effet, la prestation est exonérée dans l'un des cas suivants :

- soit sur motif médical d'exonération renseigné par le Professionnel de Santé,
- soit de nature (certaines prestations CCAM sont exonérées par nature),
- soit en fonction de son montant (supérieur au seuil d'exonération).

Entrées	Code prestation	EF_IP04_01
	Type prestation	EF_IP05
	Code régime du bénéficiaire de soins	EF_BS04_01
	Motif médical d'exonération	EF_CF08_03
	Base CCAM	DF_CCAM
	Table 4 de l'annexe 2bis	EF_A2_T4
	Table 4ter de l'annexe 2bis	EF_A2_T4ter
Données intermédiaires	Taux de remboursement lié aux soins particuliers exonérés	EF_VF98_10
	Taux de remboursement lié aux soins aux nouveau-nés	EF_VF98_11
	Taux de remboursement lié à une prestation exonérée	EF_VF98_12
	Taux de remboursement de base de la prestation	EF_VF98_13
Sorties	Taux de remboursement lié à la prestation	EF_VF98_07
Situations spécifiques	Forçage	**SP11**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

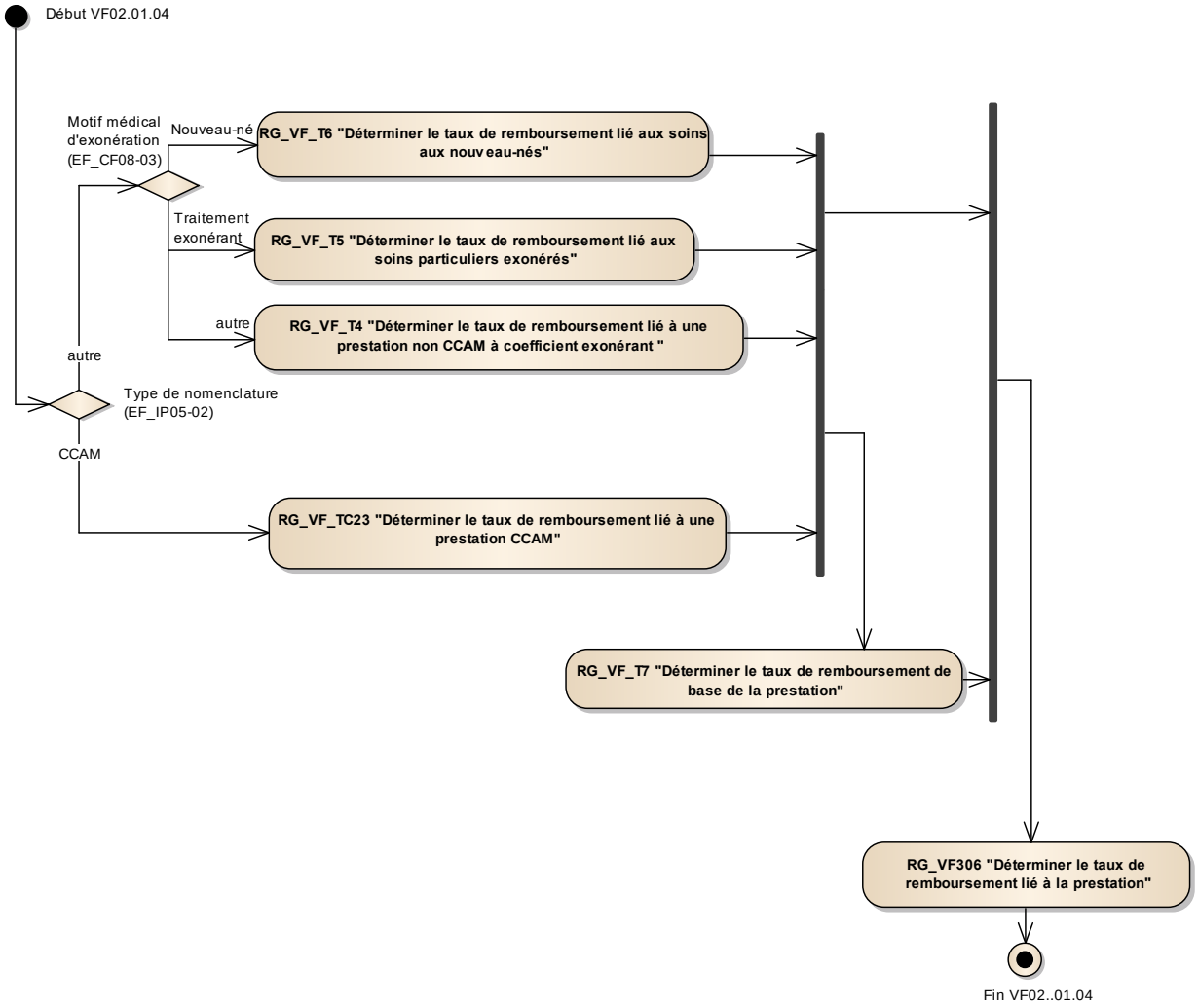


Figure 13 : [SC_VF02.01.04] Enchaînement des opérations de VF02.01.04 « Déterminer le taux de remboursement lié à la nature de la prestation »

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

[RG_VF_T5] Déterminer le taux de remboursement lié aux soins particuliers exonérés (EF_VF98_10)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La prestation peut être exonérée si elle intervient dans le cadre d'un traitement exonérant (motif d'exonération : EF_CF08_03 = « traitement exonérant ») sauf s'il s'agit de médicaments à vignette bleue ou orange.

Dans ce cas, le taux de remboursement sera valorisé à 100% et le code justificatif d'exonération du ticket modérateur sera renseigné à " Soins particuliers exonérés ".

☞ Les bénéficiaires du régime des mines (code régime EF_CF12_01 = 07) ne sont pas concernés par cette règle.

~~☞ *Remarque :* ***Délivrance d'un Contraceptif à la mineure***~~

~~L'assurance maladie prévoit le remboursement des contraceptifs pour les mineures. Dans le cas d'un contraceptif autre que le contraceptif d'urgence, le motif médical d'exonération a été valorisé à « soins particuliers exonérés » par le Professionnel de Santé (cf. RG_CF320). Le taux de remboursement est donc valorisé à 100% et le code justificatif d'exonération du ticket modérateur est renseigné à « soins particuliers exonérés ».~~

Cas particuliers

[CP1] Code couverture SNCF n'appliquant pas les taux du Régime Général

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour un bénéficiaire du régime SNCF pour lequel les taux du Régime Général ne s'appliquent pas (top « taux du Régime Général pour un code couverture SNCF » (EF_VF98_16) = NON), la règle s'applique comme suit :

La prestation peut être exonérée si elle intervient dans le cadre d'un traitement exonérant.

Dans ce cas, le taux de remboursement sera valorisé à 100% et le code justificatif d'exonération du ticket modérateur sera renseigné à " Soins particuliers exonérés ".

Cette règle concerne uniquement les prestations non CCAM.
Pour les prestations CCAM sa prise en compte est incluse de fait dans la règle TC23 mise en œuvre par le service d'identifiant C-ExoActe du module SRT : cf. A1-A1 règle TC23.

[RG_VF_T6] Déterminer le taux de remboursement lié aux soins aux nouveau-nés (EF_VF98_11)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le code prestation peut être exonéré s'il appartient à une série d'actes prescrits dans les 30 premiers jours de la vie du nouveau-né (motif d'exonération : EF_CF08_03 = « soins pour les nouveaux-nés »).

☞ *A noter qu'il s'agit exclusivement des actes prescrits dans un établissement de santé et exécutés en milieu ambulatoire*

Dans ce cas le taux de remboursement sera valorisé à 100% (à l'exclusion de la pharmacie vignette bleue ou orange), le code justificatif d'exonération sera renseigné à " Soins particuliers exonérés ".

Seul le Professionnel de Santé peut, au regard de la prescription, déterminer si l'acte est un acte en série prescrit dans les 30 premiers jours.

☞ Les bénéficiaires du régime des mines (code régime EF_CF12_01 = 07) ne sont pas concernés par cette règle.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Cas particuliers

[CP1] Code couverture SNCF n'appliquant pas les taux du Régime Général

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour un bénéficiaire du régime SNCF pour lequel les taux du Régime Général ne s'appliquent pas (top « taux du Régime Général pour un code couverture SNCF » (EF_VF98_16) = NON), la règle s'applique comme suit :

Le code prestation peut être exonéré s'il est réalisé dans un établissement de santé dans les 30 premiers jours de la vie du nouveau-né.

Dans ce cas le taux de remboursement sera valorisé à 100%, le code justificatif d'exonération sera renseigné à " Soins particuliers exonérés ".

Cette règle concerne uniquement les prestations non CCAM.
Pour les prestations CCAM sa prise en compte est incluse de fait dans la règle TC23 mise en œuvre par le service d'identifiant C-ExoActe du module SRT : cf. A1-A1 règle TC23.

[RG_VF_TC23] Déterminer le taux de remboursement lié à une prestation CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Certains actes CCAM sont exonérés par nature

D'autres sont exonérés à partir d'un montant seuil de la base de remboursement hors forfaits.

Le montant du seuil d'exonération est fonction de la date d'exécution (et de la caisse de rattachement du Professionnel de Santé pour les DOM).

Enfin, certains actes CCAM ne sont pas exonérés, ni par nature ni par la règle du seuil.

La nature d'exonération de tout acte CCAM (non exonéré, exonéré par nature ou par seuil) est connue dans la base CCAM (DF_CCAM).

De plus le Professionnel de Santé indique si l'acte réalisé s'inscrit dans un contexte particulier qui exonère cet acte. Il peut s'agir d'actes exonérés pour les nouveau-nés ou de soins effectués dans le cadre d'un traitement exonérant.

Cette règle a pour objet d'une part de vérifier, en fonction de la nature d'exonération de l'acte CCAM et des informations saisies par le Professionnel de Santé, s'il y a lieu de l'exonérer et d'autre part de renseigner le taux de remboursement et le code justificatif d'exonération le cas échéant.

Cette règle est automatisée par le service d'identifiant C-ExoActe du module SRT : cf. A1-A1 règle TC23.

[RG_VF_T4] Déterminer le taux de remboursement lié à une prestation non CCAM à coefficient exonérant (EF_VF98_12)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le code prestation est :

- acte de radiologie (Z)
- acte de spécialité exécuté par un médecin (K)
- acte d'orthopédie dento faciale (TO - ORT)

et que le coefficient du code prestation est supérieur ou égal à " 60 ", alors le taux de remboursement est égal à 100 %.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Le libellé du code justificatif d'exonération ou de modulation du ticket modérateur sera " soins particuliers exonérés ".

☞ **Fractionnement des actes d'Orthopédie Dento Faciale** : Par exception à la réglementation il est admis que les caisses puissent rembourser en cours de traitement ODF les avances versées par les assurés aux chirurgiens dentistes et aux stomatologistes sur la base d'un TO/ORT 30 ou 45 (Fractionnement d'un TO/ORT 90). Ces actes sont facturés avec un code justification d'exonération : soins particuliers exonérés.

[RG_VF_T7] Déterminer le taux de remboursement de base de la prestation (EF_VF98_13)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

- ***Prestation hors CCAM :***

  Le taux de remboursement de base de l'acte correspond au taux renseigné dans la table 4ter de l'Annexe 2bis (EF_A2_T4ter).

  Il dépend du code régime et de la date de référence de l'acte.

- ***Prestation CCAM :***

  Le taux de remboursement de base d'un acte CCAM correspond au taux renseigné dans la table 4ter de l'Annexe 2bis (EF_A2_T4bis).

  Il dépend du code régime et de la date de référence de l'acte.

- ***Toutes prestations***

  Le code justificatif d'exonération du ticket modérateur sera valorisé à " pas d'exonération " sauf lorsque pour l'acte présenté, le code justificatif d'exonération du ticket modérateur est déjà valorisé à « FSV » ; dans ce cas, ce code justificatif d'exonération doit être conservé.

☞ Les bénéficiaires du régime des mines (code régime EF_CF12_01 = 07) ne sont pas concernés par cette règle.

Tables utilisées

- Table 4ter de l'Annexe2bis (EF_A2_T4bis)

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

Cas particuliers

[CP1] Code couverture SNCF n'appliquant pas les taux du Régime Général

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le code couverture à appliquer est un code couverture du régime SNCF pour lequel les taux du Régime Général ne s'appliquent pas (top « taux du Régime Général pour un code couverture SNCF » (EF_VF98_16) = NON), cette règle ne s'applique pas, i.e. le taux de base de l'acte n'est pas à prendre en compte.

[RG_VF306] Déterminer le taux de remboursement lié à la prestation (EF_VF98_07)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Le taux de remboursement lié à la nature de la prestation correspond au taux le plus favorable entre :

- le taux de remboursement lié aux soins particuliers exonérés (EF_VF98_10)
- le taux de remboursement lié aux soins aux nouveau-nés (EF_VF98_11)
- le taux de remboursement lié à une prestation exonérée (EF_VF98_12)
- le taux de remboursement de base de la prestation (EF_VF98_13)

3.3.1.5 VF02.01.05 : Déterminer le taux de remboursement de la prestation isolément

Vue générale

Nom	***VF02.01.05 Déterminer le taux de remboursement de la prestation isolément***	
Description	Le taux de remboursement de la prestation isolément dépend des taux de remboursement liés : • à la nature d'assurance, • à la prévention, • à l'individu • à la prestation. précédemment déterminés.	
Entrées	Taux de remboursement lié à la nature d'assurance	EF_VF98_04
	Taux de remboursement lié à la prévention	EF_VF98_05
	Taux de remboursement lié à l'individu	EF_VF98_06
	Taux de remboursement lié à la prestation	EF_VF98_07
Sorties	Taux de remboursement de la prestation isolément	EF_VF98_03
Situations spécifiques	Aucune	

Règles de gestion

		PR			AM	LB	PH	FR	TR
		M	CD	SF					
[RG_VF_T8]	***Déterminer le taux de remboursement de la prestation isolément (EF_VF98_03)***								

Le taux de remboursement de la prestation isolément (EF_VF98_03) correspond au taux le plus favorable entre :

- le taux de remboursement lié à la nature d'assurance (EF_VF98_04)
- le taux de remboursement lié à la prévention (EF_VF98_05)
- le taux de remboursement lié à l'individu (EF_VF98_06)
- le taux de remboursement de la prestation (EF_VF98_07)

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

En cas d'égalité entre plusieurs taux, il convient de retenir le premier taux de remboursement dans l'ordre de la liste présentée ci-dessus. Ceci a une incidence sur le code justificatif d'exonération de la prestation (EF_VF05_05) qui sera déterminé ultérieurement (cf. RG_VF_T13).

Cas particuliers

[CP1] Honoraires globaux (sauf honoraire complexe).

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

S'il existe dans la facture un ou plusieurs médicaments dont le taux de remboursement est de 100%, alors il y a lieu d'exonérer les honoraires globaux également (taux = 100%).

Si la facture comporte des médicaments avec un seul et même justif d'exo, le code justificatif d'exo de l'HD (HDA, HDR, HDE) est le même que le code justif d'exo présent dans la facture (y compris justif d'exo = 0 dans le cas où tous les médicaments sont des PH1).

En cas de facturation de plusieurs médicaments pour lesquels des codes justif d'exo différents ont été positionnés, le code justif d'exo à renseigner sur le HD doit correspondre à un des codes justif d'exo déjà présent dans la facture.

[CP2] PH1 et honoraires globaux (sauf honoraire complexe).

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si dans la facture, tous les médicaments de groupe fonctionnel détail « ouvrant à HD » sont des PH1 avec code justif d'exo = 0, alors le taux de remboursement des honoraires globaux est de 100% avec un code justif d'exo = 0.

3.3.2 VF02.02 : Déterminer l'exonération liée à d'autres prestations.

Vue générale

Nom ***VF02.02 Déterminer l'exonération liée à d'autres prestations***

Description Certaines prestations CCAM peuvent être exonérées :

- soit par la présence dans la facture d'une autre prestation CCAM exonérante,
- soit par dépassement du seuil d'exonération de leur montant cumulé avec d'autres prestations CCAM.

Cette opération concerne uniquement les prestations CCAM.

Remarque : ***simplification de mise en œuvre*** : cette partie est à mettre en œuvre uniquement pour les prestations non encore exonérées à l'étape VF02.01, i.e. si le taux de remboursement de la prestation issu de la tâche VF02.01.05 est inférieur à 100%.

Entrées	Taux de remboursement de la prestation isolément	EF_VF98_03
	Base CCAM	DF_CCAM
Sorties	Taux de remboursement de la prestation	EF_VF05_04
Situations spécifiques	Aucune	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

[RG_VF_TC45] Déterminer le taux de remboursement de la prestation (EF_VF98_15) en fonction de la règle du seuil

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Certains actes CCAM, non exonérés par leurs propres caractéristiques (cf. règles TC1 et TC2-TC3 précédentes), peuvent être exonérés par d'autres actes CCAM présents dans la même facture :

- soit la présence d'un acte CCAM exonérant dispensé à la même date,
- soit le cumul des montants de plusieurs actes CCAM dépassent le seuil réglementaire (règle du seuil facture).

Cette règle a pour objet de vérifier, pour tous les actes CCAM non encore exonérés, s'ils ne sont pas exonérés par d'autres actes CCAM de la facture et de renseigner le taux de remboursement et le code justificatif d'exonération le cas échéant.

Cette règle est automatisée par le service d'identifiant C-ExoFacture du module SRT : cf. A1-A1 règle TC5.

Remarque

Cette règle est de niveau facture.

3.3.3 VF02.03 : Finaliser le taux de remboursement de la prestation

Vue générale

Nom ***VF02.03 Finaliser le taux de remboursement de la prestation***

Description Le taux de remboursement final pour une prestation donnée correspond au taux de remboursement le plus favorable pour le bénéficiaire de soins parmi ceux précédemment déterminés.

Entrées	Taux de remboursement de la prestation	EF_VF05_04
	Taux de remboursement de la prestation isolément	EF_VF98_03
	Code couverture pour le taux	EF_VF98_08
	Code qualificatif de la dépense	EF_CF08_01
	Code prestation	EF_IP04_01
	Table 9 de l'annexe 2bis	EF_A2_T9
Sorties	Taux de remboursement de la prestation	EF_VF05_04
	Code justificatif d'exonération de la prestation	EF_VF05_05
Situations spécifiques	Bénéficiaire C2S	**SP03**
	Bénéficiaire de l'AME	**SP06**
	Forçage	**SP11**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

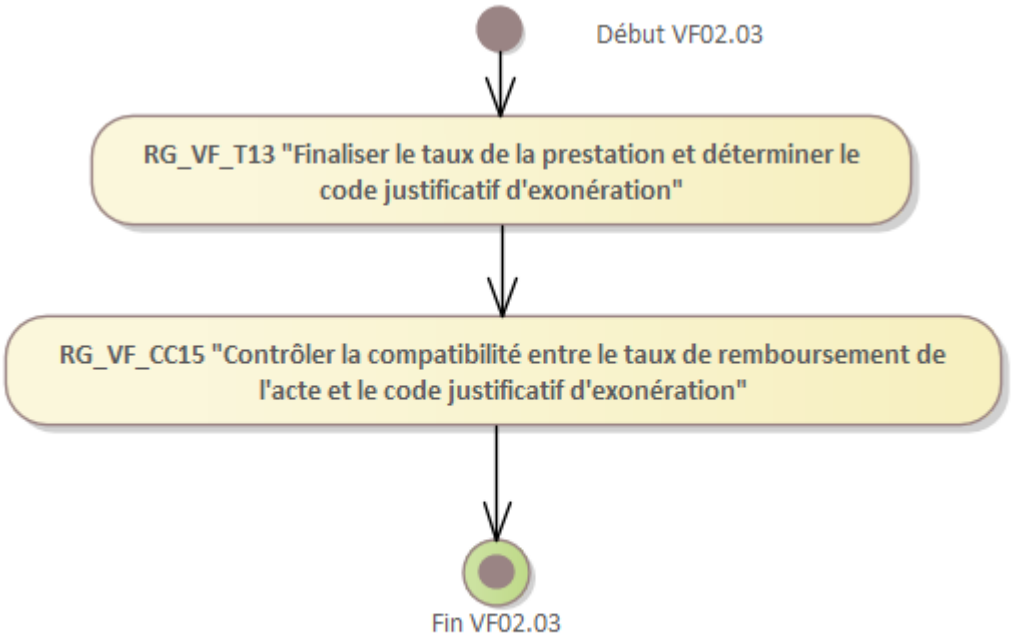


Figure 14 : [SC_VF02.03] Enchaînement des opérations de VF02.03 « Finaliser le taux de remboursement de la prestation »

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

[RG_VF_T13] Finaliser le taux de remboursement de la prestation (EF_VF05_04) et déterminer le code justificatif d'exonération de la prestation (EF_VF05_05)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le taux à prendre en compte est le taux le plus favorable entre :

- le taux de remboursement de la prestation isolément (EF_VF98_03)
- le taux de remboursement de la prestation lié à la règle du seuil facture (EF_VF98_15).

Le code justificatif d'exonération à retenir sera celui correspondant au taux retenu.

☞

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

Cas particuliers

[CP2] Prestations Non Remboursables AMO

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les prestations non remboursables AMO (EF_CF08_05= « non remboursable AMO ») le taux de remboursement de la prestation est valorisé à zéro.

Le code justificatif d'exonération (EF_VF05_05) d'une prestation dont le taux est renseigné à zéro reste celui correspondant au taux qui est retenu après application de la règle RG_VF_T13 en mode nominal.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[CP3] Prestations Gratuites

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les actes gratuits (EF_IP08_01= « G ») le taux de remboursement de la prestation est valorisé à zéro.

Le code justificatif d'exonération (EF_VF05_05) d'une prestation dont le taux est renseigné à zéro reste celui correspondant au taux qui est retenu après application de la règle RG_VF_T13 en mode nominal.

[CP4] FSV (Fond de solidarité Vieillesse)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le code justificatif d'exonération correspondant au taux retenu est valorisé à « pas d'exonération » (valeur zéro), mais que le code couverture pour le taux (EF_VF98_08) prend une valeur associée au fond de solidarité vieillesse (FSV) dans la table des taux de remboursement en fonction du code couverture (table 8.x EF_A2_T8.x), il convient de valoriser le code justificatif d'exonération de la prestation à transmettre (EF_VF05_05) à « FSV ».

[CP5] Prestation de déplacement

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas d'un déplacement (EF_IP05_03 = « Indemnité de Déplacement »), le code justification d'exonération est nécessairement identique à celui de l'acte support (prestation de type support précédente).

Situations spécifiques

[SP03.1] Déterminer le taux de la prestation en cas de forfaits dentaire CMU-C

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les forfaits dentaires CMU-C, le taux de remboursement est valorisé à zéro.

[SP06] Déterminer le taux de la prestation en AME

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour un bénéficiaire de l'AME, le montant du taux de remboursement est valorisé à zéro.

Le code justificatif d'exonération (EF_VF05_05) d'une prestation dont le taux est renseigné à zéro reste celui correspondant au taux qui est retenu après application de la règle RG_VF_T13 en mode nominal.

[RG_VF_CC15] Contrôler la compatibilité entre le taux de remboursement de la prestation (EF_VF05_04) et le code justificatif d'exonération de la prestation (EF_VF05_05)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce contrôle consiste à vérifier la compatibilité du justificatif d'exonération de la prestation (EF_VF05_05) avec le taux de remboursement à prendre en compte pour la prestation (EF_VF05_04).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Cette règle précise différentes spécificités pour le renseignement du taux de prise en charge et du code justification d'exonération du ticket modérateur (ou justificatif d'exonération).

1. D'une part, concernant la cohérence entre le justificatif d'exonération et le taux, il convient de respecter ce qui suit :

Le taux de prise en charge est nécessairement de 100% lorsque le justificatif d'exonération est différent de « pas d'exonération » et « FSV ou FSI » et que le code qualificatif de la dépense est différent de "Gratuit" et "Non Remboursable".

Cependant, a contrario, les valeurs de justificatifs d'exonération « pas d'exonération » et « FSV ou FSI » ne sont pas contradictoires avec un taux de prise en charge à 100%.

La vérification de la compatibilité précédemment énoncée est effectuée par le Contrôle Complet CCAM.

Cette cohérence concerne toute prestation de la facture, qu'il s'agisse d'actes CCAM ou d'autres natures de prestation (NGAP…).

2. D'autre part, aucun acte CCAM ne peut être exonéré sous le justificatif d'exonération « Soins en rapport avec un K ou un KC = ou > 50 (NGAP) » (valeur 1), ce libellé étant exclusivement réservé à des actes NGAP.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.4 VF03 : Déterminer le montant remboursable AMO de chaque prestation saisie par le Professionnel de Santé

Vue générale

Nom ***VF03 Déterminer le montant remboursable AMO de chaque prestation saisie par le Professionnel de Santé***

Description L'objet de cette opération est de déterminer le montant remboursable par l'Assurance Maladie obligatoire, à partir de la base de remboursement et du taux de remboursement de la prestation et conformément au contexte de facturation. Cette détermination concerne chaque prestation de la facture saisie par le PS ainsi que les prestations d'honoraire de dispensation.

Ce montant dépend notamment du contexte du parcours de soins.

Cette opération appelle, pour chaque prestation concernée, l'opération VF03.01.

Cette opération ne concerne pas les prestations générées ultérieurement automatiquement par le système de facturation, à savoir :

- les prestations de suppléments dérogatoires SMG, (cf. VF05)
- les prestations de supplément en nature d'assurance AT, (cf. VF07)
- et les prestations de dépassement pour Victime d'Attentat automatiquement générées par le système de facturation (cf. VF08),

Pour les suppléments AT les dépassements pour Victime d'Attentat, un appel direct à VF03.01 est prévu depuis les opérations VF07 et VF08.

Par contre, elle concerne les prestations d'honoraires de dispensation automatiquement générées par le système de facturation (cf. CF06).

Entrées	Position par rapport au parcours de soins	EF_CF13_03
	Montant de la base de remboursement de la prestation	EF_VF05_02
	Taux de remboursement de la prestation	EF_VF05_04
	Table 14 de l'annexe 2bis	EF_A2_T14
	Table 14.1 de l'annexe 2bis	EF_A2_T14.1
	Table 19 de l'annexe 2bis	EF_A2_T19
Sorties	Montant MTM restant à charge de l'assuré	EF_VF05_06
	Montant remboursable AMO	EF_VF05_07
	Montant du dépassement	EF_VF05_08
	Base de Remboursement hors forfaits	EF_VF98_09
Situations spécifiques	Forfaits dentaires CMU-C	**SP03.1**
	Forçage	**SP11**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

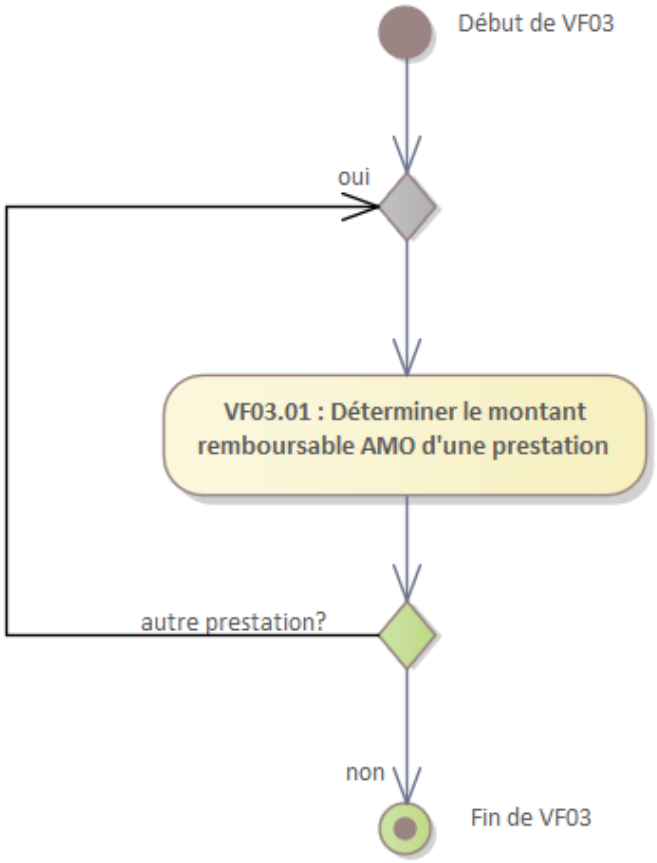


Figure 15 : [SC_VF03] Enchaînement des opérations de VF03 « Déterminer le montant remboursable AMO de chaque prestation»

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.4.1 VF03.01 : Déterminer le montant remboursable AMO d'une prestation

Vue générale

Nom ***VF03.01 Déterminer le montant remboursable AMO d'une prestation***

Description L'objet de cette opération est de déterminer, le montant remboursable par l'Assurance Maladie obligatoire, d'une prestation.

Ce montant dépend notamment du contexte du parcours de soins.

Cette opération est utilisée :

- en mode nominal par VF03 :
  - pour toutes les prestations de la facture saisies par le PS
  - ainsi que pour les prestations d'honoraires de dispensation automatiquement générées par le système de facturation (cf. CF06)
- ainsi que pour les prestations automatiquement générées par le système de facturation :
  - de complément AT dentaire en situation Victime d'Attentat (cf. VF07.01.03[SP18])
  - de dépassement pour Victime d'Attentat (cf. VF08)

Entrées	Position par rapport au parcours de soins	EF_CF13_03
	Montant de la base de remboursement de la prestation	EF_VF05_02
	Taux de remboursement de la prestation	EF_VF05_04
	Table 14 de l'annexe 2bis	EF_A2_T14
	Table 14.1 de l'annexe 2bis	EF_A2_T14.1
	Table 19 de l'annexe 2bis	EF_A2_T19
Sorties	Montant MTM restant à charge de l'assuré	EF_VF05_06
	Montant remboursable AMO	EF_VF05_07
	Montant du dépassement	EF_VF05_08
	Base de Remboursement hors forfaits	EF_VF98_09
Situations spécifiques	Forfaits dentaires CMU-C	**SP03.1**
	Forçage	**SP11**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

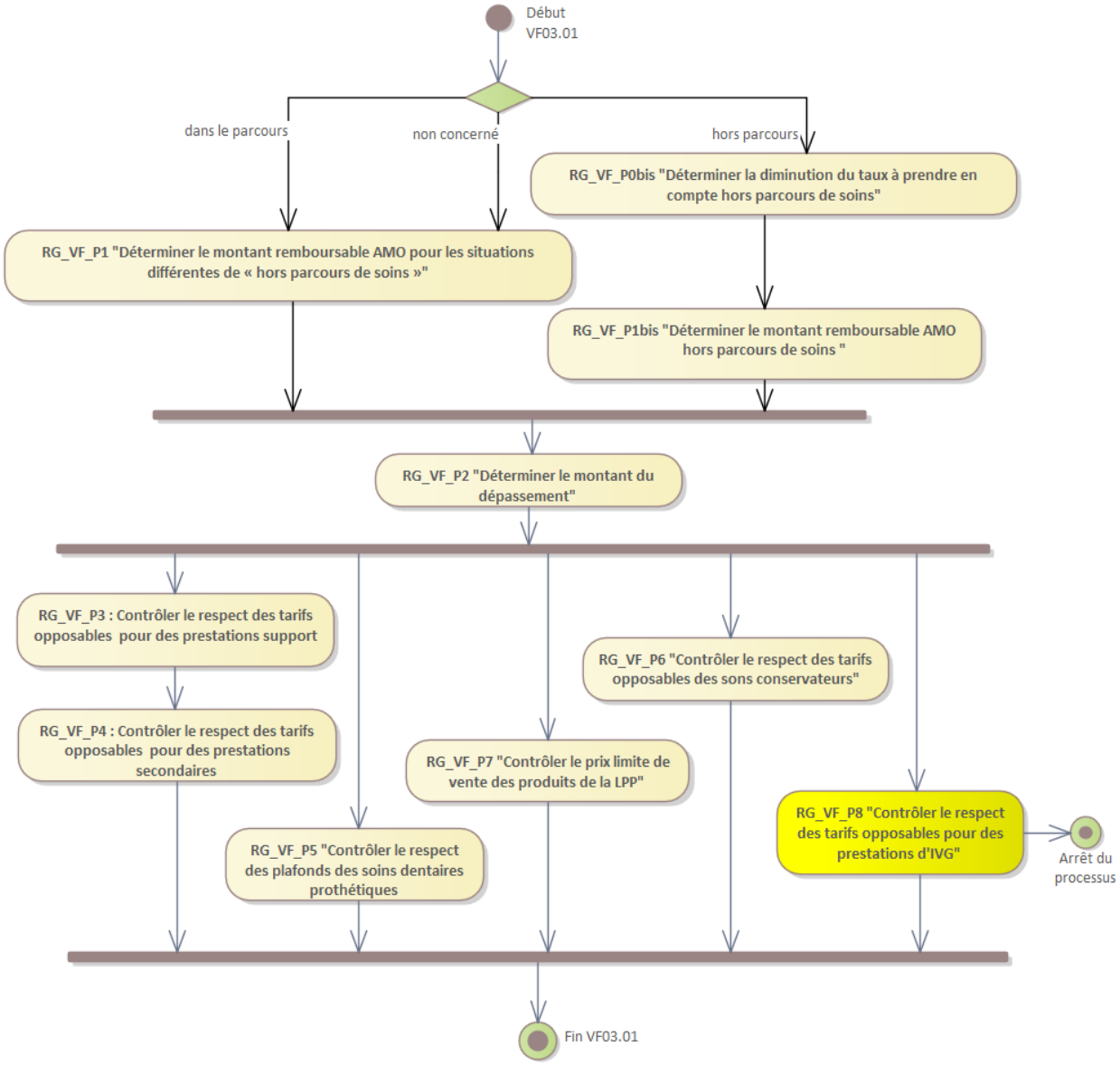


Figure 16 : [SC_VF03.01] Enchaînement des opérations de VF03.01 « Déterminer le montant remboursable AMO d'une prestation»

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[SP03.1] Forfaits dentaires CMU-C

Dans cette situation spécifique le schéma ci-dessus est modifié :

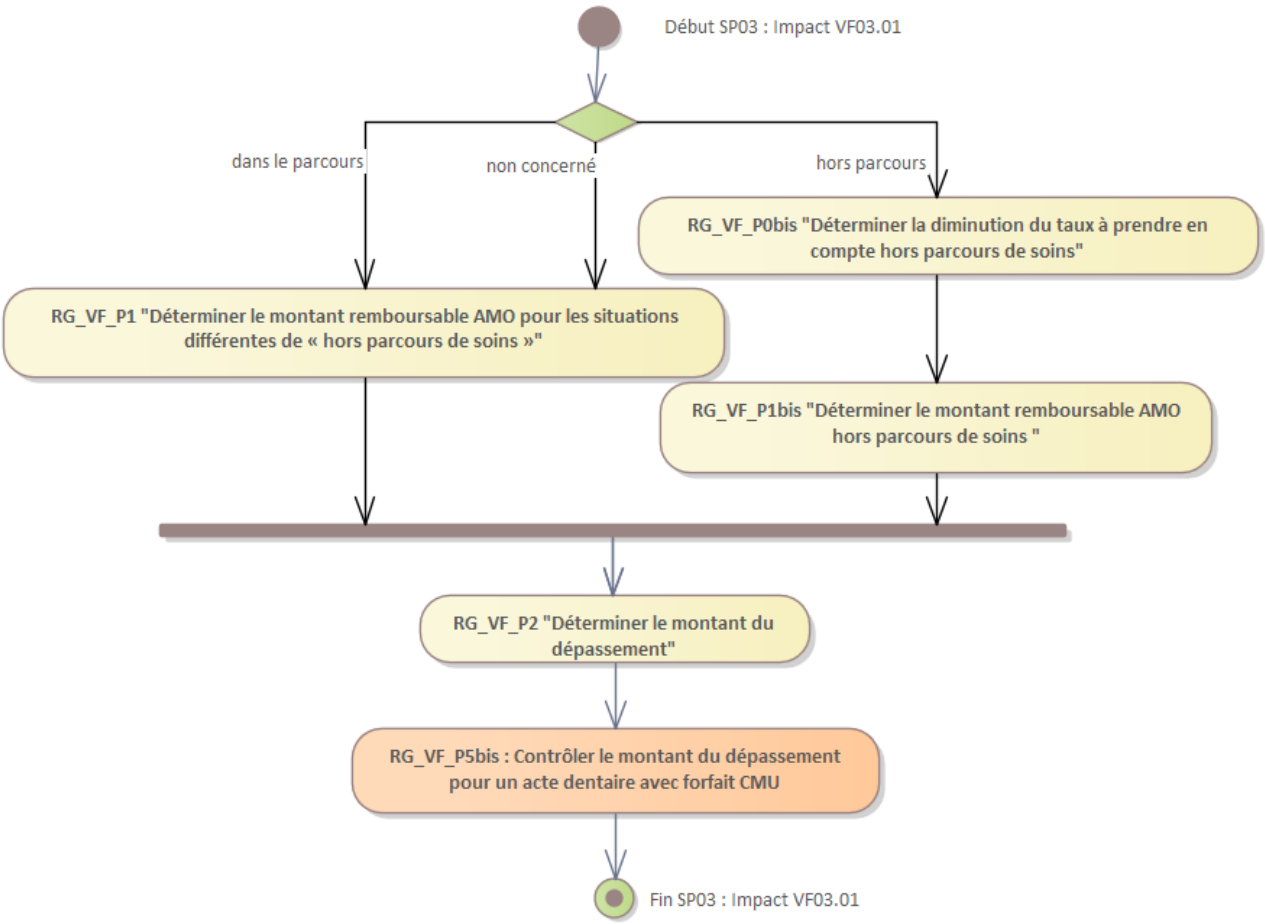


Figure 17 : [SC_VF03.01][SP03.1] Enchaînement des opérations de VF03.01 « Déterminer le montant remboursable AMO d'une prestation » la situation spécifique [SP03.1] Forfaits dentaires CMU-C

☞ A noter que les spécificités de cette SP par rapport au mode nominal apparaissent en couleur dans le schéma.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Préambule

Le non respect du parcours coordonné de soins par le bénéficiaire des soins conduit à un remboursement réduit de la part de son régime obligatoire.

Le montant remboursable dépend de la position par rapport au parcours de soins

Le calcul est différent selon que la facture se trouve « non concernée », « Dans' ou « Hors » du parcours de soins.

Règles de gestion

[RG_VF_P1] Déterminer le montant remboursable AMO (EF_VF05_07) pour les situations différentes de « hors parcours de soins »

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le montant remboursable par l'assurance maladie obligatoire (EF_VF05_07) = Base de remboursement (EF_VF05_02) x taux de remboursement (EF_VF05_04)

☞ Le montant du remboursement ne peut excéder le montant facturé.

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

[RG_VF_P0bis] Déterminer la diminution du taux de remboursement à prendre en compte hors parcours de soins (EF_VF98_09)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les cas concernés par le parcours de soins, le taux doit être, sauf exception, diminué en cas de non respect du parcours de soins c'est à dire quand la position par rapport au parcours de soins est égal à « hors parcours ».

La valeur de diminution du taux de remboursement dépend de différents paramètres :

- le code régime du bénéficiaire, (EF_CF12_01)
- la caisse gestionnaire du bénéficiaire (EF_CF12_02),
- la situation particulière du bénéficiaire (EF_CF15_01)
- la nature d'assurance (EF_CF02_02),
- la nature de prestation (EF_IP04_01),
- l'existence de la déclaration d'un Médecin Traitant (EF_CF13_01)
- le code justificatif d'exonération (EF_VF05_05)
- l'application du tiers payant sur la part obligatoire (EF_CF02_03).

Tables utilisées :

- Table 14 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T14)
- Table 14.1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T14.1)

Références réglementaires :

- Réforme d'Assurance Maladie : loi du 13 Août 2004

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_VF_P1bis] Déterminer le montant remboursable AMO hors parcours de soins (EF_VF05_07) et la MTM restant à charge de l'assuré (EF_VF05_06)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

- ***Le montant remboursable hors parcours de soins est le résultat du calcul suivant :***

$$\text{Montant Remboursable} = \frac{\text{BR} \times \text{TAUX}}{100} - \text{Montant MTM restant à charge de l'assuré}$$

- ***La pénalité hors parcours de soins est le résultat du calcul suivant :***

$$\text{Montant MTM restant à charge de l'assuré} = \textbf{MIN}\left[(\text{BR} \times \text{Diminution TAUX}), \text{Plafond}\right]$$

- ***Avec le seuil égal au calcul suivant :***

Plafond = Tarif conventionnel de l'acte de référence **X** Diminution TAUX

Le montant du remboursement ne peut excéder le montant facturé.

☞ Remarque : Il convient de prendre en compte le tarif conventionnel en vigueur à la date des soins.

☞ **Remarque** : cette règle s'applique uniquement si le TAUX est non nul.

Tables utilisées :

- Table 19 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T19)

☞ **Remarque** :

Ces deux informations :

- montant remboursable AMO hors parcours de soins (EF_VF05_07)
- et MTM restant à charge de l'assuré (EF_VF05_06)

sont renseignées uniquement hors parcours de soins.

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

[RG_VF_P2] Déterminer le montant du dépassement (EF_VF05_08)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le montant du dépassement est le résultat du calcul suivant :

Montant facturé - base de remboursement

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Avec

- Montant facturé = EF_VF05_09
- base de remboursement = EF_VF05_03

Ce dépassement peut être utilisé pour alerter le Professionnel de Santé sur des erreurs de saisie importante.

La fourchette d'alerte peut être paramétrée par le Professionnel de Santé.

D'autre part, si aucun motif de dépassement n'est renseigné, une alerte peut être transmise au Professionnel de Santé conventionné secteur 1.

[RG_VF_P3] Contrôler le respect des tarifs opposables pour des prestations support

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de vérifier, pour toute prestation déterminée compatible « sous condition P3 » par la règle R1bis, que les tarifs opposables sont respectés :

- le montant du dépassement de cette prestation doit être nul.

Dans le cas contraire, cette prestation n'est pas autorisée.

Références réglementaires :

- Convention Médicale 2016

☞ Par construction cette règle concerne uniquement des prestations support

Cas particuliers

[CP1] Existence d'un motif de dépassement

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le montant du dépassement peut être non nul si le qualificatif de la dépense (EF_CF08_01) est renseigné à une valeur différente de « Gratuit » et « Non remboursable ».

Dans ce cas, la prestation est alors autorisée.

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

[RG_VF_P4] Contrôler le respect des tarifs opposables pour des prestations secondaires

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de vérifier, pour toute prestation déterminée compatible « sous condition P4 » par la règle R1bis, que les tarifs opposables sont respectés.

Pour cela:

- le montant du dépassement de cette prestation doit être nul.
- et le montant du dépassement de la prestation support auquel il est rattaché doit être nul.

Dans le cas contraire, cette prestation n'est pas autorisée.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Références réglementaires :

- Convention Médicale 2016

☞ A noter que par construction cette règle concerne uniquement des prestations secondaires.

Cas particuliers

[CP1] Existence d'un motif de dépassement

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour la prestation secondaire comme pour la prestation support, le montant du dépassement peut être non nul si le qualificatif de la dépense est renseigné à une valeur différente de « Gratuit » et « Non remboursable ».

Dans ce cas, il n'y a pas lieu d'alerter le Professionnel de Santé.

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

[RG_VF_P5] Contrôler le respect des plafonds des actes prothétiques

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de vérifier pour tout code acte CCAM facturé, s'il est présent à la date de référence AMO dans la table des plafonds dentaires, que le montant du plafond autorisé n'est pas dépassé :

> Le montant des honoraires doit être inférieur ou égal au montant du plafond autorisé.

Dans le cas où le plafond autorisé est dépassé, le logiciel doit déclencher un message d'alerte au PS : « Le montant des honoraires facturés ne respecte pas la convention ~~dentaire~~. Il vous appartient d'en informer votre patient. ».

☞ L'alerte déclenchée par le LPS ne doit pas bloquer le PS dans la suite de son processus de facturation, mais dans ce cas le dépassement entraîne la valorisation d'un indicateur de forçage

Tables utilisées :

- Table des plafonds dentaires (DF_PFD)

Références réglementaires :

- Réforme gouvernementale dite du reste à charge zéro « 100% santé »

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

Situations spécifiques

[SP03.1] Facturation d'un acte CCAM suivi d'un forfait dentaire CMU-C

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- Acte CCAM : le montant des honoraires doit être égal à la base de remboursement, sauf si le qualificatif de la dépense est renseigné à « Entente directe » : dans ce cas le dépassement est autorisé.
- Forfait CMU-C : le montant des honoraires du forfait ne doit pas dépasser le montant du plafond autorisé diminué du montant des honoraires de l'acte CCAM qui le précède. Le montant du plafond autorisé est lu par le LPS dans la table des plafonds pour le couple code acte CCAM, forfait CMU-C facturé.

Dans ce cas particulier ~~CMU-C~~, le logiciel doit également alerter le PS en cas de non-respect du ~~des~~ plafond~~s~~ C2S ~~CMUC~~ et lui demander d'en informer son patient.

[RG_VF_P5bis] Contrôler le montant du dépassement (EF_VF05_08) pour un acte dentaire NGAP

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce contrôle n'a pas de cas nominal, il concerne uniquement la situation particulière des forfaits dentaires CMU-C.

Situations spécifiques

[SP03.1] Contrôler le montant du dépassement (EF_VF05_08) pour un acte dentaire NGAP avec forfait dentaire CMU-C

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation support de nomenclature NGAP à laquelle est rattaché un forfait dentaire CMU-C, il convient de vérifier le montant du dépassement (EF_VF05_08) : le dépassement doit être nul hormis si le qualificatif de la dépense (EF_CF08_01) de cette prestation support est à « entente directe » (valeur D).

[RG_VF_P6] Contrôler le respect des tarifs opposables des soins dentaires (hors prothèses)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de vérifier, pour toute prestation soumise au respect des tarifs opposables (cf. Table 2ter de l'Annexe2 : EF_A2_T2ter) que le montant du dépassement est nul.

Dans le cas contraire, le LPS doit déclencher un message d'alerte au Professionnel de Santé : « Le montant des honoraires facturés ne respecte pas la convention ~~dentaire~~. Il vous appartient d'en informer votre patient.».

☞ L'alerte déclenchée par le LPS ne doit pas bloquer le PS dans la suite de son processus de facturation mais dans ce cas le dépassement entraîne la valorisation d'un indicateur de forçage.

Tables utilisées :

- Table 2ter de l'Annexe 2 (EF_A2_T2ter)

Références réglementaires :

- Convention dentaire

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

[RG_VF_P7] Contrôler le respect des Prix Limite de Vente des produits de la LPP

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Cette règle a pour objet de vérifier, pour toute prestation de nomenclature « LPP » et nécessitant un code affiné (top codage affiné = « oui ») que le Prix Limite de Vente de l'acte facturé est respecté.

Le montant du tarif LPP du code détaillé LPP doit être inférieur ou égal à son Prix Limite de Vente issu de la base LPP (si présence d'un Prix Limite de Vente en base LPP).

☞ La base LPP est disponible sur le site de l'Assurance Maladie

Dans le cas où le Prix Limite de Vente est dépassé, le logiciel doit déclencher un message d'alerte au Professionnel de Santé : « **Le montant de la prestation facturée est supérieur au prix limite de vente. Il vous appartient d'en informer votre patient** ».

☞ L'alerte déclenchée par le LPS ne doit pas bloquer le PS dans la suite de son processus de facturation mais dans ce cas le dépassement entraîne la valorisation d'un indicateur de forçage

Tables utilisées :

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T1)

Références réglementaires :

- Réforme gouvernementale dite du reste à charge zéro « 100% santé »

☞ **[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

Cas particuliers

[CP1] Facturation dans les DOM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le tarif LPP du code détaillé LPP correspond au tarif LPP lu en base et éventuellement majoré du coefficient DOM propre à l'acte s'il existe ; le Prix Limite de Vente à ne pas dépasser est le Prix Limite de Vente lu en base majoré à l'identique.

Situations spécifiques

[SP03] Situation de C2S

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas d'une facturation de prestations ~~d'optique ou~~ d'audioprothèse (groupe fonctionnel général ~~= « optique » ou « audioprothèse »~~ « audiologie » et groupe fonctionnel détaillé = «Prothèse auditive ») au titre de la C2S, le montant des honoraires ne doit pas dépasser le ~~Prix de Vente~~ montant maximum fixé par la réglementation ~~l'arrêté CMU-C publié au Journal Officiel~~. Dans le cas contraire, le logiciel doit alerter le PS du non-respect des plafonds ~~CMU-C~~ et lui demander d'en informer son patient.

☞ Le ~~Prix de Vente~~ montant maximum des prestations ~~d'optique et~~ d'audioprothèses incluses dans le panier de soins ~~CMU-C~~ de la protection complémentaire en matière de santé (C2S) font l'objet d'un arrêté ~~CMU-C~~ publié au Journal Officiel.

[SP04] Sortant de C2S

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Dans le cas d'une facturation de prestations ~~d'optique ou~~ d'audioprothèse (groupe fonctionnel général ~~= « optique » ou « audioprothèse »~~ « audiologie » et groupe fonctionnel détaillé = «Prothèse auditive ») au titre de Sortant de C2S, le montant des honoraires ne doit pas dépasser le ~~Prix de Vente~~ montant maximum fixé par la réglementation ~~l'arrêté CMU-C publié au Journal Officiel~~. Dans le cas contraire, le logiciel doit alerter le PS du non-respect des plafonds ~~CMU-C~~ et lui demander d'en informer son patient.

[RG_VF_P8]	***Contrôler le respect des tarifs opposables des prestations d'IVG***	PR			AM	LB	PH	FR	TR
		M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de vérifier, pour toute prestation d'une facture d'IVG, que le montant du dépassement (EF_VF05_08) est nul.

Dans le cas contraire, le LPS bloque la suite du processus de facturation.

Cette règle de contrôle concerne donc :

- toute prestation d'IVG, i.e. de groupe fonctionnel général (EF_IP05_03) « IVG »,
- ainsi que toute prestation secondaire (EF_IP05_01 = « secondaire ») rattachée à une prestation d'IVG.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.5 VF04 : Déterminer et contrôler les totaux AMO de la facture

Vue générale

Nom ***VF04 Déterminer et contrôler les totaux AMO de la facture***

Description L'objet de cette opération est de déterminer pour la facture le montant total remboursable par l'assurance maladie obligatoire et le montant total de la participation assuré, et de contrôler le montant total remboursable par l'assurance maladie dans le cas d'une prise en charge SMG.

Entrées	Montant PS des honoraires de la prestation	EF_IP04_06
	Montant total pris en charge au titre des SMG	EF_CF11_06
	Montant remboursable AMO	EF_VF05_07
Sorties	Montant total remboursable AMO	EF_VF02_01
	Montant total de la participation assuré	EF_VF02_02
Situations spécifiques	Aucune	

Règles de gestion

[RG_VF312] Déterminer le montant total remboursable AMO (EF_VF02_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Montant total remboursable par assurance maladie obligatoire : Somme des "montants remboursable par l'assurance maladie obligatoire" pour chaque ligne de prestation de la facture (EF_VF05_07)

☞ Précision : la prise en compte de chaque prestation de la facture inclut les prestations de SD_SMG automatiquement générées par le système.

[RG_VF313] Déterminer le montant total de la participation assuré (EF_VF02_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le montant total de la participation assuré (EF_VF02_02) correspond au montant total à la charge de l'assuré avant la participation de l'assurance maladie complémentaire.

Il correspond à la différence entre la somme du "montant des honoraires"(EF_IP04_06) de chaque prestation et la somme du "montant remboursable AMO" (EF_VF05_07) de chaque prestation.

☞ Précision : la prise en compte de chaque prestation de la facture inclus les prestations de SD_SMG automatiquement générées par le système.

[RG_VF314] Déterminer le nombre total de prestation de la facture (EF_VF01_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Ce total correspond au nombre de prestations de la facture qu'elles aient été saisies par le PS ou générées par le système.

[RG_VF315] Déterminer le montant total de la facture (EF_VF01_03)	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

Le montant total de la facture est la Somme des "montants des honoraires" pour chaque ligne de prestation de la facture (EF_VF05_07), que cette prestation ait été saisie par le PS ou générée par le système.

[RG_VF410] Contrôler la cohérence entre le total des parts AMO et la prise en charge SMG	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

En cas de prise en charge SMG (EF_CF11_06 renseigné), il convient de vérifier que le cumul des montants remboursables AMO (EF_VF02_01) est inférieur ou égal au montant de la prise en charge au titre des SMG saisi par le Professionnel de Santé (EF_CF11_06).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.6 VF05 : Générer les suppléments dérogatoires SMG

Vue générale

Nom ***VF05 Générer les suppléments dérogatoires SMG***

Description L'objet de cette opération est de générer automatiquement, si nécessaire, la ou les 2 prestations de supplément dérogatoire SMG (SD_SMG) :

- une pour les prestations remboursables
- une pour les prestations non remboursables

Cette opération est uniquement utilisée dans le cas d'une prise en charge SMG.

Cette opération est appelée uniquement s'il existe un accord de prise en charge SMG, i.e. si le montant total pris en charge au titre des SMG est non nul.

Cette opération effectue :

- Dans un premier temps, la détermination de la nécessité de cette génération automatique → VF05.01
- Puis, si y a lieu la génération d'une ou deux prestations SD_SMG : une pour les prestations remboursables de la facture et une pour les prestations non remboursables de la facture → VF05.02

  VF05 appelle une ou 2 fois successivement l'opération VF05.02 :

  - d'une part pour générer automatiquement le code de supplément SMG pour les prestations remboursables, si le PS a saisi des actes remboursables,
  - d'autre part pour générer automatiquement le code de supplément SMG pour les prestations non remboursables, si le PS a saisi des prestations non remboursables,

  Pour chaque appel de l'opération VF05.02, VF05 positionne au préalable une donnée de contexte qui permettra de considérer chaque règle de IP, CF et VF utilisées dans le cas particulier correspondant :

  - Contexte de génération de la prestation SD_SMG = « SD_SMG-R » : Cas Particulier de génération automatique de code supplément SMG pour des prestations remboursables
  - Contexte de génération de la prestation SD_SMG = « SD_SMG-NR » : Cas Particulier de génération automatique de code supplément SMG pour des prestations non remboursables

Remarque : La détermination de la présence de prestations remboursables et non remboursables (parmi les prestations saisies au préalable par le PS) est réalisée avant la génération des prestations SD_SMG (avant les 2 appels de VF05.02) car la détermination du PU d'un SD_SMG dépend de ces 2 informations.

Les prestations de suppléments SMG doivent apparaître en fin de facture

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Entrées	Montant total effectif pris en charge au titre des SMG	EF_CF11_07
	Montant remboursable AMO	EF_VF05_07
	Montant PS des honoraires de la prestation	EF_IP04_06
	Table 30 de l'annexe 2bis	EF_A2_T30
Sorties	Prestation	EF_IP04
	Type prestation	EF_IP05
	Contexte Prestation AMO	EF_CF08
	Part AMO prestation	EF_VF05
	Montant du supplément SMG pour la facture	EF_VF02_03
	Top nécessité de suppléments dérogatoires SMG	EF_VF02_04
	Top présence prestations Remboursables AMO dans la facture	EF_VF02_05
	Top présence prestations Non Remboursables AMO dans la facture	EF_VF02_06
Situations spécifiques	Forçage	**SP11**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

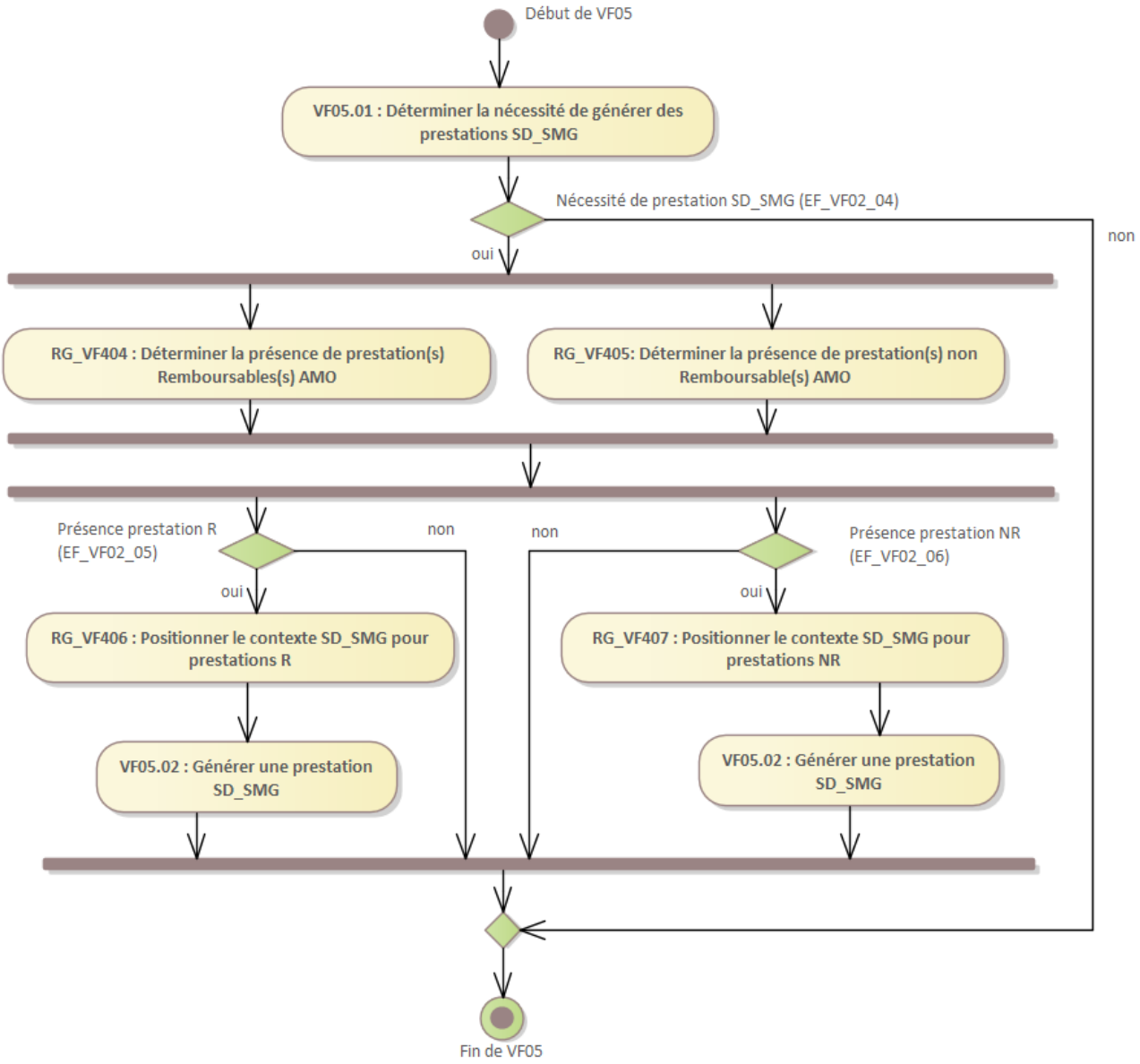


Figure 18 : SC_VF05] Enchaînement des opérations de VF05 « Générer les suppléments dérogatoires SMG »

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

[RG_VF404] Déterminer la présence de prestation(s) Remboursable(s) AMO dans la facture (EF_VF02_05)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation positionne à « VRAI » le top présence prestations Remboursables AMO dans la facture (EF_VF02_05) si au moins une des prestations saisies par le PS est remboursable au titre de l'AMO, i.e. son code qualificatif du remboursement AMO (EF_CF08_05) est positionné à « remboursable AMO ».

[RG_VF405] Déterminer la présence de prestation(s) Non Remboursable(s) AMO dans la facture (EF_VF02_06)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation positionne à « VRAI » le top présence prestations Non Remboursables AMO dans la facture (EF_VF02_05) si au moins une des prestations saisies par le PS est non remboursable, i.e. son code qualificatif du remboursement AMO (EF_CF08_05) est positionné à « Non remboursable AMO ».

[RG_VF406] Positionner le contexte SD_SMG pour prestations-R (EF_VF02_07)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si la facture contient des prestations remboursables AMO (EF_VF02_05 = VRAI), le système de facturation positionne, préalablement à l'appel de l'opération VF05.02, le contexte de génération de la prestation SD_SMG (EF_VF02_07) à « SD_SMG-R » : Génération d'un supplément dérogatoire SMG pour prestations Remboursables AMO.

[RG_VF407] Positionner le contexte SD_SMG pour prestations-NR (EF_VF02_07)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si la facture contient des prestations non remboursables AMO (EF_VF02_06 = VRAI), le système de facturation positionne, préalablement à l'appel de l'opération VF05.02, le contexte de génération de la prestation SD_SMG (EF_VF02_07) à « SD_SMG-NR » : Génération d'un supplément dérogatoire SMG pour prestations Non Remboursables AMO.

3.6.1 VF05.01 : Déterminer la nécessité de générer des prestations SD_SMG

Vue générale

Nom ***VF05.01 Déterminer la nécessité de générer des prestations SD_SMG***

Description L'objet de cette opération est de déterminer s'il est nécessaire de générer une, voire deux, prestations de supplément dérogatoire SMG

Pour cela, il convient de :

- Déterminer le montant du supplément SMG
- Positionner un « top » s'il est nécessaire de générer automatiquement une (voire 2) lignes de prestation de supplément dérogatoire SMG.

Entrées

Montant total effectif pris en charge au titre des SMG	EF_CF11_07
Montant remboursable AMO	EF_VF05_07

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

	Montant PS des honoraires de la prestation	EF_IP04_06
	Table 30 de l'annexe 2bis	EF_A2_T30
Sorties	Montant du supplément SMG pour la facture	EF_VF02_03
	Top nécessité de suppléments dérogatoires SMG	EF_VF02_04
Situations spécifiques	Forçage	**SP11**

Schéma

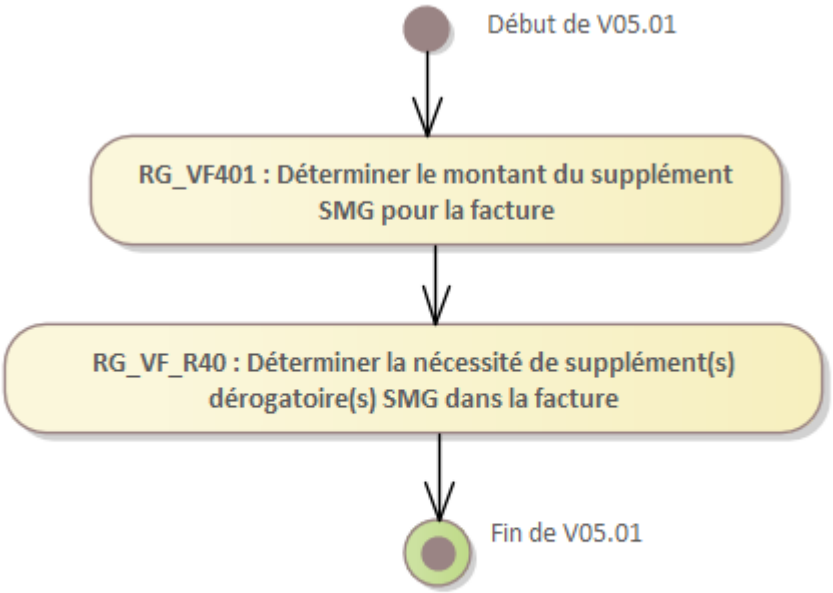


Figure 19 : SC_VF05.01] Enchaînement des opérations de VF05.01 « Déterminer la nécessité de générer des prestations SD_SMG »

Règles de gestion

[RG_VF401] Déterminer le montant du supplément SMG pour la facture (EF_VF02_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le montant du supplément SMG pour la facture correspond au supplément de prise en charge des prestations saisies par le PS au titre des Soins Médicaux Gratuits par rapport à leur prise en charge au titre du risque maladie.

Le supplément SMG est déterminé selon la formule suivante :

Supplément SMG = Prise en charge SMG effective – Σ [MIN(Part AMO, Montant PS des honoraires)] (actes saisis PS)

Avec :

- Supplément SMG : EF_VF02_03
- Prise en charge effective : EF_CF11_07

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- Part AMO : EF_VF05_07
- Montant PS des honoraires : EF_IP04_06

Cas particuliers

[CP1] Prise en charge SMG de SGS uniquement

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas d'une facture SMG contenant uniquement des prestations non identifiées par l'Assurance Maladie, (« top prise en charge SMG de SGS uniquement » (EF_CF11_08) à VRAI), le supplément SMG est non renseigné.

[RG_VF_R40] Déterminer la nécessité de supplément(s) dérogatoire(s) SMG dans la facture (EF_VF02_04)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cadre d'une prise en charge SMG, il est nécessaire de générer automatiquement une ou 2 prestations de supplément dérogatoire SMG :

- soit si le supplément SMG pour la facture (EF_VF02_03) est non nul et positif, i.e. la prise en charge au titre des SMG est supérieure à la prise en charge au titre de la maladie.
- soit si l'un (au moins) des codes prestation saisis par le Professionnel de Santé fait partie de la liste des prestations pour lesquelles un supplément dérogatoire SMG est toujours attendu (table 30 : EF_A2_T30)

Tables utilisées

- Table 30 de l'Annexe2bis (EF_A2_T30)

[SP11] Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

Cas particuliers

[CP1] Prise en charge SMG de SGS uniquement

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas d'une facture SMG contenant uniquement des prestations non identifiées par l'Assurance Maladie, (« top prise en charge SMG de SGS uniquement » (EF_CF11_08) à VRAI), il ne faut pas générer automatiquement de supplément dérogatoire SMG (EF_VF02_04= « non »).

3.6.2 VF05.02 : Générer une prestation SD_SMG

Vue générale

Nom VF05.02 Générer une prestation SD_SMG

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Description L'objet de cette opération est de générer automatiquement, une prestation de supplément dérogatoire SMG.

Cette opération enchaîne des règles des fonctionnalités IP, CF puis VF de sorte à effectuer l'acquisition ou la détermination puis le contrôle de toutes les données nécessaires à une prestation de type SD_SMG.

L'opération VF05.02 est découpée en 3 sous-opérations:

- VF05.02.01 : acquisition des données (règles de IP et de CF)
- VF05.02.02 : contrôle des données (règles de IP et de CF)
- VF05.02.03 : détermination des montants (règles de VF)

Entrées	Contexte de génération de la prestation SD_SMG	EF_VF02_07
Sorties	Prestation	EF_IP04
	Type prestation	EF_IP05
	Contexte Prestation AMO	EF_CF08
	Part AMO prestation	EF_VF05
Situations spécifiques	Aucune	

Schéma

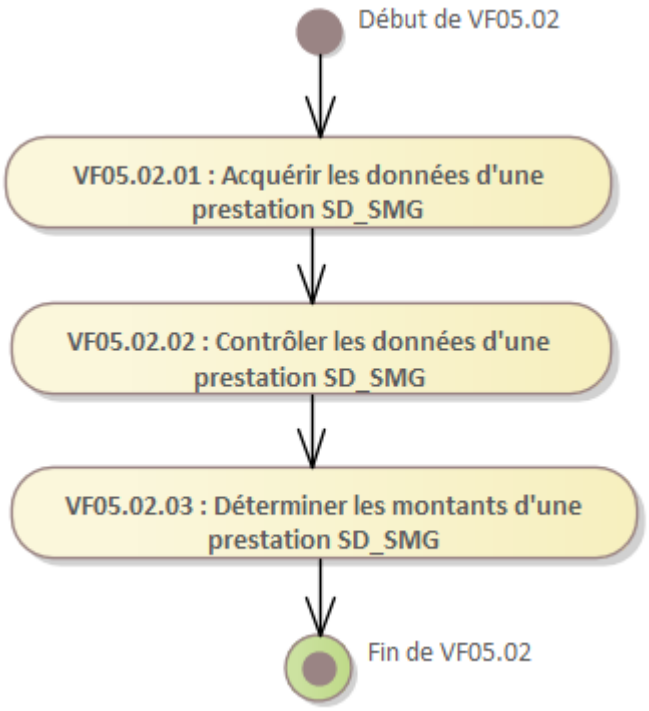


Figure 20 : SC_VF05.02] Enchaînement des opérations de VF05.02 « Déterminer la nécessité de générer des prestations SD_SMG »

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

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

Vue générale

Nom	VF05.02.01 : Acquérir les données d'une prestation de type SD_SMG	
Description	L'objet de cette opération est d'acquérir les données pour une prestation de supplément dérogatoire SMG générée par le système.	
Entrées	Contexte de génération de la prestation SD_SMG	EF_VF02_07
Sorties	Prestation	EF_IP04
	Type prestation	EF_IP05
	Contexte Prestation AMO	EF_CF08
Situations spécifiques	Aucune	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

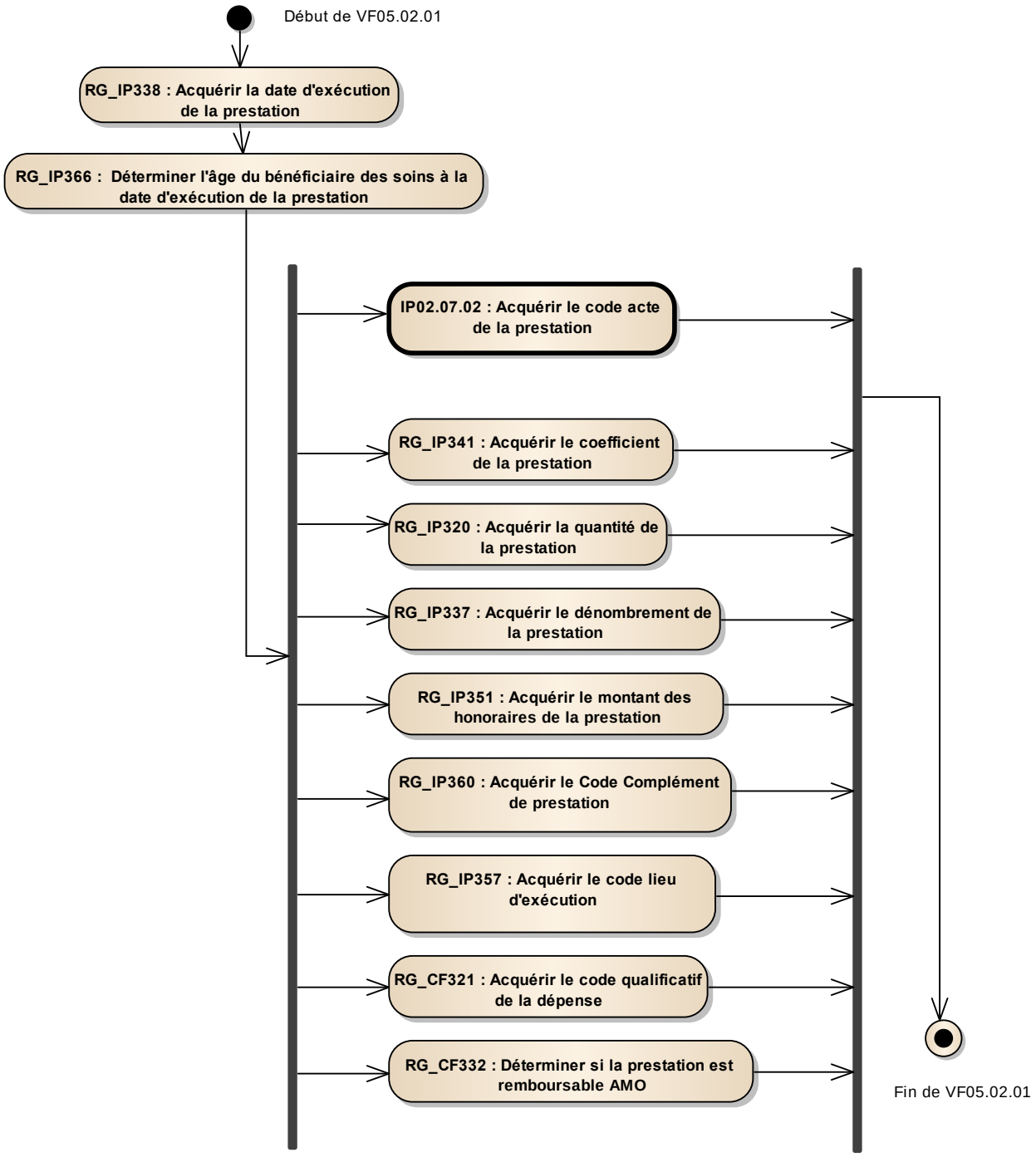


Figure 21 : [SC_VF05.02.01] Enchaînement des opérations de VF05.02.01 « Acquérir les données d'une prestation de type SD_SMG»

3.6.2.2 VF05.02.02 : Acquérir les données d'une prestation de type SD_SMG

Vue générale

Nom VF05.02.02 : Contrôler les données d'une prestation de type SD_SMG

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Description L'objet de cette opération est de contrôler les données d'une prestation de supplément dérogatoire SMG générée par le système.

Entrées	Prestation	EF_IP04
	Type prestation	EF_IP05
	Contexte Prestation AMO	EF_CF08
	Contexte de génération de la prestation SD_SMG	EF_VF02_07
Sorties	Aucune	
Situations spécifiques	Aucune	

Schéma

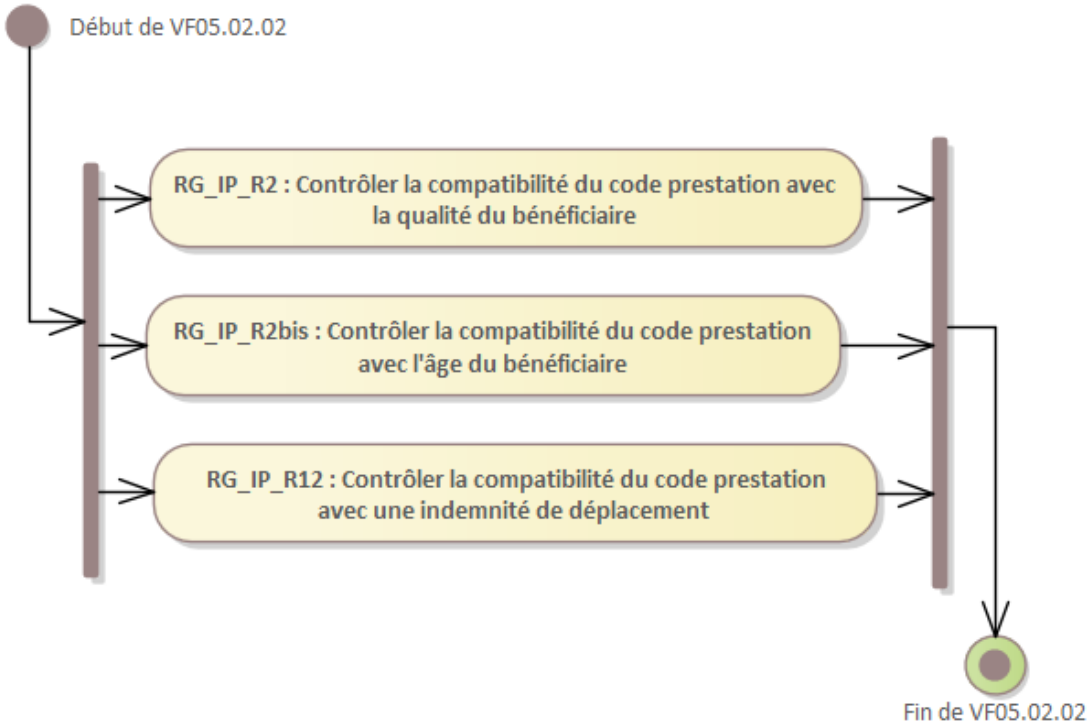


Figure 22 : [SC_VF05.02.02] Enchaînement des opérations de VF05.02.02 « Contrôler les données d'une prestation de type SD_SMG»

3.6.2.3 VF05.02.03 : Déterminer les montants d'une prestation de type SD_SMG

Vue générale

Nom VF05.02.03 : Déterminer les montants d'une prestation de type SD_SMG

Description L'objet de cette opération est de déterminer les montants pour une prestation de supplément dérogatoire SMG générée par le système.

Entrées	Contexte de génération de la prestation SD_SMG	EF_VF02_07
Sorties	Part AMO prestation	EF_VF05

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Situations spécifiques Aucune

Schéma

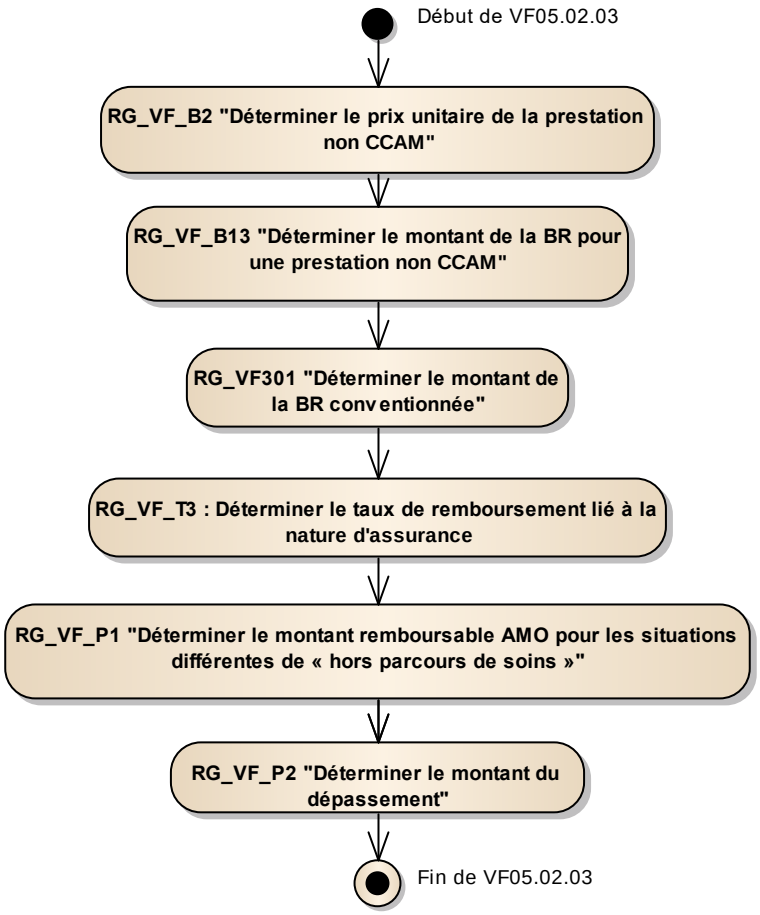


Figure 23 : [SC_VF05.02.03] Enchaînement des opérations de VF05.02.03 « Déterminer les montants d'une prestation de type SD_SMG»

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.7 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 PS pour chaque ligne de prestation au niveau de la fonctionnalité IP est distingué du montant des honoraires transmis au final dans la facture et dénommé montant calculé des honoraires de la prestation.

Dans un premier temps, pour toute prestation support suivie d'un complément AT (ATL saisi par le PS ou ATD généré par le système) et/ou d'un dépassement pour Victime d'Attentat, il convient de diminuer son montant des honoraires saisi par le PS du montant du complément AT et/ou d'un dépassement pour Victime d'Attentat : cela correspond au montant intermédiaire des honoraires de la prestation. Pour toutes les autres prestations le montant intermédiaire des honoraires est identique au montant saisi par le PS.

Dans un second temps, pour toutes les prestations saisies par le PS, il convient de diminuer le montant intermédiaire des honoraires du montant global des suppléments (SMG ou APIAS) générés par le système :

- Cas 1 : 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 autres prestations afin de conserver un montant total de la facture exact.
- Cas 2 : de même dans le cas d'une facture contenant un supplément APIAS, le montant de ce supplément est porté par la prestation DAT et doit donc être soustrait du montant des honoraires des autres prestations afin de conserver un montant total de la facture exact.

Entrées	Montant saisi par le PS des honoraires de la prestation	EF_IP04_06
	Groupe fonctionnel de la prestation	EF_IP05_03
	Origine de la prestation	EF_IP05_06
	Montant total pris en charge au titre des SMG	EF_CF11_06
	Base de remboursement	EF_VF05_02
	Montant remboursable AMO	EF_VF05_07
Sorties	Montant calculé des honoraires de la prestation	EF_VF05_09
Situations spécifiques	Victime d'Attentat	**SP18**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

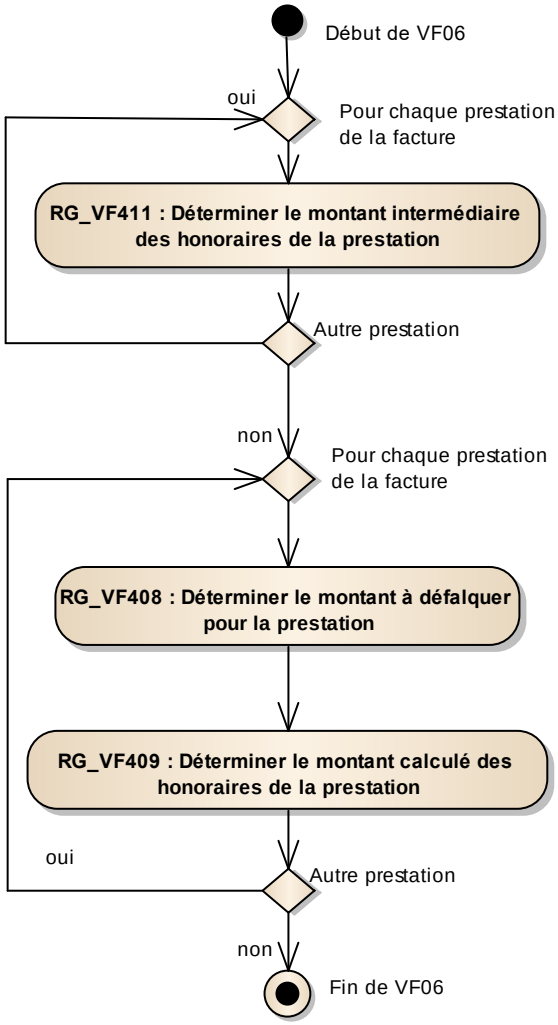


Figure 24 : [SC_VF06] Enchaînement des opérations de VF06 « Recalculer le montant des honoraires de chaque prestation »

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

[RG_VF411] Déterminer le montant intermédiaire des honoraires de la prestation (EF_VF05_14)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Par défaut, le montant intermédiaire des honoraires de la prestation (EF_VF05_14) est égal au montant des honoraires saisi par le PS (EF_IP04_06).

Pour toute prestation suivie d'un complément AT, le montant intermédiaire des honoraires de la prestation (EF_VF05_14) est égal au montant des honoraires saisi par le PS (EF_IP04_06) diminué du montant du complément AT qui le suit (ATD ou ATL).

Situations spécifiques

[SP18] Déterminer le montant intermédiaire des honoraires de la prestation (EF_VF05_14)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Par défaut, le montant intermédiaire des honoraires de la prestation (EF_VF05_14) est égal au montant des honoraires saisi par le PS (EF_IP04_06).

Pour toute prestation suivie d'un complément AT et/ou d'un dépassement pour Victime d'Attentat, le montant intermédiaire des honoraires de la prestation (EF_VF05_14) est égal au montant des honoraires saisi par le PS (EF_IP04_06) diminué du montant du complément AT qui le suit (ATD ou ATL) et du montant du dépassement pour Victime d'Attentat qui le suit.

[RG_VF409] Déterminer le montant calculé des honoraires de la prestation (EF_VF05_09)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Par défaut, le montant calculé des honoraires de la prestation est égal au montant intermédiaire des honoraires de la prestation (EF_VF05_14).

Dans le cas :

- soit d'un accord de prise en charge SMG (EF_CF11_06 renseigné) et s'il a été généré des prestations SD_SMG, (cas 1)
- soit d'une facture en contexte APIAS et s'il a été généré une prestation de supplément APIAS, (cas 2)

le montant calculé des honoraires de la prestation (EF_VF05_09) est calculé par le système de facturation comme suit :

- pour les prestations générées par le système de facturation (EF_IP05_06 = « LPS »), le montant calculé des honoraires de la prestation générés (EF_VF05_09) est égal au montant de la base de remboursement (EF_VF05_02).
  Ce cas particulier concerne les prestations :
  - suppléments dérogatoires SMG (EF_IP05_03 = « SD_SMG »)
  - honoraires de dispensation générés (EF_IP05_03 = « Honoraire » et EF_IP05_06= « LPS »)
  - les compléments AT (EF_IP04_01 = « ATD »)
  - le supplément APIAS (EF_IP04_01 = « DAT »)

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- pour les prestations saisies par le Professionnel de Santé, le montant calculé des honoraires (EF_VF05_09) est calculé à partir du montant intermédiaire des honoraires de la prestation (EF_IPVF05_14) duquel est déduit tout ou partie du montant à défalquer (EF_VF05_10), 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 intermédiaire des honoraires– Montant à défalquer, Montant remboursable AMO)

Avec

- Montant calculé des honoraires = EF_VF05_09
- Montant intermédiaire des honoraires = EF_VF05_14
- Montant à défalquer = EF_VF05_10
- Montant remboursable AMO = EF_VF05_07

[RG_VF408] Déterminer le montant à défalquer pour la prestation (EF_VF05_10)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Par défaut, le montant à défalquer (EF_VF05_10) pour une prestation est nul.

Dans le cas :

- soit d'un accord de prise en charge SMG (EF_CF11_06 renseigné) et s'il a été généré des prestations SD_SMG, (cas 1)
- soit d'une facture en contexte APIAS et s'il a été généré une prestation de supplément APIAS, (cas 2)

il est calculé par le système de facturation comme suit :

- Pour la première prestation le montant à défalquer est égal au Supplément SMG.
  - Soit au Supplément SMG, (cas 1)

$\text{Montant à défalquer}_{(1)}$ = Supplément SMG=EF_VF02_03

  - Soit au montant du supplément APIAS, (cas 2)

$\text{Montant à défalquer}_{(1)}$ = Supplément APIAS=EF_VF02_09

- Pour les prestations suivantes, le montant restant à défalquer est égal au montant qui restait à défalquer sur la ligne précédente diminué de ce qui a pu être soustrait, i.e. l'écart entre le montant des honoraires et le montant calculé des honoraires de la ligne précédente.

$\text{Montant à défalquer}_{(i)}$ = $\text{Montant à défalquer}_{(i-1)}$ – [Montant des honoraires saisi par le $\text{PS}_{(i-1)}$- Montant calculé des honoraires $_{(i-1)}$]

Avec

- Montant calculé des honoraires = EF_VF05_09
- Montant des honoraires saisi par le PS = EF_IP04_06
- Montant à défalquer = EF_VF05_10

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.8 VF07 : Générer les suppléments en nature d'assurance AT

Vue générale

Nom ***VF07 Générer les suppléments en nature d'assurance AT***

Description Cette opération a pour objet, à partir des prestations saisies par le PS, d'ajouter automatiquement des prestations de supplément AT générées par le système de facturation (LPS).

Les suppléments en nature d'assurance AT générés par le système de facturation sont de 2 sortes :

- Le complément AT dentaire pouvant compléter toute prestation de type « prothèse dentaire »
- Le supplément APIAS pouvant compléter une facture dans le contexte APIAS (un seul supplément APIAS par facture)

Le supplément APIAS et les compléments AT dentaires peuvent se cumuler au sein d'une même facture.

Cette opération est principalement utilisée en nature d'assurance AT.

Elle est également utilisée indépendamment de la nature d'assurance dans le cas d'un bénéficiaire « Victime d'Attentat » (SP18) pour générer les compléments AT dentaire auxquels cette situation donne également droit. A noter que dans ce cas, le top contexte APIAS est nécessairement non positionné et l'opération VF07.02 ne sera pas appelée.

Entrées *Prestations saisies par le PS*

Sorties *Prestations ATD générées par le système*

Prestation DAT générée par le système

Situations spécifiques Victime d'Attentat SP18

Schéma

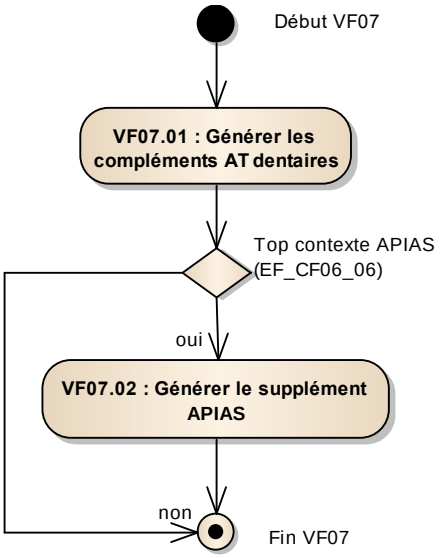


Figure 25 : [SC_VF07] Enchaînement des opérations de VF07 « Générer les suppléments en nature d'assurance AT »

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.8.1 VF07.01 : Générer les compléments AT Dentaires

Vue générale

Nom ***VF07.01 Générer les compléments AT Dentaires***

Description L'objet de cette opération est de générer automatiquement, si nécessaire, à partir des prestations saisies par le PS, les prestations de complément AT pour les prothèses dentaires.

Principe : Une prestation de complément AT dentaire est crée automatiquement par le LPS suite à une prestation support de type prothèse dentaire et si le montant total de la dépense de prothèse dentaire est strictement supérieur au montant remboursable AMO de cette même prothèse dentaire.

Cette opération effectue l'acquisition ou la détermination puis le contrôle de toutes les données nécessaires à une prestation de type SD_SMG.

L'opération VF07.01 est découpée en 3 sous-opérations:

- VF07.01.01 : acquisition des données (règles de IP et de CF)
- VF07.01.02 : contrôle des données (règles de IP et de CF)
- VF07.01.03 : détermination des montants (règles de VF)

Ces 3 sous-opérations enchaînent des opérations et des règles des fonctionnalités IP, CF et VF de sorte à effectuer l'acquisition ou la détermination de toutes les données nécessaires à une prestation de complément AT dentaire générée par le système.

Entrées *Pour chaque prestation saisie par le PS*

Prestation	EF_IP04
Type prestation	EF_IP05
Part AMO prestation	EF_VF05

Sorties *Prestations saisies par le PS*

Top nécessité d'un complément AT dentaire	EF_VF05_13

Prestations ATD générées par le système

Prestation	EF_IP04
Type prestation	EF_IP05
Lieu d'exécution	EF_IP06
Supplément de prestation	EF_IP08
Contexte Prestation AMO	EF_CF08
Part AMO prestation	EF_VF05

Situations spécifiques

Victime d'Attentat	SP18

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

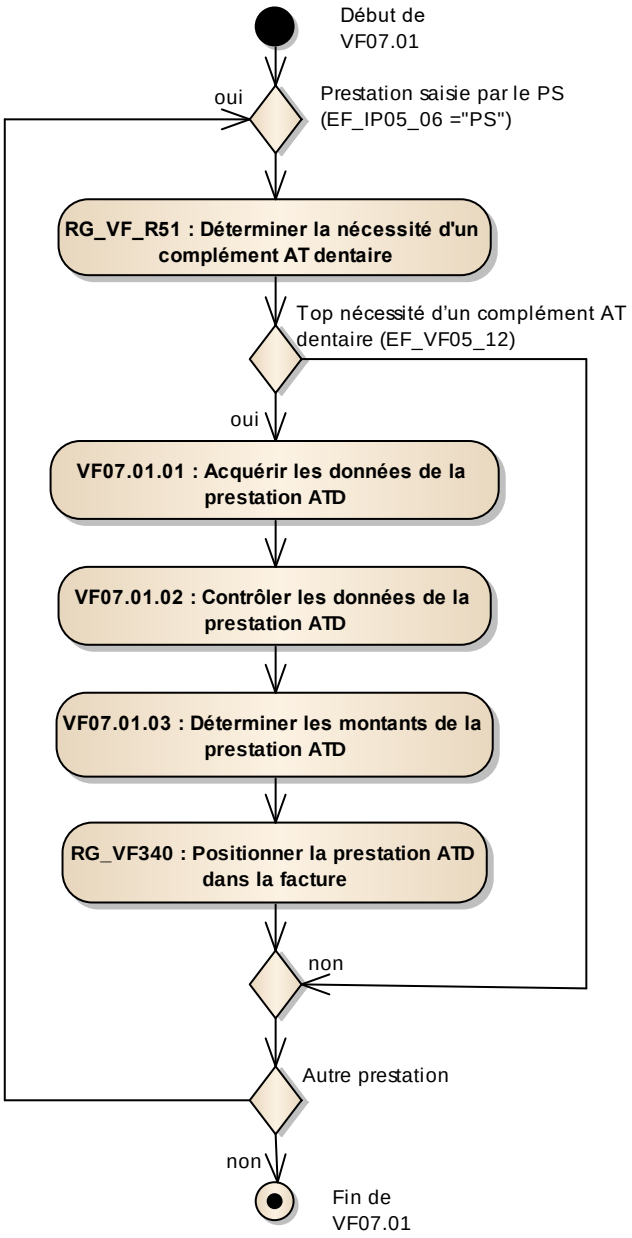


Figure 26 : [SC_VF07.01] Enchaînement des opérations de VF07.01 « Générer les compléments AT dentaires »

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

[RG_VF_R51]	Déterminer la nécessité d'un complément AT dentaire (EF_VF05_13)	PR (M, CD, SF)	AM	LB	PH	FR	TR

En nature d'assurance « accident du travail », ou pour un bénéficiaire en situation de Victime d'Attentat, il est nécessaire de générer une prestation de complément AT dentaire :

- d'une part si l'acte support saisi par le PS relève :
  - d'un type de nomenclature,
  - d'un code de la prestation,
  - et d'une catégorie médicale de l'acte (pour une prestation CCAM),

  ouvrant droit à un complément AT dentaire (cf. table 51).
- et d'autre part si le montant remboursable par l'AMO de cet acte support est **strictement** inférieur à son montant des honoraires.

Tables utilisées

- Table 1 de l'Annexe2bis (EF_A2_T1)
- Table 51 de l'Annexe2bis (EF_A2_T51)

[RG_VF340]	Positionner la prestation de complément AT dentaire dans la facture	PR (M, CD, SF)	AM	LB	PH	FR	TR

Toute prestation de complément AT dentaire générée par le LPS doit **immédiatement** succéder la prestation support à laquelle elle se rapporte.

☞ Dans le cas où la prestation support ayant déclenché l'ATD est déjà suivie d'un acte secondaire saisi par le Professionnel de Santé (exemple : Indemnité de déplacement), la prestation de complément AT doit être insérée immédiatement après la prestation support, avant l'acte secondaire saisi par le PS devant apparaitre après la prestation de complément AT.

3.8.1.1 VF07.01.01 : Acquérir les données de la prestation ATD

Vue générale

Nom ***VF07.01.01 Acquérir les données de la prestation ATD***

Description L'objet de cette opération est d'acquérir les données pour une prestation de complément AT dentaire générée par le système.

Entrées *Données de la prestation support associée*

Date d'exécution de la prestation	EF_IP04_02
Lieu d'exécution	EF_IP06
PS Exécutant salarié	EF_IP07
Supplément de prestation	EF_IP08
Code qualificatif de la dépense	EF_CF08_01

Sorties *Données de la prestation générée*

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Prestation	EF_IP04
Type prestation	EF_IP05
Lieu d'exécution	EF_IP06
Supplément de prestation	EF_IP08
Contexte Prestation AMO	EF_CF08

Situations spécifiques Aucune

Schéma

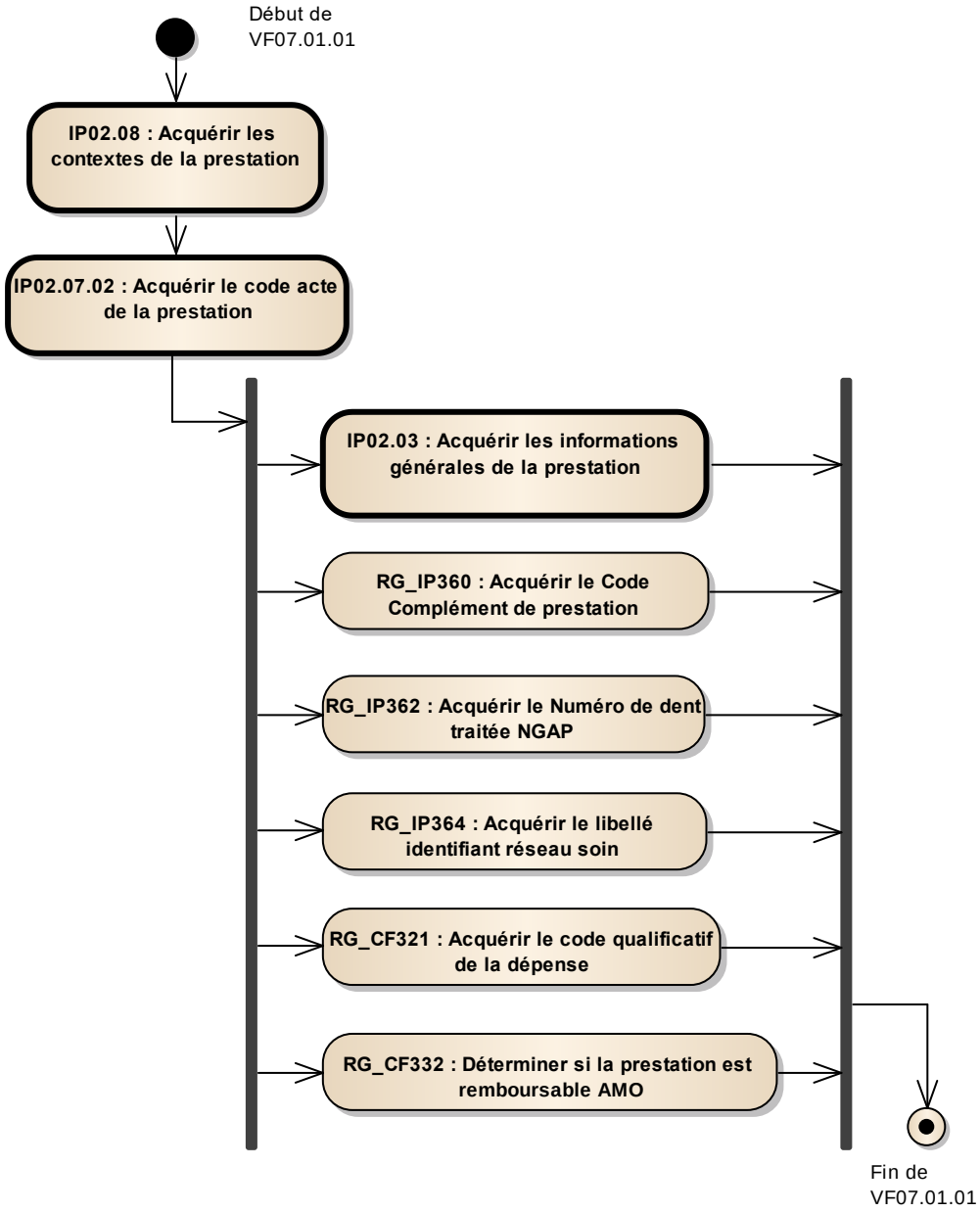


Figure 27 : [SC_VF07.01.01] Enchaînement des opérations de VF07.01.01 « Acquérir les données de la prestation ATD »

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.8.1.2 VF07.01.02 : Contrôler les données de la prestation ATD

Vue générale

Nom ***VF07.01.02 Contrôler les données de la prestation ATD***

Description L'objet de cette opération est de contrôler les données pour une prestation de complément AT dentaire générée par le système.

Entrées *Données de la prestation générée*

Prestation	EF_IP04
Contexte Prestation AMO	EF_CF08

Sorties Aucune

Situations spécifiques Aucune

Schéma

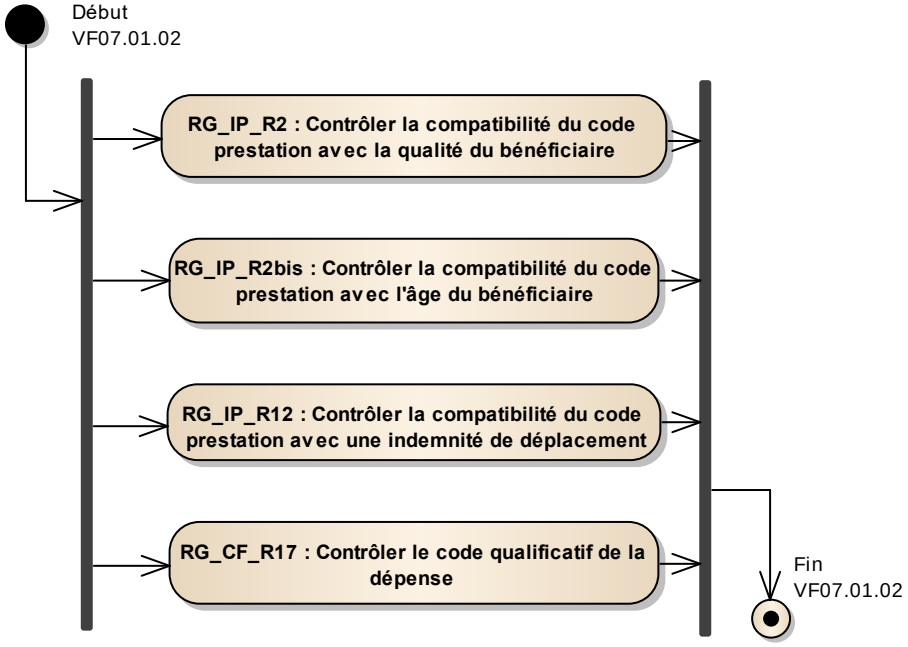


Figure 28 : [SC_VF07.01.02] Enchaînement des opérations de VF07.01.02 « Contrôler les données de la prestation ATD»

3.8.1.3 VF07.01.03 : Déterminer les montants la prestation ATD

Vue générale

Nom ***VF07.01.03 Déterminer les montants la prestation ATD***

Description L'objet de cette opération est de déterminer les montants pour une prestation de complément AT dentaire générée par le système.

Entrées *Données de la prestation support associée*

Part AMO prestation	EF_VF05

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

	Données de la prestation générée Type prestation	EF_IP05
Sorties	*Données de la prestation générée* Part AMO prestation	EF_VF05
Situations spécifiques	Victime d'Attentat	SP18

Schéma

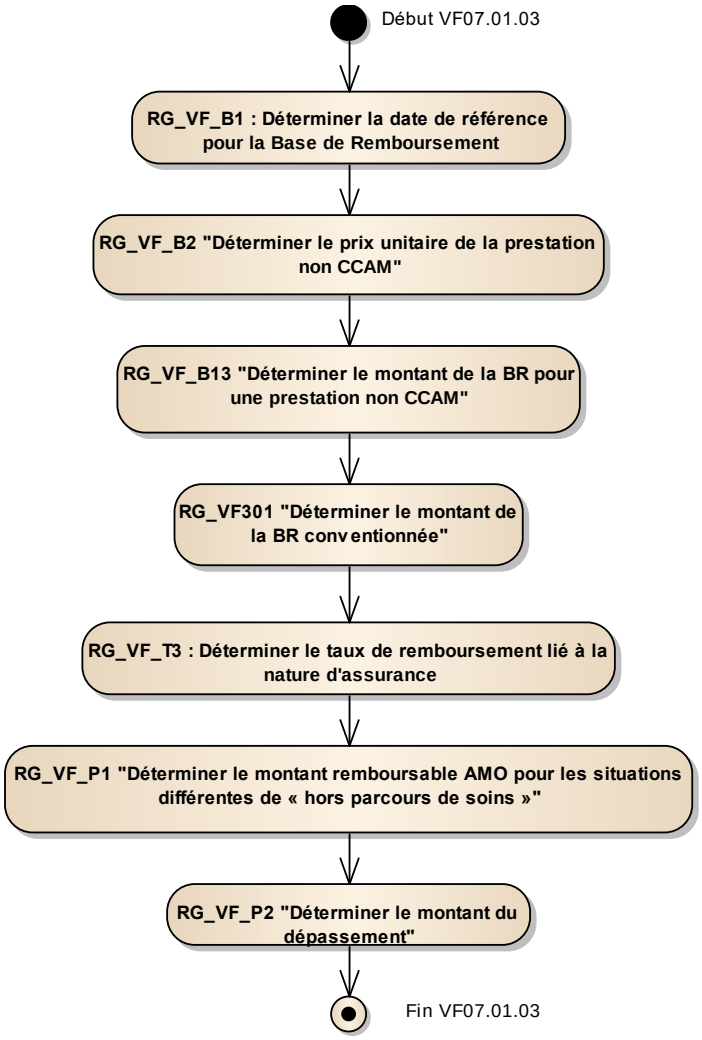


Figure 29 : [SC_VF07.01.03] Enchaînement des opérations de VF07.01.03 « Déterminer les montants de la prestation ATD»

[SP18] Ce schéma a un comportement spécifique pour un bénéficiaire Victime d'Attentat.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

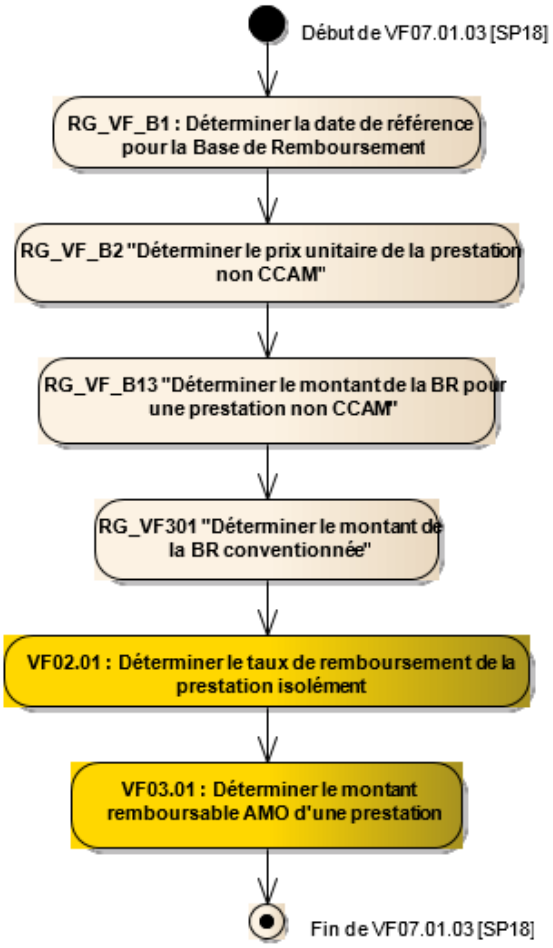


Figure 30 : [SC_VF07.01.03][SP18]Enchaînement des opérations de VF07.01.03 [SP18] « Déterminer les montants de la prestation ATD en situation Victime d'Attentat »

☞ Ecart de ce schéma par rapport au comportement nominal :

- appel de VF02.01 au lieu de RG_VF_T3 directement
- appel de VF03.01 au lieu de RG_VF_P1 directement

3.8.2 VF07.02 : Générer le supplément APIAS

Vue générale

Nom VF07.02 Générer le supplément APIAS

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Description L'objet de cette opération est de générer automatiquement, si nécessaire, le supplément AT dans le contexte APIAS.

Principe : La prestation de supplément APIAS est créée automatiquement par le LPS si le montant total effectif de la prise en charge au titre des APIAS est strictement supérieur au cumul des bases de remboursement AMO des prestations de la facture.

Le montant du supplément APIAS correspond à cette différence.

Cette opération effectue l'acquisition ou la détermination puis le contrôle de toutes les données nécessaires à la prestation correspondant au supplément APIAS.

L'opération VF07.02 est découpée en 3 sous-opérations:

- VF07.02.01 : acquisition des données (règles de IP et de CF)
- VF07.02.02 : contrôle des données (règles de IP et de CF)
- VF07.02.03 : détermination des montants (règles de VF)

Ces 3 sous-opérations enchaînent des opérations et des règles des fonctionnalités IP, CF et VF de sorte à effectuer l'acquisition ou la détermination de toutes les données nécessaires à la prestation de supplément APIAS générée par le système.

Entrées	Date de la facture	EF_IP01_01
	Données de la première prestation de la facture	
	Lieu d'exécution	EF_IP06_01
	Prestations de la facture hors DAT	
	Base de remboursement de la prestation	EF_VF05_07
Sorties	Montant effectif de la prise en charge APIAS	EF_VF02_08
	Montant du supplément APIAS	EF_VF02_09
	Prestation DAT générée par le système	
	Prestation	EF_IP04
	Type prestation	EF_IP05
	Lieu d'exécution	EF_IP06
	Supplément de prestation	EF_IP08
	Contexte Prestation AMO	EF_CF08
	Part AMO prestation	EF_VF05
Situations spécifiques	Aucune	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

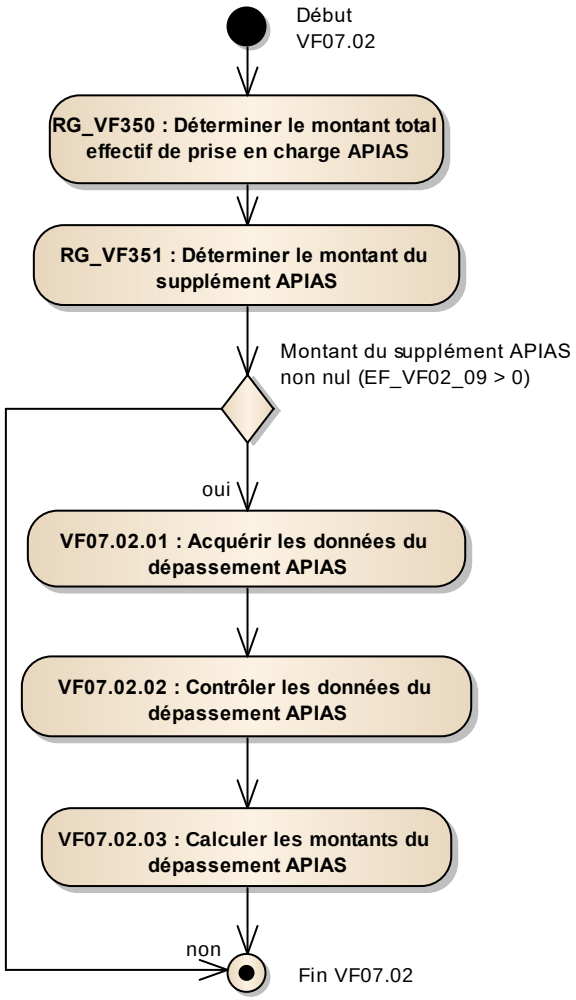


Figure 31 : [SC_VF07.02] Enchaînement des opérations de VF07.02 « Générer le supplément APIAS »

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

[RG_VF350] Déterminer le montant total effectif pris en charge au titre des APIAS (EF_VF02_08)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La prise en charge de la facture au titre des APIAS peut être inférieure au montant total de prise en charge renseigné par le PS (EF_CF06_07). 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 APIAS (EF_VF02_08) est égal au **MINIMUM** entre le Montant total pris en Charge au titre des APIAS (EF_CF06_07) et le Montant total de la facture déterminé en cumulant :

- le montant total des prestations saisies par le PS (EF_IP01_03)
- la base de remboursement (EF_VF05_02) de chaque prestation générée par le système au préalable.
  Il s'agit des prestations d'honoraires de dispensation générées (cf. opération CF06) et des prestations de complément AT dentaire (cf. opération VF07.01).

$$EF_VF02_08 = EF_IP01_03 + \sum_{\text{origine LPS}} EF_VF05_02$$

☞ Hors contexte APIAS (EF_CF06_06=« FAUX »), ce montant est non renseigné.

[RG_VF351] Déterminer le montant du supplément APIAS (EF_VF02_09)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le montant du supplément APIAS correspond à l'écart entre le montant total effectif de la prise en charge au titre des APIAS et le cumul des bases de remboursement AMO (EF_VF05_02) de toutes les prestations de la facture, limitées à la dépense réelle pour les prestations saisies par le PS.(1)

$$EF_VF02_09 = EF_VF02_08 - \left[\sum_{\text{origine PS}} MIN(EF_VF05_02, EF_IP04_06) + \sum_{\text{origine LPS}} EF_VF05_02 \right]$$

Avec :

EF_VF02_09 = Montant du supplément APIAS

EF_VF02_08 = Montant total effectif pris en charge au titre des APIAS

EF_VF05_02 = Base de remboursement

EF_IP04_06 = Montant PS des honoraires (i.e. dépense réelle)

Il est nécessaire de générer la prestation de supplément AT (DAT) si ce montant est positif. (cf. schéma VF07.02)

☞ (1) Pour les prestations générées par le système (code origine EF_IP05_06 = « LPS »), le montant PS des honoraires est non renseigné et le montant calculé des honoraires n'est pas encore déterminé (il est effectué a posteriori dans VF06). Cependant la dépense réelle est égale à la base de remboursement (pas de dépassement pour ces prestations). Il n'y a donc pas lieu de plafonner la base de remboursement.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.8.2.1 VF07.02.01 : Acquérir les données du supplément APIAS

Vue générale

Nom	***VF07.02.01 Acquérir les données du supplément APIAS***	
Description	L'objet de cette opération est d'acquérir les données pour la prestation de supplément APIAS générée par le système.	
Entrées	Date de la facture	EF_IP01_01
	Données de la première prestation de la facture	
	Lieu d'exécution	EF_IP06_01
Sorties	*Données de la prestation générée*	
	Prestation	EF_IP04
	Type prestation	EF_IP05
	Lieu d'exécution	EF_IP06
	Supplément de prestation	EF_IP08
	Contexte Prestation AMO	EF_CF08
Situations spécifiques	Aucune	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

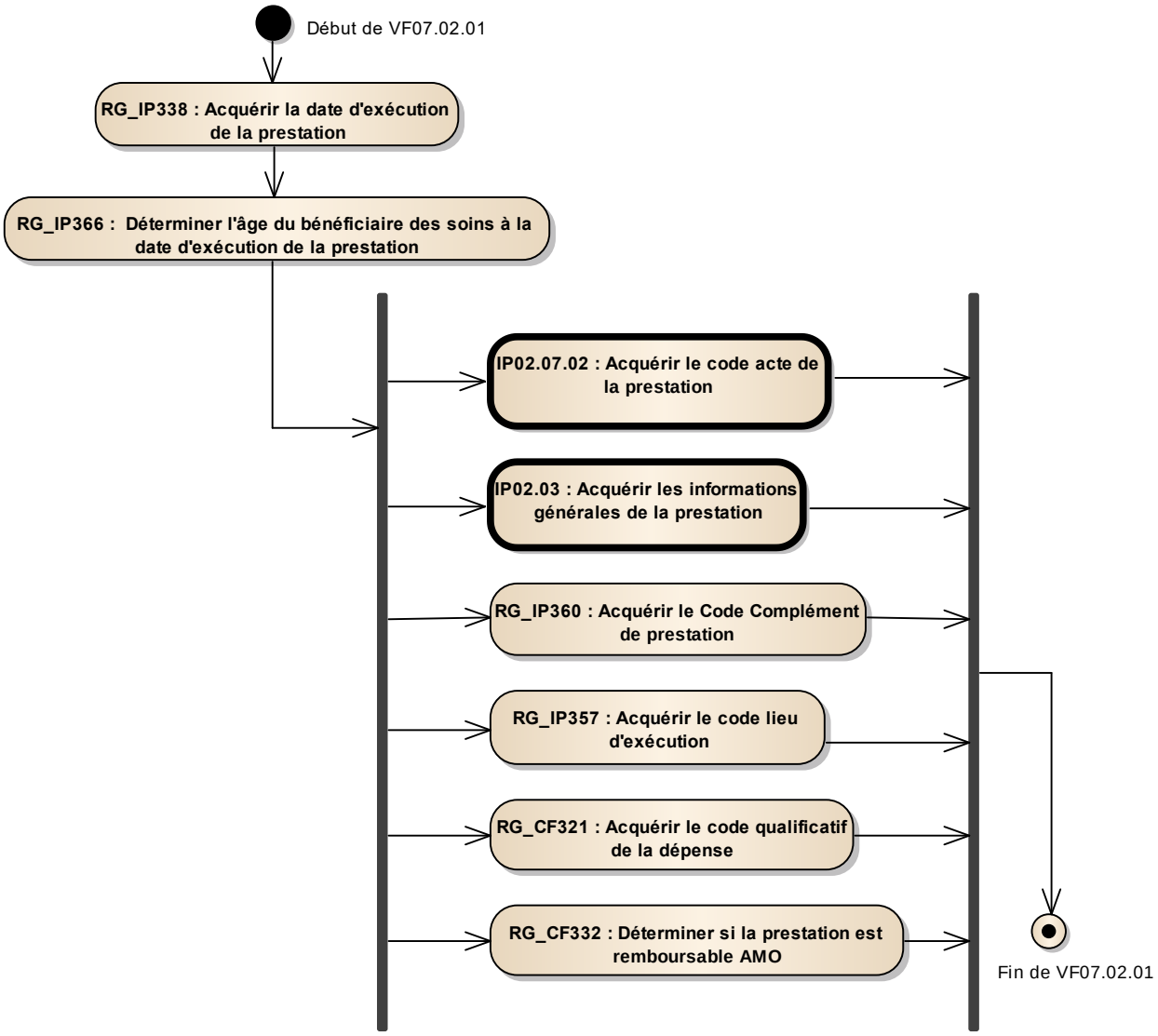


Figure 32 : SC_VF07.02.01] Enchaînement des opérations de VF07.02.01 « Acquérir les données du supplément APIAS»

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.8.2.2 VF07.02.02 : Contrôler les données du supplément APIAS

Vue générale

Nom ***VF07.02.02 Contrôler les données du supplément APIAS***

Description L'objet de cette opération est de contrôler les données pour la prestation de supplément APIAS générée par le système.

Entrées *Données de la prestation générée*

Prestation	EF_IP04
Contexte Prestation AMO	EF_CF08

Sorties Aucune

Situations spécifiques Aucune

Schéma

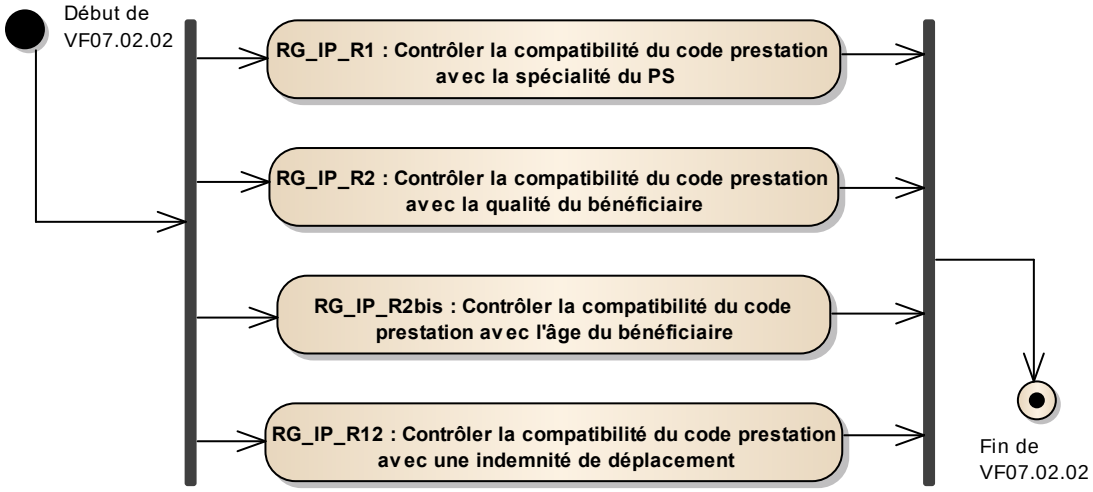


Figure 33 : [SC_VF07.02.02] Enchaînement des opérations de VF07.02.02 « Contrôler les données du supplément APIAS»

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.8.2.3 VF07.02.03 : Déterminer les montants du supplément APIAS

Vue générale

Nom ***VF07.02.03 Déterminer les montants du supplément APIAS***

Description L'objet de cette opération est de déterminer les montants pour la prestation de supplément APIAS générée par le système.

Entrées Montant effectif de la prise en charge APIAS — EF_CF06_08

Données de chaque prestation de la facture hors DAT

Part AMO prestation — EF_VF05

Sorties *Données de la prestation générée*

Part AMO prestation — EF_VF05

Situations spécifiques Aucune

Schéma

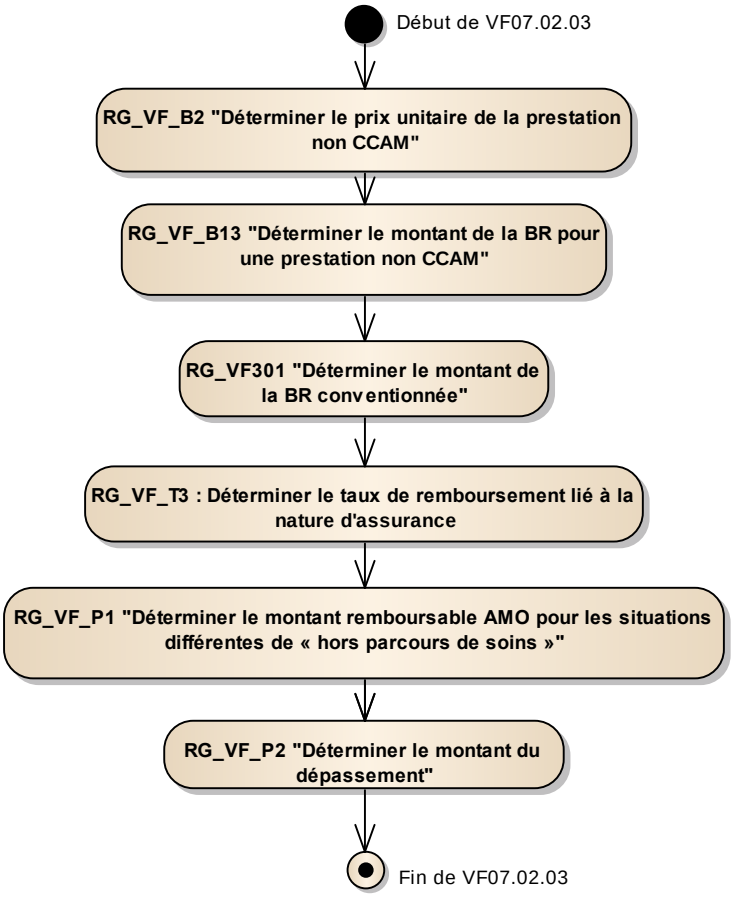


Figure 34 : [SC_VF07.02.03] Enchaînement des opérations de VF07.02.03 « Déterminer les montants du supplément APIAS»

3.9 VF08 : Générer les dépassements pour Victime d'Attentat

Vue générale

Nom ***VF08 Générer les dépassements pour Victime d'Attentat***

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Description	Cette opération a pour objet, à partir des prestations saisies par le PS, d'ajouter automatiquement les prestations de dépassement pour Victime d'Attentat générées par le système de facturation (LPS). Cette opération est utilisée uniquement dans la situation spécifique Victime d'Attentat (SP18). Les dépassements pour Victime d'Attentat générés par le système de facturation sont de 3 sortes : • DHT, dans le cas général • DDT pour les prestations de type soins dentaire • DLT pour les prestations de nomenclature LPP Cette opération est utilisée uniquement en cas de situation "Victime d'Attentat"
Entrées	*Prestations saisies par le PS* *Prestations ATD générées par le système* *Prestations HD générées par le système*
Sorties	*Prestations de dépassement générées par le système*

Situations spécifiques	Victime d'Attentat	SP18

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

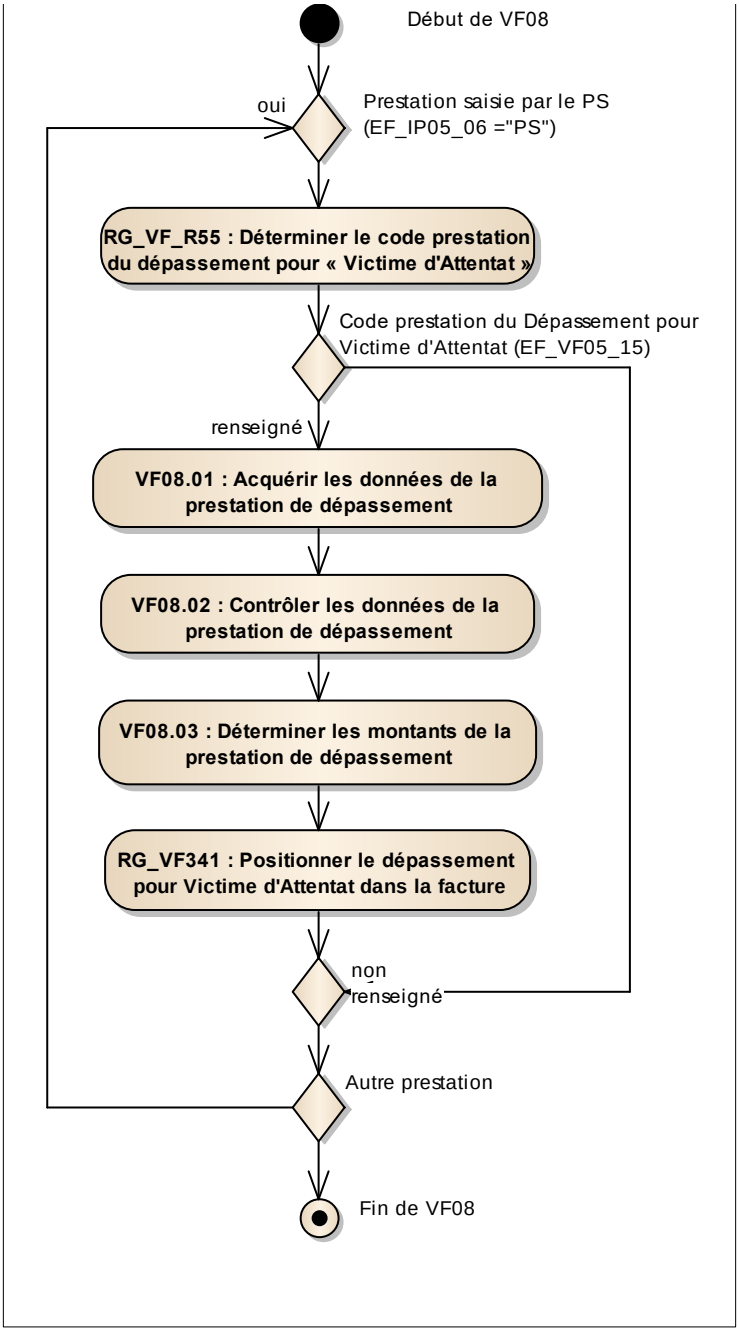


Figure 35 : [SC_VF08] Enchaînement des opérations de VF08 « Générer les dépassements pour Victime d'Attentat »

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

[RG_VF_R55] Déterminer le code prestation du dépassement pour « Victime d'Attentat » (EF_VF05_15)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas d'un bénéficiaire en situation de Victime d'Attentat, il est nécessaire de générer une prestation de dépassement dans le cas où le cumul des montants remboursables par l'AMO de l'acte support et du complément AT éventuel est **strictement** inférieur au montant des honoraires de cet acte support.

Dans le cas contraire, le code prestation du dépassement à générer est non renseigné.

Le code de prestation de ce dépassement dépend du type de nomenclature (EF_IP05_02) et du groupe fonctionnel (EF_IP05_03 ; EF_IP05_04) de l'acte support.

Tables utilisées

- Table 1 de l'Annexe2bis (EF_A2_T1)
- Table 55 de l'Annexe2bis (EF_A2_T55)

[RG_VF341] Positionner la prestation de dépassement pour« Victime d'Attentat » dans la facture

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Hors cas particulier ci-après (cf. CP1), toute prestation de dépassement générée par le LPS doit **immédiatement** succéder la prestation support à laquelle elle se rapporte.

Dans le cas où la prestation support ayant déclenché le dépassement est déjà suivie d'un acte secondaire saisi par le Professionnel de Santé (exemple : Indemnité de déplacement), la prestation de dépassement doit être insérée immédiatement après la prestation support et avant l'acte secondaire saisi par le PS. (l'acte secondaire saisi apparait donc après la prestation de dépassement).

Cas particuliers

[CP1] Prestation support suivie d'un complément AT

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où la prestation support est suivie d'un complément AT (ATD ou ATL), la prestation de dépassement générée par le système suit **immédiatement** le complément AT.

3.9.1 VF08.01 : Acquérir les données de la prestation de dépassement pour Victime d'attentat

Vue générale

Nom ***VF08.01 Acquérir les données de la prestation de dépassement pour Victime d'attentat***

Description L'objet de cette opération est d'acquérir les données pour une prestation de dépassement « Victime d'Attentat » par le système.

Entrées *Données de la prestation support associée*

Date d'exécution de la prestation	EF_IP04_02

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

	Lieu d'exécution	EF_IP06
	PS Exécutant salarié	EF_IP07
	Supplément de prestation	EF_IP08
	Code qualificatif de la dépense	EF_CF08_01
Sorties	*Données de la prestation générée*	
	Prestation	EF_IP04
	Type prestation	EF_IP05
	Lieu d'exécution	EF_IP06
	Supplément de prestation	EF_IP08
	Contexte Prestation AMO	EF_CF08
Situations spécifiques	Victime d'Attentat	**SP18**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

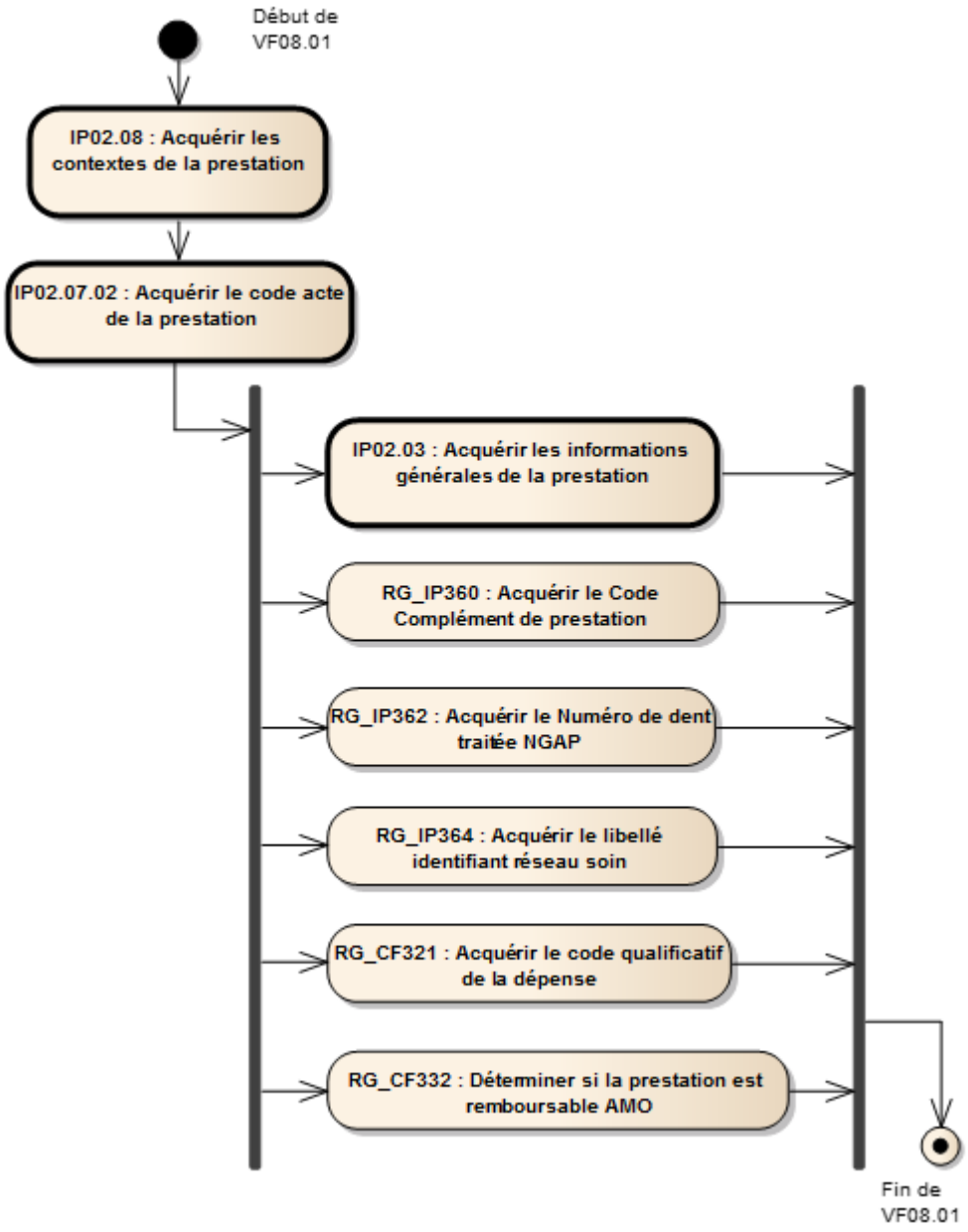


Figure 36 : [SC_VF08.01] Enchaînement des opérations de VF08.01 « VF08.01 : Acquérir les données de la prestation de dépassement pour Victime d'attentat»

3.9.2 VF08.02 : Contrôler les données de la prestation de dépassement pour Victime d'attentat

Vue générale

Nom ***VF08.02 Contrôler les données de la prestation de dépassement pour Victime d'attentat***

Description L'objet de cette opération est de contrôler les données pour une prestation de dépassement « Victime d'Attentat » générée par le système.

Entrées *Données de la prestation générée*

Prestation	EF_IP04

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Contexte Prestation AMO | EF_CF08

Sorties Aucune

Situations spécifiques Victime d'Attentat | **SP18**

Schéma

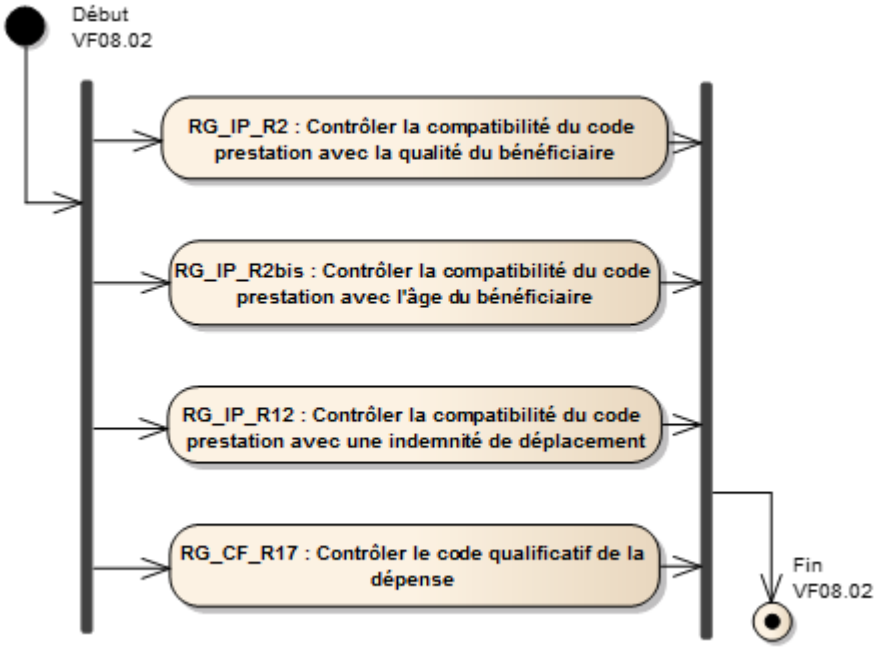


Figure 37 : [SC_VF08.02] Enchaînement des opérations de VF08.02 « Contrôler les données de la prestation de dépassement pour Victime d'Attentat »

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.9.3 VF08.03 : Déterminer les montants de la prestation de dépassement pour Victime d'attentat

Vue générale

Nom	***VF08.03 Déterminer les montants de la prestation de dépassement pour Victime d'attentat***	
Description	L'objet de cette opération est de déterminer les montants pour une prestation de dépassement « Victime d'Attentat » générée par le système.	
Entrées	*Données de la prestation support associée*	
	Part AMO prestation	EF_VF05
	Données de la prestation générée	
	Type prestation	EF_IP05
Sorties	*Données de la prestation générée*	
	Part AMO prestation	EF_VF05
Situations spécifiques	Victime d'Attentat	**SP18**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

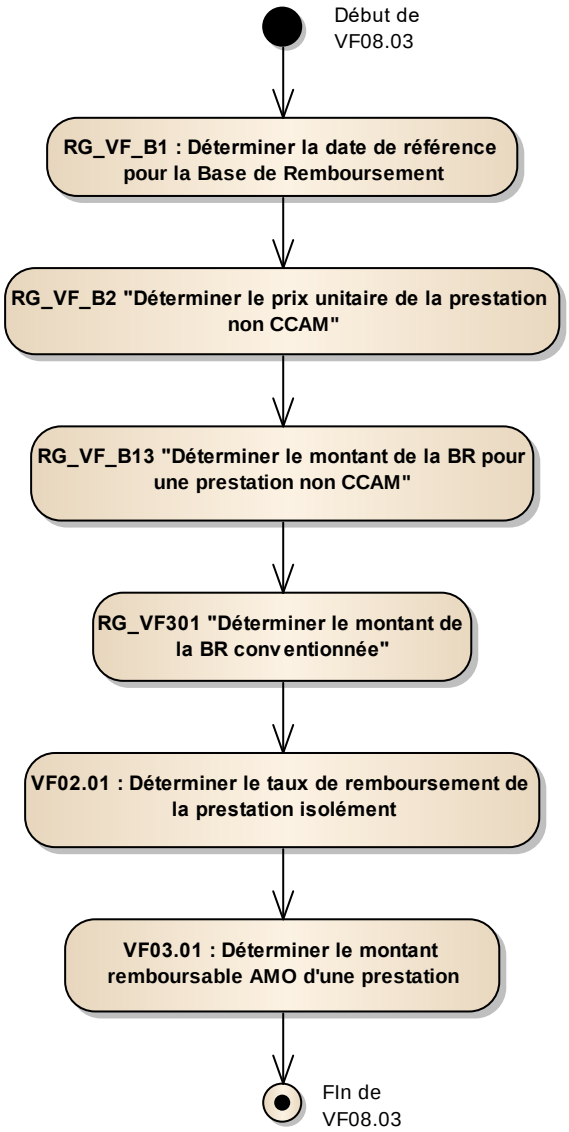


Figure 38 : [SC_VF08.03] Enchaînement des opérations de VF08.03 « Déterminer les montants de la prestation de dépassement pour Victime d'Attentat »

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

4 VF-Complémentaire : valoriser la facture pour la part complémentaire

4.1 Enchaînement des opérations de VF-Complémentaire « Valoriser la facture pour la part complémentaire »

Vue générale

Nom ***VF-Complémentaire « Valoriser la facture pour la part complémentaire »***

Description La valorisation de la part complémentaire, effectuée dans le cas général, ne concerne pas certaines factures (cf. VF10) pour lesquelles les montants de part complémentaire sont non renseignés.

Donc, dans un premier temps, cette opération a pour objet de déterminer la nécessité de déterminer la part complémentaire pour l'ensemble des prestations de la facture.

Dans un second temps, la valorisation de la part complémentaire est réalisée par les services de tarification complémentaire si ceux-ci sont activés.

Les services de tarification complémentaire offrent deux services :

- un service permettant de tarifer la part complémentaire,
- un service permettant d'assister la tarification complémentaire.

Ces services gèrent les règles spécifiques de calcul des organismes complémentaires et permettent le calcul du montant de la part complémentaire pour chaque acte de la facture.

En présence d'une réponse de prise en charge complémentaire, le Professionnel de Santé renseigne les montants de la part complémentaire.

Remarque : Dans le cas d'une réponse de prise en charge l'appel au service de tarification de la part complémentaire (STS) doit être réalisé **après** VF15 : Renseigner les montants de la réponse de la prise en charge.

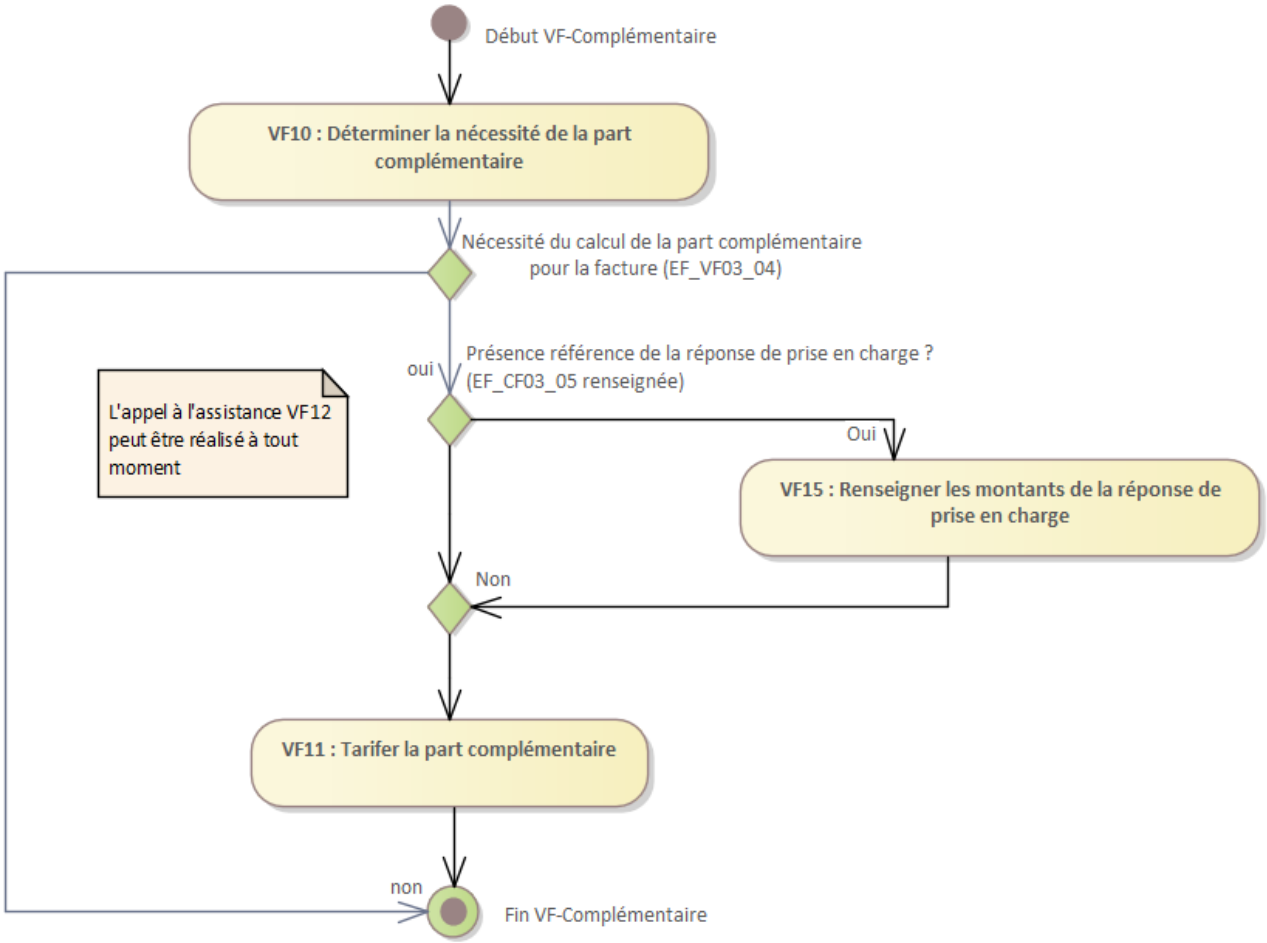
Remarque : Les éventuels calculs métier de la part complémentaire effectués hors service de tarification complémentaire, sont hors du périmètre de facturation SESAM-Vitale et ne sont pas décrits dans les SFG.

Entrées	Domaine d'informations « professionnel de santé	DF_PS
	Domaine d'informations « bénéficiaire de soins	DF_BS
	Domaine d'informations « prestation facture	DF_IP
	Domaine d'informations « contexte de facturation	DF_CF
	Domaine d'informations « valorisation de la facture	DF_VF
	Part complémentaire prestation	EF_VF06
	Formule appliquée (prestation)	EF_VF07
	Paramètre de la formule appliquée (prestation)	EF_VF08
	Formule appliquée (facture)	EF_VF07
	Paramètre de la formule appliquée (facture)	EF_VF08
	Référence de la réponse de prise en charge complémentaire	EF_CF03_05
Sorties	Top nécessité de calcul de la part complémentaire	EF_VF03_04
	Part complémentaire facture	EF_VF03
	Diagnostic du service de tarification complémentaire (facture)	EF_VF09

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

	Diagnostic du service de tarification complémentaire (prestation)	EF_VF09
	Formule appliquée (prestation)	EF_VF07
	Paramètre de la formule appliquée (prestation)	EF_VF08
	Formule appliquée (facture)	EF_VF07
	Paramètre de la formule appliquée (facture)	EF_VF08
	Liste des formules applicables (facture)	EF_VF10
	Paramètres de la formule applicable (facture)	EF_VF11
	Liste des formules applicables (prestation)	EF_VF10
	Paramètres de la formule applicable (prestation)	EF_VF11
	Code nature de la pièce justificative des droits complémentaires	EF_CF03_10
Situations spécifiques	Bénéficiaire de la C2S	SP03
	Bénéficiaire de l'AME	SP06
	Forçage	SP11

Schéma



Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Figure 39 : [SC_VF-Cmp] Enchaînement des opérations de VF-Complémentaire « Valoriser la facture pour la part complémentaire »

Préambule

Principes du contrat responsable

Le Contrat responsable est un contrat complémentaire (décret 2005-1226 du 29 septembre 2005) qui prévoit principalement :

- une interdiction de prise en charge
  - de la majoration de participation de l'assuré, et
  - des dépassements d'honoraires sur les actes techniques et cliniques, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.
- une obligation de prise en charge totale ou partielle de certaines prestations :
  - Consultations du médecin traitant, d'un pourcentage minimum du tarif opposable,
  - Médicaments prescrits par le médecin traitant et de ses médecins correspondants directs, d'un pourcentage minimum du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie
  - d'analyses ou de laboratoires prescrits par le médecin traitant, d'un pourcentage minimum du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie.
- une obligation de prise en charge totale de la participation de l'assuré pour un nb minimum de prestations de prévention.

A noter que le respect de ces dispositions conditionne le bénéfice d'exonération sociales et fiscales mais n'a aucun aspect obligatoire. Cela ne concerne par la totalité des contrats complémentaires.

Si une prescription est faite par le médecin traitant ou son médecin correspondant, son exécution chez certains professionnels exécutants entraîne une prise en charge spécifique par les contrats complémentaires responsables (dits aussi « contrats aidés»).

Calcul de la part complémentaire

D'une manière générale, un contrat d'assurance maladie complémentaire peut tenir compte du parcours de soins pour le calcul des remboursements.

Les contrats d'assurance maladie complémentaire qui relèvent du dispositif « contrats responsables » (dits aussi « contrats aidés») tiennent compte du dispositif du parcours coordonné de soins pour le calcul de la part complémentaire.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

4.2 VF10 : Déterminer la nécessité de la part complémentaire

Vue générale

Nom ***VF10 Déterminer la nécessité de la part complémentaire***

Description Cette opération a pour objet de déterminer s'il convient ou non de calculer la part complémentaire des prestations de la facture.

En effet, la part complémentaire n'est pas déterminée en l'absence d'informations sur l'organisme complémentaire, ni pour les factures en gestion unique et hors tiers payant.

De plus, la part complémentaire ne concerne pas les factures en nature d'assurance SMG, AT, les factures en contexte APIAS, ni les factures en situation spécifique « Victime d'Attentat » (SP18).

Entrées	Organisme complémentaire	EF_BS16
	Nature d'assurance	EF_CF02_02
	Code tiers payant complémentaire	EF_CF03_03
	Top Contexte APIAS	EF_CF06_06
Sorties	Top nécessité de calcul de la part complémentaire	EF_VF03_04
Situations spécifiques	Victime d'attentat	SP18

Règles de gestion

[RG_VF360] Déterminer la nécessité du calcul de la part complémentaire pour la facture (EF_VF03_04)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le top nécessité de calcul de la part complémentaire (EF_VF03_04) est à « VRAI » par défaut.

Cependant, le système de facturation ne détermine pas la part complémentaire dans les cas suivants :

- Absence d'information complémentaire : EF_BS16 non renseigné
- En gestion unique, lorsque le professionnel de santé applique le hors tiers payant sur la part complémentaire
  EF_BS16_01= "GU" et EF_CF03_03 = "HTP"
- Nature d'assurance SMG : EF_CF02_02="SMG"
- Nature d'assurance AT : EF_CF02_02="AT"
- Contexte APIAS : EF_CF06_06 = "VRAI"

Le top nécessité de calcul de la part complémentaire (EF_VF03_04) est alors positionné à « FAUX ».

Situation spécifique

[SP18] Bénéficiaire victime d'attentat

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une facture dont le bénéficiaire est Victime d'attentat, le système de facturation ne détermine pas la part complémentaire.

Le top nécessité de calcul de la part complémentaire (EF_VF03_04) est positionné à « FAUX ».

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

4.3 VF11 : Tarifer la part complémentaire

Vue générale

Nom ***VF11 Tarifer la part complémentaire***

Description Pour la tarification de la part complémentaire le Professionnel de Santé peut renseigner des montants et utiliser les modules de tarification STS.

Le système de facturation doit effectuer un appel systématique au service de tarification complémentaire (en Tiers-Payant ou hors Tiers-Payant) pour calculer le montant de la part complémentaire au niveau acte et au niveau facture. Le système de facturation peut appeler le service de valorisation de la facture dès lors que l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire a été identifié, que le service (Tiers Payant ou Hors Tiers Payant) est sélectionné par le Professionnel de Santé par le choix d'une convention et que la tarification de la part obligatoire est terminée.

Le système de facturation peut valoriser les montants de la part complémentaire si la facture est valorisée pour la part obligatoire (VF-AMO).

Il valorise la part complémentaire en utilisant les services de tarification complémentaire fournis par les organismes complémentaires.

L'enchaînement des opérations de valorisation est alors le suivant :

- acquérir les données liées au calcul de la part complémentaire,
- acquérir la formule applicable pour chaque prestation si lors d'un appel précédent les STS ont fourni une liste de formule ou si la facture est réalisée dans le cadre de la C2S,
- appeler le service de tarification complémentaire,
- tarifer avec un service de tarification complémentaire,
- traiter la réponse du service de tarification complémentaire,

A l'issue de VF11, deux situations peuvent se présenter :

- La valorisation des montants complémentaires a été effectuée (diagnostic inférieur à 3), dans ce cas la tarification de la part complémentaire est terminée,
- La valorisation des montants complémentaires n'a pas été effectuée.
  Une facture n'est pas valide tant que le service de tarification complémentaire retourne un diagnostic bloquant en tarification (niveau de diagnostic supérieur ou égal à 3). Dans ce cas de figure, le Professionnel de Santé doit intervenir sur la facture avant sa mise en forme (corriger, passer en hors tiers payant par choix d'une autre convention, modifier les montants, abandonner la transmission de la part complémentaire…). Un diagnostic de niveau supérieur ou égal à 3 nécessite un nouvel appel au service de tarification complémentaire si le Professionnel de Santé maintient la transmission des informations relatives à la complémentaire.

Dans le cas où le Professionnel de Santé choisit une autre formule et a renseigné ses paramètres, l'opération VF-complémentaire « valoriser la facture pour la part complémentaire » peut être rappelée par le système de facturation.

La valorisation de la part complémentaire nécessite les informations :

- du professionnel de santé,
- du bénéficiaire de soins,
- de la prestation et du contexte de facturation,
- de la valorisation de la part AMO,

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- et si la facture a précédemment fait l'objet d'une valorisation de la part complémentaire (tarification complémentaire non terminée), certaines informations issues du résultat de la valorisation précédente (formules appliquées, montant de la part complémentaire déjà calculée…),
- Et éventuellement la ou les formule(s) et leurs paramètres préalablement acquis.

Dans le cadre de l'AME, le progiciel ne doit pas faire appel aux modules de tarification STS pour la tarification complémentaire.

Entrées	Domaine d'informations « professionnel de santé »	DF_PS
	Domaine d'informations « bénéficiaire de soins »	DF_BS
	Domaine d'informations « prestation facture »	DF_IP
	Domaine d'informations « contexte de facturation »	DF_CF
	Domaine d'informations « valorisation de la facture »	DF_VF
	Part complémentaire prestation	EF_VF06
	Formule appliquée (prestation)	EF_VF07
	Paramètre de la formule appliquée (prestation)	EF_VF08
	Formule appliquée (facture)	EF_VF07
	Paramètre de la formule appliquée (facture)	EF_VF08
Sorties	Part complémentaire facture	EF_VF03
	Part complémentaire prestation	EF_VF06
	Diagnostic du service de tarification complémentaire (facture)	EF_VF09
	Diagnostic du service de tarification complémentaire (prestation)	EF_VF09
	Formule appliquée (prestation)	EF_VF07
	Paramètre de la formule appliquée (prestation)	EF_VF08
	Formule appliquée (facture)	EF_VF07
	Paramètre de la formule appliquée (facture)	EF_VF08
	Code nature de la pièce justificative des droits complémentaires	EF_CF03_10
Situations spécifiques	Bénéficiaire de la C2S	SP03
	Bénéficiaire de l'AME	SP06

Schéma

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

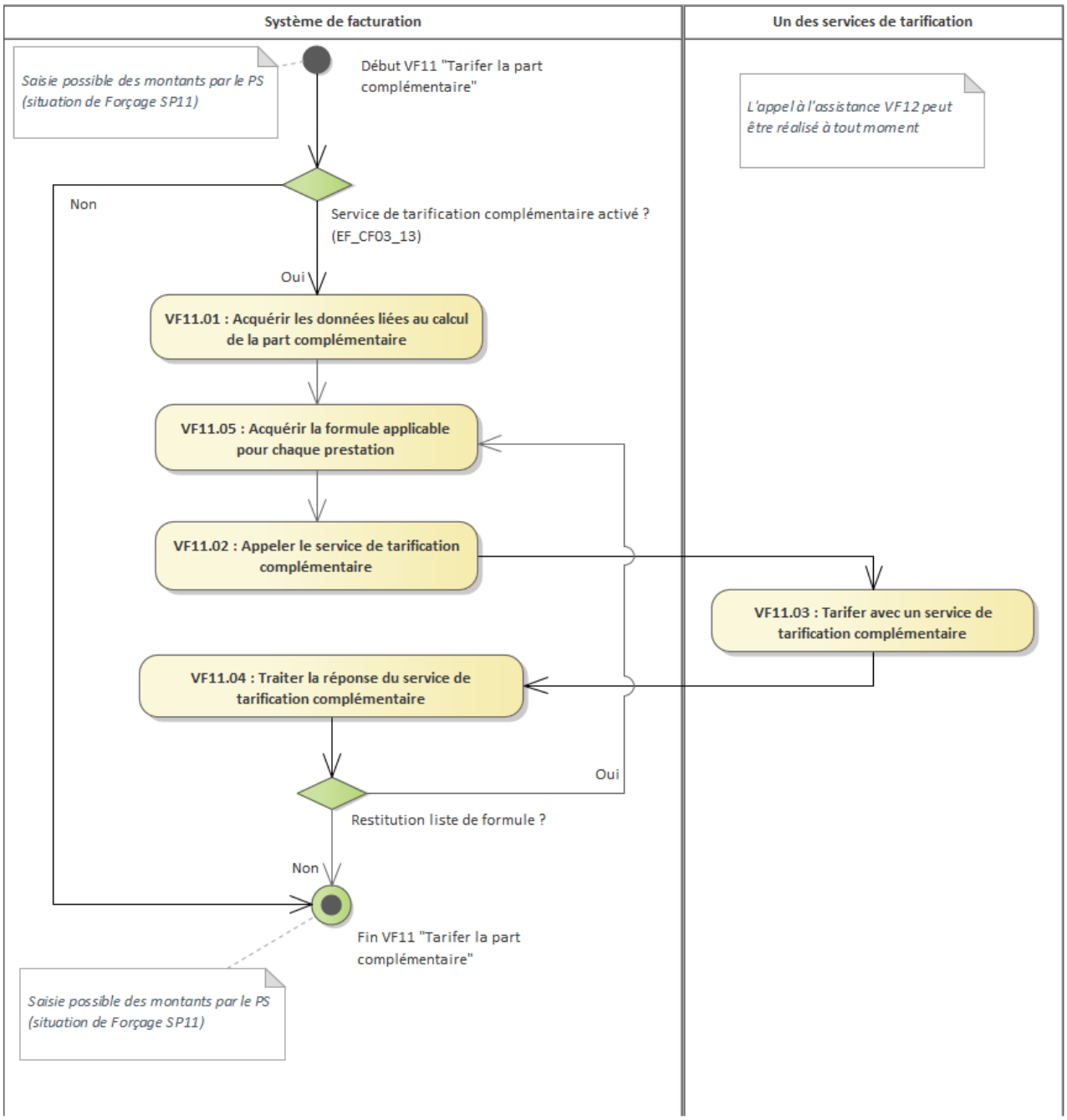


Figure 40 : [SC_VF11] Enchaînement des tâches de VF11 "Tarifer la part complémentaire"

4.3.1 VF11.01 : Acquérir les données liées au calcul de la part complémentaire

Vue générale

Nom ***VF11.01 Acquérir les données liées au calcul de la part complémentaire***

Description Le système de facturation acquiert les données nécessaires au calcul de la part complémentaire.

Entrée Aucune

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Sorties	PMSS	EF_VF96_01
	Montant de la Participation Assuré « 18 euros »	EF_VF96_02
	Paramètre de calcul contrat responsable	EF_VF97
Situations spécifiques		

Règles de gestion

[RG_VF352] Acquérir le PMSS (EF_VF96_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le PMSS (Plafond Mensuel de Sécurité Sociale) doit être géré par le système de facturation sous forme d'un paramétrage afin d'éviter une saisie systématique par le Professionnel de Santé.

Le PMSS est transmis systématiquement lors des appels aux services de tarification complémentaire.

Cas particuliers

[CP1] Changement du PMSS dans une facture

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si cette valeur change au cours de la période de tarification complémentaire de la facture, il convient alors d'effectuer une rupture de facture.

[RG_VF362] Acquérir le montant de la participation assuré «18 euros» (EF_VF96_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation acquiert le montant de la participation assuré lorsque la facture a fait l'objet d'une participation assuré «18 euros».

Remarque : La facture fait l'objet d'une participation assuré si elle comporte une prestation dont le code prestation (EF__IP04_01) est égal à « PAV ».

[RG_VF353] Acquérir les paramètres de calcul « Contrats responsables » (EF_VF97)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Préambule

Dans le cadre de la réforme d'assurance Maladie sur le dispositif du parcours de soins et des contrats responsables qui en découlent, de nouvelles données sont nécessaires en entrée de la tarification complémentaire.

Règle

Ces données doivent être gérées par le système de facturation sous forme d'un paramétrage afin d'éviter une saisie systématique par le Professionnel de Santé. Ces données sont :

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- Le taux conventionnel du dépassement autorisé (EF_VF97_01) : cette valeur est fixée dans la convention entre les médecins libéraux et l'assurance maladie. Elle est mise à jour par décret. Ce taux permet de calculer le dépassement autorisé maximum pour les actes effectués hors parcours de soins coordonnés.
- Le taux conventionnel maximum du dépassement maîtrisé[1] (EF_VF97_02): cette donnée est conservée dans le système de facturation mais n'est plus utilisée depuis l'avenant 8 à la convention médicale 2011 qui supprime la notion de dépassement maîtrisé.
- La valeur de la CS (consultation de spécialiste) (EF_VF97_03) en métropole (indépendamment de la localisation géographique du PS).
- La valeur de la MPC (Majoration provisoire cliniciens) (EF_VF97_04) en métropole (indépendamment de la localisation géographique du PS).
- La valeur de la MCS (Majoration de coordination pour les spécialistes) (EF_VF97_05) en métropole (indépendamment de la localisation géographique du PS).
- La valeur de la MCC (Majoration de coordination pour les cardiologues) (EF_VF97_06) en métropole (indépendamment de la localisation géographique du PS). Cette donnée n'est obligatoire que pour les spécialités concernées.

Cas particuliers

[CP1] Professionnel de santé hors métropole (selon la caisse de rattachement du professionnel de santé)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le Professionnel de Santé exerce hors métropole, des données supplémentaires sont à renseigner :

- La valeur de la MPC (Majoration provisoire cliniciens) de la caisse de rattachement du PS (EF_VF97_07).
- La valeur de la MCS (Majoration de coordination pour les spécialistes) de la caisse de rattachement du PS (EF_VF97_08).
- La valeur de la MCC (Majoration de coordination pour les cardiologues) de la caisse de rattachement du PS (EF_VF97_06). Cette donnée n'est obligatoire que pour les spécialités concernées.

[CP2] Changement de valeur dans une facture

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le tarif conventionné de l'une des valeurs change au cours de la période de tarification complémentaire de la facture, il convient alors d'effectuer une rupture de facture.

4.3.2 VF11.02 : Appeler le service de tarification complémentaire

Vue générale

Nom VF11.02 Appeler le service de tarification complémentaire

[1] Le taux conventionnel du dépassement maîtrisé n'est pas utilisé pour le calcul du DNR.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Description	Pour appeler le service de tarification complémentaire de la famille de complémentaire qui réalise le calcul, le système de facturation : • prépare les informations nécessaires au service de tarification complémentaire, • appelle le service de tarification complémentaire.	
Entrées	Domaine d'informations « professionnel de santé »	DF_PS
	Domaine d'informations « bénéficiaire de soins »	DF_BS
	Domaine d'informations « prestation facture »	DF_IP
	Domaine d'informations « contexte de facturation »	DF_CF
	Domaine d'informations « valorisation de la facture »	VF-AMO
	Part complémentaire (facture)	EF_VF03
	Part complémentaire (prestation)	EF_VF06
	Formule appliquée (prestation)	EF_VF07
	Paramètre de la formule appliquée (prestation)	EF_VF08
	Formule appliquée (facture)	EF_VF07
	Paramètre de la formule appliquée (facture)	EF_VF08
	Données utiles à la tarification complémentaire	EF_VF97
Sorties	Interface d'appel du service de tarification complémentaire – tarification après filtrage	Cf. A1-A2
Situations spécifiques		

4.3.2.1 VF11.02.01 : Préparer les informations nécessaires au service tarification complémentaire

Vue générale

Nom	***VF11.02.01 Préparer les informations nécessaires au service de tarification complémentaire***	
Description	Cette tâche consiste à préparer les informations nécessaires au service de tarification complémentaire par le renseignement de l'interface d'appel du service de tarification complémentaire puis par le filtrage des données médico-administratives contenues dans cet interface d'appel.	
Entrées	Domaine d'informations « professionnel de santé »	DF_PS
	Domaine d'informations « bénéficiaire de soins »	DF_BS
	Domaine d'informations « prestation facture »	DF_IP
	Domaine d'informations « contexte de facturation »	DF_CF
	Domaine d'informations « valorisation de la facture »	VF-AMO
	Part complémentaire facture	EF_VF03
	Part complémentaire prestation	EF_VF06
	Formule appliquée (prestation)	EF_VF07
	Paramètre de la formule appliquée (prestation)	EF_VF08
	Formule appliquée (facture)	EF_VF07

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

	Paramètre de la formule appliquée (facture)	EF_VF08
	Données utiles à la tarification complémentaire	EF_VF96
Sorties	Interface d'appel du service de tarification complémentaire - tarification après filtrage	Cf. A1-A2
Situations spécifiques		

Préambule

Le système de facturation fournit au service de tarification complémentaire toutes les informations collectées. L'interface recense également pour la transmission des flux des données d'adressage AMO (code organisme destinataire…) et des données d'adressage complémentaires (code routage, identifiant de l'hôte…).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

[RG_VF364] Renseigner l'interface d'appel du service de tarification complémentaire

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les données renseignées dans l'interface pour la tarification sont :

- les données issues de l'acquisition des informations du professionnel de santé,
- les données issues de l'acquisition des informations du bénéficiaire de soins,
- et les données de la facture (informations liées à la prestation, le contexte de facturation au regard de l'AMO et de la complémentaire, la part AMO valorisée),
- le code du service de tarification complémentaire à appeler,
- dans l'hypothèse où le professionnel de santé a préalablement sélectionné une formule et a renseigné les paramètres (fonctionnement semi-manuel), ou a renseigné des paramètres attendus par le service de tarification (paramètre manquants ou correction), les informations concernant la formule applicable au niveau prestation sont transmises au service de tarification complémentaire,
- certaines données de références nécessaires à la tarification complémentaire (par exemple, le PMSS) (EF_VF06_01, EF_VF06_02, EF_VF97).

Le renseignement de l'interface d'appel est décrit dans l'annexe 1-A2.

Cas particuliers

[CP1] Acquérir les montants remboursables par l'organisme complémentaire avant appel (EF_VF06_01) et déterminer le code indicateur de forçage du montant théorique remboursable par la complémentaire (EF_VF06_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas d'absence de prise en charge, le Professionnel de Santé peut renseigner le montant remboursable d'un acte avant déclenchement des services de tarification complémentaire (EF_VF06_01).

Dans ce cas, le système de facturation valorise un indicateur de forçage de niveau acte (EF_VF06_02).

De plus le professionnel de santé peut renseigner le montant de la part complémentaire au niveau facture (EF_VF03_01) et (EF_VF03_02), dans ce le système de facturation renseigne également l'indicateur de forçage (EF_VF06_02) pour toutes les lignes d'acte.

Cette règle s'applique également si le montant complémentaire est calculé par le logiciel métier sans utilisation d'un service de tarification complémentaire (STS).

[RG_VF365] Filtrer les données médico-administratives contenues dans l'interface d'appel

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Certaines données médico-administratives contenues dans la facture ne sont pas accessibles aux services de tarification complémentaires. Ces données sont :

- Pour les données du bénéficiaire de soins, les codes couvertures (codes ALD et codes situation) (issues de EF_BS07) ;
- Pour les données liées à la facture :
  - les codes CIP d'une prestation détaillée pharmacien (issus de EF_IP13 et EF_IP14),
  - les codes LPP d'une prestation détaillée LPP (issus de EF_IP15),

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- les codes CCAM, le code activité, le code phase de traitement, les codes modificateurs, et le code association d'une prestation détaillée CCAM (issus de EF_IP09 et EF_IP10),
- les codes de la biologie ((issus de EF_IP12),
- le code justification d'exonération du ticket modérateur (issus de EF_VF05_05),
- le code prestation (EF_IP04_01) dans le cas où il s'agit d'un code « réservé PS » (EF_IP05_03 = « réservé PS »). Dans ce cas il doit être remplacé par son code de remplacement (EF_IP05_04).

Les données transmises au service de tarification complémentaire sont celles décrites dans l'interface d'appel du service de tarification complémentaire – tarification après filtrage (Cf. A1-A2).

4.3.2.2 VF11.02.02 : Appeler le service de tarification complémentaire spécifique

Vue générale

Nom	***VF11.02.02 Appeler le service de tarification complémentaire spécifique***	
Description	Cette tâche a pour but d'appeler le service de tarification complémentaire fourni par les organismes complémentaire.	
Entrées	Code service de tarification complémentaire	EF_CF03_14
	Droits situation particulière ouverts	EF_CF02_06
	Situation particulière du bénéficiaire de soins	EF_BS08
	Interface d'appel du service de tarification complémentaire - tarification après filtrage	Cf. A1-A2
Sorties		
Situations spécifiques		

Règles de gestion

[RG_VF366]	***Appeler le service de tarification complémentaire spécifique***	PR (M, CD, SF)	AM	LB	PH	FR	TR

Le système de facturation fait appel aux modules de tarification STS pour la tarification complémentaire via l'interface unique d'appel aux STS sauf si, pour les informations administratives et de routage, l'indicateur de désactivation des STS est positionné (EF_CF16_08). L'interface est complétée avec toutes les données connues du progiciel (informations issues de la lecture de la CPS, de la carte Vitale, facture tarifée AMO, code aiguillage STS...).

Les règles d'appel sont décrites dans l'annexe 1-A2.

4.3.3 VF11.03 : Tarifer avec un service de tarification complémentaire

Vue générale

Nom	***VF11.03 Tarifer avec un service de tarification complémentaire***	
Description	Le système de facturation tarifie la part complémentaire avec les STS.	
Entrées	Interface d'appel du service de tarification complémentaire - tarification après filtrage	Cf. A1-A2

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Sorties	Interface d'appel du service de tarification complémentaire – sortie tarification	Cf. A1-A2
Situations spécifiques		

Règles de gestion

		PR			AM	LB	PH	FR	TR
		M	CD	SF					
[RG_VF369]	***Restituer le résultat du calcul du service de tarification complémentaire***								

Le service de tarification complémentaire restitue les données au système de facturation.

Les données restituées sont détaillées dans l'annexe 1-A2.

4.3.4 VF11.04 : Traiter la réponse du service de tarification complémentaire

Vue générale

Nom	***VF11.04 Traiter la réponse du service de tarification complémentaire***	
Description	Le système de facturation traite la réponse du service de tarification complémentaire en intégrant les données transmises dans la facture.	
Entrées	Interface d'appel du service de tarification complémentaire – sortie tarification	Cf. A1-A2
	Code activation de l'affichage du libellé du diagnostic de niveau 1	EF_AP34_01
Sorties	Part complémentaire facture	EF_VF03
	Service de tarification complémentaire	EF_VF12
	Part complémentaire prestation	EF_VF06
	Diagnostic du service de tarification complémentaire (facture)	EF_VF09
	Diagnostic du service de tarification complémentaire (prestation)	EF_VF09
	Formule appliquée (prestation)	EF_VF07
	Paramètre de la formule appliquée (prestation)	EF_VF08
	Liste des formules applicables (facture)	EF_VF10
	Paramètres de la formule applicable (facture)	EF_VF11
	Liste des formules applicables (prestation)	EF_VF10
	Paramètres de la formule applicable (prestation)	EF_VF11
	Données administratives du service de tarification complémentaire	EF_VF12
	Règles d'affichage des informations	EF_VF13
	Formule appliquée (facture)	EF_VF07
	Paramètre de la formule appliquée (facture)	EF_VF08
	Code activation de l'affichage libellé de la formule AMC appliquée	EF_AP35_01
Situations spécifiques	Bénéficiaire de l'AME	SP06
	Forçage	SP11

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

[RG_VF367] Traiter la réponse du service de tarification complémentaire

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

S'il n'y a pas d'erreur (pas de diagnostic ou diagnostic de niveau 1), le système de facturation peut intégrer les données restituées dans la facture.

Si une seule formule est restituée , c'est celle-ci qui s'applique. Le système de facturation doit demander au PS de compléter les paramètres.

Le tableau ci-dessous récapitule les éléments intégrés dans la facture :

Données restituées de l'interface du service de tarification		Intégration dans la facture	
Niveau acte			
1610 1620 1630	Montant théorique remboursable par l'organisme complémentaire	EF_VF06_01	Montant théorique remboursable organisme complémentaire
3710 et/ou 3715	Formule AMC appliquée au niveau acte Libellé de la formule au niveau acte (avec ses paramètres valorisés)	EF_VF07	Formule appliquée
		EF_VF08	Paramètre de la formule appliquée
3760	Description des formules de calcul	EF_VF10	Liste des formules applicables (prestation)
		EF_VF11	Paramètres de la formule applicable (prestation)
3750	Diagnostic STS	EF_VF09	Diagnostic du service de tarification complémentaire (prestation)
2010	Forçage niveau acte	EF_VF06_02	Code indicateur de Forçage
Niveau facture			
1910	Total théorique remboursable par l'organisme complémentaire	EF_VF03_01	Montant total théorique remboursable organisme complémentaire
1910	Total remboursable par l'organisme complémentaire	EF_VF03_02	Montant total remboursable organisme complémentaire
3700	Contexte tarification Complémentaire		
3720 et/ou 3725	Formule AMC appliquée au niveau facture Libellé de la formule au niveau facture (avec ses paramètres valorisés)	EF_VF07	Formule appliquée
		EF_VF08	Paramètre de la formule appliquée

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3760	Description des formules de calcul	EF_VF10	Liste des formules applicables (prestation)
		EF_VF11	Paramètres de la formule applicable (prestation)
3750	Diagnostic STS	EF_VF09	Diagnostic du service de tarification complémentaire (facture)
1321	Organisme complémentaire	EF_CF03_10	code nature de la pièce justificative des droits complémentaires
1330	Données complémentaire additionnelles		
1440	Forçage de niveau facture		
Autres			
3790	Tops Affichage et modification	EF_VF13	Règles d'affichage des informations
1450	Module de Tarification Complémentaire	EF_VF12	Données administratives du service de tarification complémentaire

1450	Module de Tarification Complémentaire	EF_VF12	Données administratives du service de tarification complémentaire

Les services de tarifications complémentaires restituent avec chaque donnée, les règles d'affichage et de leur modification par le professionnel de Santé. (cf. données 3790)

Cas particuliers

[CP1] Présence d'un diagnostic

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le service de tarification complémentaire a retourné un diagnostic (cf. donnée 3750). Les diagnostics retournés par les STS sont détaillés dans l'annexe 1 A2.

Recommandations

Lorsque la tarification ne peut pas être réalisée automatiquement, il est possible :

- soit faire appel à la fonction « Assistance à la tarification » pour que le Professionnel de Santé choisisse la formule (par son numéro et son libellé) correspondant au support AMC, et valoriser les paramètres associés pour les transmettre à la fonction de tarification ;
- soit « traduire » des éléments de tarification du fichier patient existant en formule et paramètres associés pour les transmettre à la fonction « Tarification » ;
- soit faire appel à son logiciel métier pour renseigner le montant de la part complémentaire.

[CP2] Le service de tarification complémentaire restitue une liste de formules

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Si la liste est composée de plusieurs formules (présence de plusieurs formules), le système de facturation doit proposer la liste au PS qui doit en sélectionner une et enrichir les paramètres associés.

Si le numéro de prestation n'est pas renseigné, la liste est valable pour tous les actes de la facture. Si le numéro de prestation est complété, la liste est valable uniquement pour l'acte correspondant.

Dans tous les cas, le système de facturation affiche pour chaque formule :

- le libellé de la formule,
- le calcul théorique.

Puis pour chaque paramètre de chaque formule

- le numéro de paramètre,
- le libellé du paramètre,
- le type du paramètre,
- la valeur par défaut du paramètre.

[CP3] STS désactivés par le Professionnel de Santé

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En fin de valorisation de la part complémentaire si :

- la facture est en Tiers Payant sur la part complémentaire,
- que les STS sont débrayés par le Professionnel de Santé,
- et que les données complémentaires sont issues de la carte Vitale ou d'un autre support électronique AMC,

alors le progiciel doit informer le professionnel de santé selon les termes suivants :

"Attention, les montants de la part complémentaires proposés ne sont pas issus des moteurs de tarification SV de la part complémentaire "

Il est à noter que cette information ne nécessite pas une validation de la part du Professionnel de Santé.

Ce message ne doit pas être affiché dans un contexte de C2S.

[CP4] Modifier les données restituées après appel et déterminer le code indicateur de forçage du montant théorique remboursable par la complémentaire (EF_VF06_2)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation doit permettre de modifier les données restituées par les services de tarification en fonction du top Modification (Cf. annexe 1 A2 groupe 3790).

Dès que le Professionnel de Santé modifie les montants (EF_VF06_01, EF_VF03_01, EF_VF03_02) restitués par les services de tarification complémentaire (selon le Top modification), le système de facturation valorise un indicateur de forçage de niveau acte (EF_VF06_02).

Si le Professionnel de Santé modifie le montant de la part complémentaire au niveau facture (EF_VF03_01, EF_VF03_02), le système de facturation renseigne l'indicateur de forçage pour toutes les lignes d'acte.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[CP5] Délivrance d'un médicament en cas de refus de substitution par l'assuré

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

- Ayant fait l'objet d'un refus de substitution par l'assuré (EF_IP13_07 = 'N')

le Professionnel de Santé n'a pas la possibilité de modifier le montant remboursable par l'assurance maladie complémentaire (EF_VF06_01) déterminé par le système de facturation.

Ce cas particulier s'applique de fait lorsque le mode de prescription saisi par le pharmacien n'est pas valide à la date de prescription (RG_IP_R65) et que l'assuré refuse la substitution proposée par le PS (EF_IP13_07 = 'N').

Situations spécifiques

[SP06] Traiter la réponse du service de tarification complémentaire

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Préambule

Le traitement de la réponse du service est spécifique pour les bénéficiaires de l'AME (EF_BS08_01) dans le calcul des totaux facture.

Règle

Pour les bénéficiaires de l'AME la facturation est différente, le montant du remboursement (part AMO + part complémentaire) est alimenté dans la part complémentaire.

4.3.5 VF11.05 : Acquérir la formule applicable pour chaque prestation

Vue générale

Nom ***VF11.05 Acquérir la formule applicable pour chaque prestation***

Description Le système de facturation propose au professionnel de santé de choisir la formule qui va permettre de réaliser le calcul de la part complémentaire et de renseigner les paramètres pour la formule sélectionnée.

Pour valoriser le ou les montants complémentaires, il est dans ce cas nécessaire de rappeler, l'opération VF-complémentaire « valoriser la facture pour la part complémentaire »

Entrées	Liste des formules applicables (facture)	EF_VF10
	Liste des formules applicables (prestation)	EF_VF10
	Paramètres de la formule applicable (facture)	EF_VF11
	Paramètres de la formule applicable (prestation)	EF_VF11
	Prestation	EF_IP04
Sorties	Formule appliquée (prestation)	EF_VF07
	Paramètre de la formule appliquée (prestation)	EF_VF08
Situation spécifiques	Bénéficiaire de la C2S	SP03
	Forfaits dentaires CMU-C	SP03.1

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

[RG_VF374] Sélectionner et compléter les paramètres de la formule applicable (niveau prestation ou niveau facture) (EF_VF07_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Sélectionner la formule

Le système de facturation crée un dialogue avec le professionnel de santé pour choisir la formule à activer. Ce dialogue peut se situer au niveau facture (application de la formule et des paramètres saisis sur toutes les lignes de la facture) et au niveau ligne de prestation.

Si le Professionnel de Santé choisit la même formule pour une facture, le progiciel doit affecter cette formule à chaque ligne d'acte (groupe 3710), sauf au niveau des lignes où le PS aurait déjà sélectionné une formule distincte.

Compléter les paramètres

Le système de facturation créé un dialogue avec le professionnel de santé pour saisir les paramètres adéquats.

Le type de paramètre est utilisé pour préciser le type de valeur attendu (EF_VF11_03). Les valeurs possibles sont :

- « P » - Indique que le paramètre est un pourcentage
- « M » - Indique que le paramètre est un montant

Une valeur par défaut peut être proposée par les services de tarification complémentaire. Le PS peut soit l'accepter, soit la modifier.

Cas particuliers

[CP1] Honoraires de Dispensation simples

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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%.

[CP2] Honoraires de Dispensation globaux

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation d'honoraire global (hors honoraire complexe) la formule à appliquer est : 052 « 100% TM » sans paramètre.

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

Situations spécifiques

[SP03] Demander la sélection de la formule applicable

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Lors d'une prestation dispensée à un bénéficiaire de la C2S, le paramétrage et le choix de la formule appliquée dans la tarification complémentaire sont liés au type de prestation :

Dans ce cas, le système de facturation renseigne la formule et les paramètres en conséquence.

Optique ~~Prestations LPP~~

- Prestations soumises à PLV

  Le montant remboursable par l'organisme complémentaire correspond au montant de la dépense plafonné au PLV de l'acte et diminué du montant de la part AMO :

  [MIN (PLV, montant de la dépense) -part AMO].

  La formule 011 « Frais réels plafonnés » est proposée au Professionnel de Santé.

- Prestations non soumises à PLV

  Le montant remboursable par l'organisme complémentaire correspond au ticket modérateur (BR-Part AMO).

  La formule à appliquer est : 052 « 100% TM » (aucun paramètre).

Prothèses auditives

Les prothèses auditives sont caractérisées par les codes prestation de groupe fonctionnel général = « audiologie » (EF_IP05_03) et groupe fonctionnel détaillé = «Prothèse auditive » (EF_IP05_04)

Le montant remboursable par l'organisme complémentaire correspond au montant de la dépense, plafonné au montant maximum C2S Audio (MAX_{C2S}) diminué du montant de la part AMO :

[MIN (MAX_{C2S}, montant de la dépense) - part AMO].

La formule 011 « Frais réels plafonné » est proposée au Professionnel de Santé.

Autres prestations LPP (i.e. hors Optique et hors Prothèses auditives)

Le montant remboursable par l'organisme complémentaire correspond au ticket modérateur (BR-Part AMO).

La formule à appliquer est : 052 « 100% TM » (aucun paramètre).

Soins dentaires :

Cf. [SP03.1] ci-après

Et pour toute autre prestation liée à la C2S :

Le progiciel de santé utilise la formule 052 « 100%TM » (aucun paramètre).

[SP03.1]Forfait dentaire CMU-C

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Rappel : Un forfait dentaire CMU-C est caractérisé par une prestation de groupe fonctionnel « soins dentaire » et de sous-groupe fonctionnel « Forfait CMU-C ».

- **Formules applicables**

  Dans les deux cas, forfait dentaire CMU-C dans ou hors du panier de biens :

  - Pour le forfait dentaire CMU-C, le remboursement se fait sur la base des frais réels plafonné au montant du forfait (formule 011 avec le paramètre n° 1 valorisé au montant du forfait).
  - Pour l'acte support auquel le forfait dentaire CMU-C est associé, le progiciel utilise la formule 052 (aucun paramètre).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Illustration

Exemple de formule :

	Description de la formule	Description des paramètres		
N° de la formule	*024*			
Libellé	*% TR + montant forfaitaire, le tout plafonné*			
Libellé du calcul théorique	*Min (DR – MRO, plafond, %TR + forfait)*			
Nombre de paramètres	*3*			
N° du paramètre		*1*	*3*	*7*
Libellé du paramètre		*Plafond*	*Pourcentage TR*	*Montant du forfait*
Type de paramètre		*M*	*P*	*M*
Valeur par défaut			*100*	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

4.4 VF12 « Assister la tarification complémentaire »

Sans objet

Descriptif, voir A1–A2 § Appel à la fonction “Assistance à la tarification”

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

4.5 VF15 : Renseigner les montants de la réponse de la prise en charge

Vue générale

Nom ***VF15 Renseigner les montants de la réponse de la prise en charge***

Description Le système de facturation doit permettre au professionnel de santé d'acquérir les montants de la réponse de prise en charge suivant l'un des deux modes:

- **Mode 1** : **Acquérir les montants de chaque prestation de la réponse de prise en charge**,
- **Mode 2 : Acquérir le montant total de la réponse de prise en charge et le ventiler**.

Définition du mode 1 : La réponse de prise en charge détaille les montants de la part complémentaire pour chaque code de prestation et il y a stricte adéquation entre les codes « nature de prestation » de la facture et ceux figurant sur la réponse de la prise en charge,

Définition du mode 2 : Tous les autres cas.

- Exemples :
  - Divergence entre les codes « nature de prestation » de la facture et ceux figurant sur la réponse de la prise en charge (utilisation par l'organisme complémentaire d'un référentiel différent de celui de l'AMO, …)
  - la réponse contient uniquement le montant total de la prise en charge,
  - …

Les accords passés entre le Professionnel de Santé et l'organisme complémentaire peuvent éventuellement indiquer le mode d'acquisition à privilégier.

Recommandation

Le système de facturation peut indiquer le cas échéant, une information au Professionnel de Santé, stipulant que seuls les produits et prestations de la « réponse de prise en charge » doivent figurer sur cette facture ; les produits en sus doivent faire l'objet d'une autre facturation.

Entrées Aucune

Sorties	Montant global de la réponse de prise en charge complémentaire»	EF_VF03_03
	Code indicateur de forçage montant théorique remboursable organisme complémentaire de la prestation	EF_VF06_02
	Montant total théorique remboursable organisme complémentaire de la facture	EF_VF03_01
	Montant total remboursable organisme complémentaire de la facture	EF_VF03_02
	Montant théorique remboursable organisme complémentaire de la prestation	EF_VF06_01
Situations spécifiques	Forçage	SP11

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

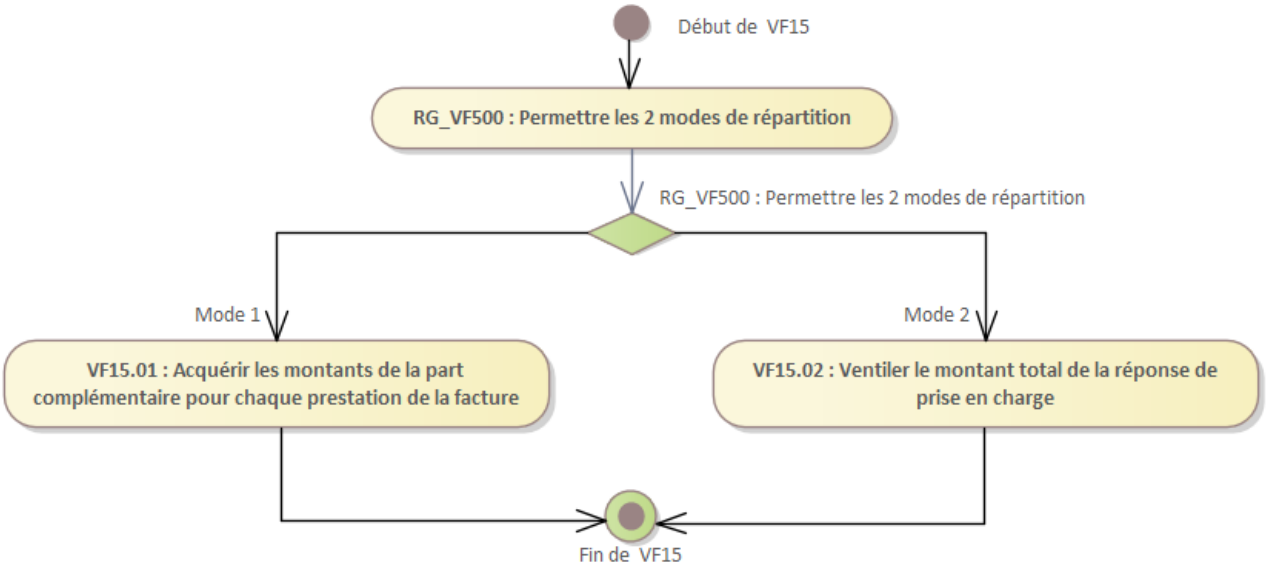


Figure 41 : [SC_VF15] Enchaînement des tâches de VF15 : "Renseigner les montants de la réponse de la prise en charge complémentaire "

Règles de gestion

[RG_VF500] Permettre les deux modes de répartition	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

En présence **d'une référence de « réponse de prise en charge »**, le système de facturation doit permettre deux modes pour la répartition du montant total de la réponse de la prise en charge. Ces deux modes sont décrits ci-dessus.

4.5.1 VF15.01 : Acquérir les montants de la part complémentaire pour chaque prestation de la facture

Vue générale

Nom VF15.01 Acquérir les montants de la part complémentaire pour chaque prestation de la facture

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Description	Cette tâche a pour but d'acquérir le montant complémentaire inscrit sur la réponse de prise en charge pour chaque prestation et de déterminer le montant total remboursable de l'organisme complémentaire de la facture. Elle correspond au mode 1. Les étapes de cette tâche sont : - Acquérir le montant complémentaire pour chaque prestation dans le cadre de la réponse de prise en charge, - Positionner les indicateurs de forçage par ligne d'acte, - Calculer le montant total de la part complémentaire, - Afficher le montant total au Professionnel de Santé.	
Entrées	Prestation	EF_IP04
Sorties	Montant théorique remboursable organisme complémentaire de la prestation	EF_VF06_01
	Code indicateur de forçage montant théorique remboursable organisme complémentaire de la prestation	EF_VF06_02
	Montant total théorique remboursable organisme complémentaire de la facture	EF_VF03_01
	Montant total remboursable organisme complémentaire de la facture	EF_VF03_02
Situations spécifiques	Forçage	SP11

Schéma

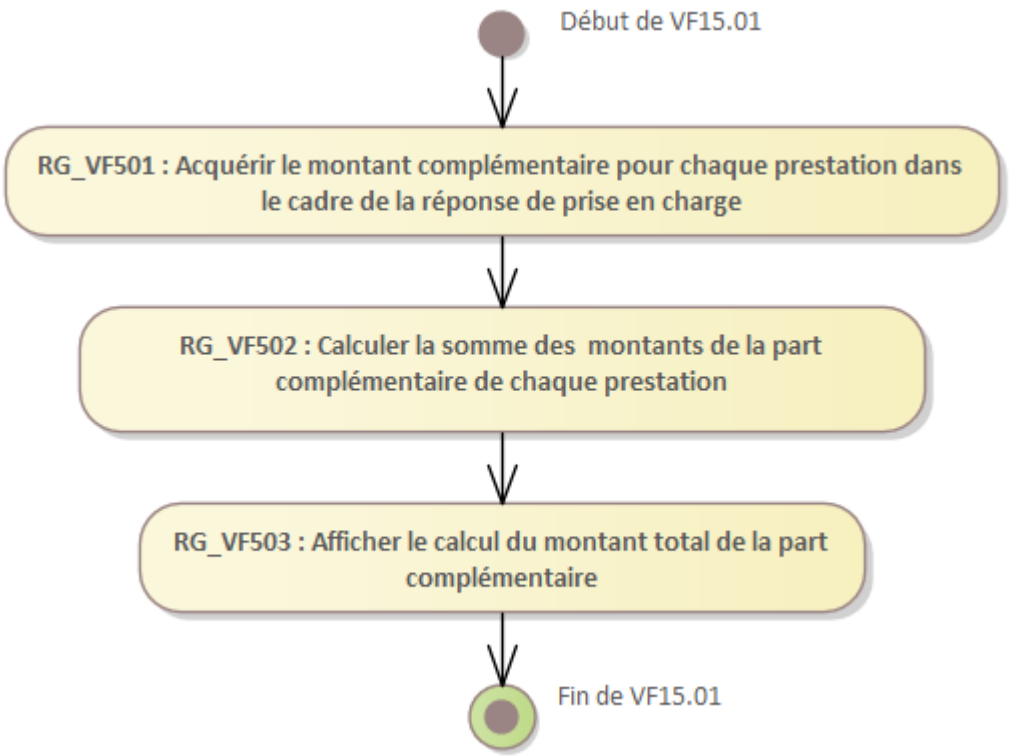


Figure 42 : [SC_VF15.01] Enchaînement des règles de VF15.01 : "Acquérir les montants de la part complémentaire pour chaque prestation de la facture"

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Préambule

REPONSE DE PRISE EN CHARGE : MODE 1

Le Professionnel de Santé renseigne les montants de la part complémentaire par prestation figurant sur la réponse de prise en charge, le système calcule le montant total de la part complémentaire. Le système affiche ce montant calculé ; charge au Professionnel de Santé de contrôler si ce montant correspond au montant global de la réponse de prise en charge, si cette dernière information y figure.

Règles de gestion

[RG_VF501] Acquérir le montant complémentaire pour chaque prestation (EF_VF06_01) dans le cadre de la réponse de prise en charge

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation permet l'acquisition du montant de chaque prestation (EF_VF06_01) par le Professionnel de Santé à partir de la réponse de la prise en charge

Le système de facturation renseigne l'indicateur de forçage de la part complémentaire (EF_VF06_2) pour chaque prestation.

[RG_VF502] Calculer la somme des montants de la part complémentaire de chaque prestation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation calcule le montant total de la part complémentaire à partir de la somme des montants de la part complémentaire de chaque prestation (EF_VF06_01).

Le système de facturation renseigne le montant total théorique remboursable organisme complémentaire de la facture (EF_VF03_01) et aussi le montant total remboursable organisme complémentaire de la facture (EF_VF03_02) par le montant calculé.

[RG_VF503] Afficher le calcul du montant total de la part complémentaire

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation doit afficher le calcul du montant total de la part complémentaire (EF_VF06_01).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

4.5.2 VF15.02 : Ventiler le montant total de la réponse de prise en charge

Vue générale

Nom ***VF15.02 Ventiler le montant total de la réponse de prise en charge***

Description Cette tâche a pour but d'appliquer une formule de calcul pour la ventilation du montant total complémentaire inscrit sur la réponse de prise en charge. Elle correspond au mode 2.

Le système de facturation doit appliquer une règle de calcul en commençant sur la première ligne de prestation, et ceci tant qu'il y a des lignes de prestation renseignées par le Professionnel de Santé.

Remarque : les lignes de prestations doivent être toutes concernées par la réponse de prise en charge.

Les étapes de cette tâche sont :

- Acquérir le montant total de la réponse de prise en charge,

- déduire le reste du montant total complémentaire à ventiler,

- Appliquer la formule « MIN [Montant total dépense de la prestation – montant AMO de la prestation ; montant de la prise en charge de l'organisme d'assurance maladie complémentaire] » en commençant sur le premier code prestation, et ceux-ci tant qu'il y a des lignes d'actes,

- Positionner des indicateurs de forçage par ligne d'acte,

- Renseigner les montants totaux de la part complémentaire.

Entrées	Montant global de la réponse de prise en charge complémentaire	EF_VF03_03
	Montant restant à ventiler	EF_VF06_94
Sorties	Montant théorique remboursable par l'organisme complémentaire de la prestation	EF_VF06_01
	Code indicateur de forçage montant théorique remboursable organisme complémentaire de la prestation	EF_VF06_02
	Montant total théorique remboursable organisme complémentaire de la facture	EF_VF03_01
	Montant total remboursable organisme complémentaire de la facture	EF_VF03_02
Situations spécifiques	Forçage	SP11

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

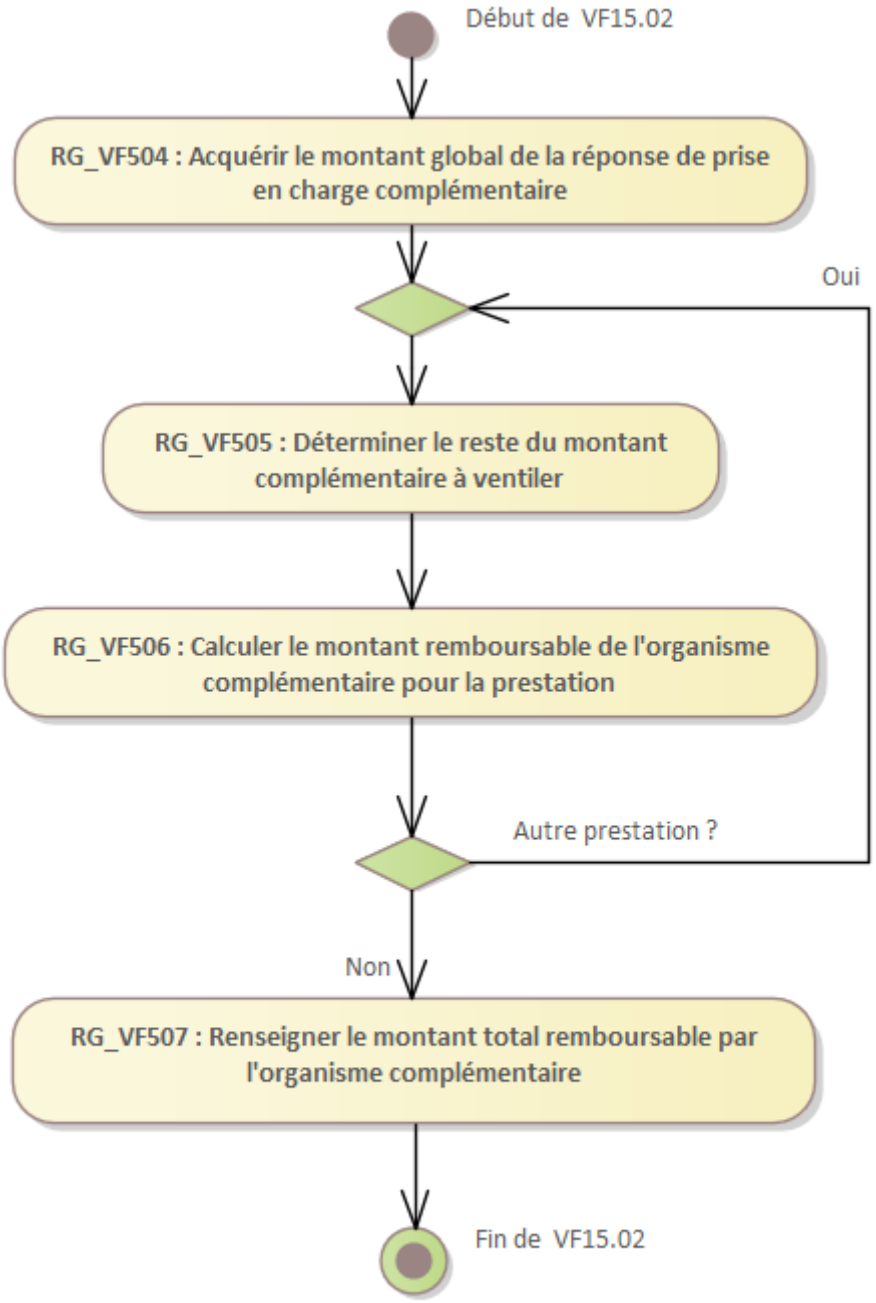


Figure 43 : [SC_VF15.02] Enchaînement des règles de VF15.02 : " Ventiler le montant total de la réponse de prise en charge "

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion **REPONSE DE PRISE EN CHARGE : MODE 2**

[RG_VF504] Acquérir le montant global de la réponse de prise en charge complémentaire (EF_VF03_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé renseigne le montant global de la réponse de prise en charge complémentaire (EF_VF03_03).

[RG_VF505] Déterminer le reste du montant complémentaire à ventiler

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système doit déterminer le montant restant, du montant global de la réponse de prise en charge complémentaire, à ventiler sur les lignes d'actes suivantes.

Pour toutes les autres lignes d'actes (i) différentes de la première ligne, le montant restant à ventiler est égal au montant restant à ventiler de la ligne précédente diminué du montant théorique remboursable par l'organisme complémentaire de la prestation de la ligne précédente (i-1). (C'est-à-dire celui calculé pour la ligne précédente).

Le montant restant à ventiler (EF_VF06_94) (i) = Montant restant à ventiler (EF_VF06_94) (i-1) – montant théorique remboursable par l'organisme complémentaire de la prestation (EF_VF06_01) (i-1)

Cas particuliers

[CP1] Pour la première ligne d'acte

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour la première ligne d'acte, le montant restant à ventiler est égal au montant global de la réponse de prise en charge.

Le montant restant à ventiler (EF_VF06_94) (1) = montant global de la réponse de prise en charge complémentaire (EF_VF03_03).

[RG_VF506] Calculer le montant remboursable de l'organisme complémentaire pour la prestation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système doit calculer le montant théorique remboursable par l'organisme complémentaire pour chaque prestation (i).

Ce montant pour chaque prestation (i) correspond au minimum entre le montant des honoraires de la prestation (i) déduit du montant remboursable AMO de la prestation (i) et le montant restant à ventiler (i) de la réponse de la prise en charge.

Le montant théorique remboursable par l'organisme complémentaire de la prestation (EF_VF06_01) (i) = MIN [le montant des honoraires de la prestation (EF_IP04_06) (i) – montant remboursable AMO (EF_VF05_08) (i) ; Montant restant à ventiler (EF_VF06_94) (i)]

Le système de facturation valorise un indicateur de forçage de niveau acte (EF_VF06_2).

[RG_VF507] Renseigner le montant total remboursable par l'organisme complémentaire

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Le système de facturation renseigne le montant total théorique remboursable organisme complémentaire de la facture (EF_VF03_01) et aussi le montant total remboursable organisme complémentaire de la facture (EF_VF03_02) par le montant global de la réponse de prise en charge complémentaire saisi par le Professionnel de Santé (EF_VF03_03).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

5 VF30 : Terminer de facturer

Vue générale

Nom ***VF30 Terminer de facturer***

Description L'objet de cette opération est de :

- vérifier le principe de non enrichissement sans cause,

Le système de facturation vérifie le principe de non enrichissement sans cause, à savoir : la somme des montants des parts obligatoire et complémentaire doit être inférieure ou égale à la dépense réelle.

- de calculer le reste à charge assuré,
- d'afficher ce reste à charge au Professionnel de Santé,
- de calculer le montant payé par l'assuré quand le support Vitale utilisé est l'ApCV.

Entrées	Montant des honoraires de la prestation	EF_IP04_06
	Montant remboursable AMO	EF_VF05_07
	Montant théorique remboursable organisme complémentaire de la prestation	EF_VF06_01
	Montant total de la facture	EF_VF01_03
	Montant total remboursable AMO	EF_VF01_01
	Montant total de la part complémentaire	EF_VF03_01
	Code support Vitale	EF_BS25_01
	Code tiers payant AMO	EF_CF02_03
	Code tiers payant complémentaire	EF_CF03_03
Sorties	Reste à charge assuré	EF_VF01_01
	Montant payé par l'assuré	EF_VF01_04

Situations spécifiques

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

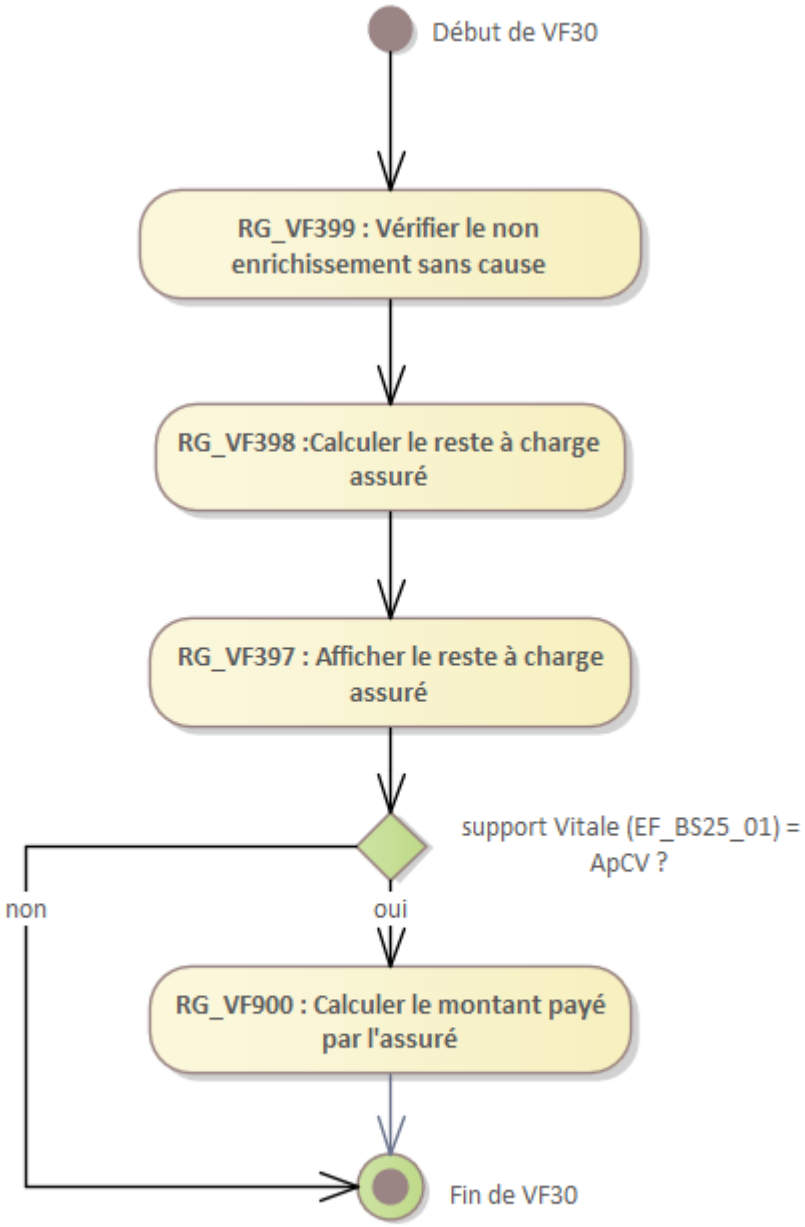


Figure 44 : [SC_VF30] Enchaînement de l'opération VF-30 « Terminer de facturer »

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

[RG_VF399] Vérifier le non enrichissement sans cause

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour chaque prestation, le système de facturation doit vérifier qu'il n'y a pas enrichissement sans cause, c'est-à-dire que la somme du montant AMO (EF_VF05_07) et du montant AMC (EF_VF06_01) est inférieure ou égale à la dépense réelle (EF_IP04_06).

[RG_VF398] Calculer le reste à charge assuré (EF_VF01_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En fin de facture, le système de facturation doit calculer le reste à charge assuré, c'est-à-dire :le montant total de la facture (EF_VF01_03) diminué du montant total remboursable AMO (EF_VF02_01) et du montant total de la part complémentaire (EF_VF03_01).

[RG_VF397] Afficher le reste à charge assuré

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

le système de facturation affiche le reste à charge assuré au Professionnel de Santé (EF_VF01_01).

[RG_VF900] Calculer le montant payé par l'assuré (EF_VF01_04)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où le support Vitale (EF_BS25_01) est l'ApCV, le système de facturation doit calculer le montant total payé par l'assuré, c'est-à-dire le montant total de la facture (EF_VF01_03) diminué du montant total remboursable AMO (EF_VF02_01) en cas de tiers payant AMO (EF_CF02_03) et du montant total de la part complémentaire (EF_VF03_01) en cas de tiers payant complémentaire (EF_CF03_03).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

6 SP11 : Situation spécifique de forçage

SP11 Forçage

Principe

CCAM

Pour une prestation CCAM, les données de la facture qui peuvent être forcées par le professionnel de santé sont les suivantes :

- Prix Unitaire de la prestation,
- Base de Remboursement de la prestation,
- Taux de remboursement de la prestation,
- Code Justificatif d'exonération de la prestation.

Par ailleurs, le professionnel de Santé a également la possibilité de modifier au niveau du système de facturation les informations suivantes :

- Prix unitaire en base CCAM (DF_CCAM)
- Majoration du prix unitaire pour un DOM en base CCAM (DF_CCAM)

  ce qui a un impact sur le prix unitaire de la prestation déterminé par le système
- Supplément de charge en cabinet en base CCAM (DF_CCAM)
- Taux de réduction pour une association non prévue en base CCAM (DF_CCAM)
- Forfait ou taux associé à un modificateur en base CCAM (DF_CCAM)
- Forfait ou taux à appliquer pour les PS non conventionnés en base CCAM (DF_CCAM)

  ce qui a un impact sur la base de remboursement de la prestation déterminée par le système.
- Taux de remboursement de base (table 4ter : EF_A2_T4ter)
- Taux de majoration de remboursement CRPCEN (table 9: EF_A2_T9)
- Seuil minimum pour exonération du TM en base CCAM (DF_CCAM)

  ce qui a un impact sur le taux de remboursement de la prestation déterminé par le système.

Le forçage des informations au niveau du système de facturation se fait par la fonctionnalité d'Administration du Poste (AP).

Hors CCAM et hors honoraires générés

Le professionnel de Santé a la possibilité de modifier au niveau du système de facturation les informations suivantes :

- Taux de remboursement de base (table 4ter: EF_A2_T4ter)

ce qui a un impact sur le taux de remboursement de la prestation déterminé par le système.

Toutes prestations hors honoraires générés

Pour tout type de prestation (hors prestations de type honoraire généré), le Professionnel de Santé a la possibilité de forcer au niveau de la facture les informations suivantes :

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- Le montant remboursable AMO

  Ce forçage consiste pour le Professionnel de Santé en une correction du calcul du système de facturation, sur la base de consignes transmises par l'Assurance Maladie.

Par ailleurs, le professionnel de Santé a la possibilité de modifier au niveau du système de facturation les informations suivantes :

- Les listes de code spécialité PS associés à certains codes situation (tables 20.x: EF_A2_T20.x),
- Les listes de code prestation associés à certains codes situation (tables 21.x: EF_A2_T21.x)

ce qui a un impact sur le taux de remboursement lié à l'individu et donc au final au taux de remboursement de la prestation déterminé par le système.

- Les tables permettant de déterminer la diminution du taux de remboursement à prendre en compte hors parcours de soins (tables EF_A2_T14 et EF_A2_T14.1),
- La table contenant l'acte de référence pour le calcul du plafond hors parcours de soins (table EF_A2_T19), ce qui a un impact sur le montant remboursable AMO hors parcours de soins

Prestations de type honoraire généré

☞ Rappel : Ces prestations ne sont pas concernées par le forçage (cf. Corps du CDC §4.3 Situations spécifiques).

Les indicateurs de forçage (EF_VF05_87 à EF_VF05_99) sont nécessairement **non renseignés.**

Actes prothétiques

Pour tout acte CCAM présent dans la table des plafonds dentaires (DF_PFD), le Professionnel de Santé a la possibilité de facturer un montant des honoraires supérieur au plafond autorisé à la date de référence.

Soins dentaires (hors prothèses)

Pour toute prestation soumise au respect des tarifs opposables (EF_A2_T2ter) ; le Professionnel de Santé a la possibilité de facturer un montant des honoraires supérieur au tarif opposable.

Prestation LPP

Pour toute prestation de nomenclature « LPP » (EF_IP05_02= « LPP ») soumise à un Prix Limite de Vente (base LPP), le Professionnel de Santé a la possibilité de facturer un montant des honoraires supérieur au Prix Limite de Vente autorisé.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Tableau de synthèse

Les données qui peuvent être forcées par le professionnel de santé, les règles outrepassées par le forçage et l'indicateur de forçage à positionner dans chaque cas sont présentées dans les tableaux de synthèse ci-après (l'un pour les prestations CCAM, l'autre pour les prestations hors CCAM, le dernier pour toutes les prestations indépendamment de leur nomenclature).

PRESTATIONS CCAM

Opération	Règle outrepassée		Donnée forcée		Indicateur à positionner
VF01.01	RG_VF_BC1	Déterminer le prix unitaire de la prestation CCAM	Prix unitaire de la prestation	EF_VF05_01	EF_VF05_99
			Prix unitaire en base CCAM	DF_CCAM	EF_VF05_87
			Majoration du prix unitaire pour un DOM en base CCAM		
VF01.04	RG_VF_BC4	Déterminer le montant de la BR pour une prestation CCAM	montant de la base de remboursement de la prestation	EF_VF05_02	EF_VF05_98
			Supplément de charge en cabinet en base CCAM	DF_CCAM	EF_VF05_88
			Taux de réduction pour une association non prévue en base CCAM		
			Forfait ou taux associé à un modificateur en base CCAM		
			Forfait ou taux à appliquer pour les PS non conventionnés en base CCAM		
VF02.01.04	RG_VF_T7 EF_A2_T4ter	Déterminer le taux de remboursement de base de la prestation	Taux de remboursement de base de la prestation	EF_VF98_13	EF_VF05_94
VF02.03	RG_VF_T13 [CP1]			EF_VF05_04	EF_VF05_95

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

	EF_A2_T9	Finaliser le taux de remboursement de la prestation et déterminer le code justificatif d'exonération [CP1] Régime CRPCEN	Taux de remboursement de base de la prestation		

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

VF02.03	RG_VF_T13	Finaliser le taux de remboursement de la prestation et déterminer le code justificatif d'exonération	Taux de remboursement de base de la prestation	EF_VF05_04	EF_VF05_97
			Seuil minimum pour exonération du TM en base CCAM	DF_CCAM	EF_VF05_89
VF02.03	RG_VF_T13	Finaliser le taux de remboursement de la prestation et déterminer le code justificatif d'exonération	Code justificatif d'exonération de la prestation	EF_VF05_05	EF_VF05_96

PRESTATIONS HORS CCAM

Opération	Règle outrepassée		Donnée forcée		Indicateur à positionner
VF02.01.04	RG_VF_T7 EF_A2_T4	Déterminer le taux de remboursement de base de la prestation	Taux de remboursement de base de la prestation	EF_VF98_13	EF_VF05_93

TOUTES NOMENCLATURES

Opération	Règle outrepassée		Donnée forcée		Indicateur à positionner
VF02.01.03	RG_VF_T2 RG_VF_T2bis RG_VF_T2ter RG_VF_T2quater EF_A2_T20.x EF_A2_T21.x	Déterminer le taux de remboursement lié à l'individu	Taux de remboursement lié à l'individu	EF_VF98_06	EF_VF05_92
VF03	RG_VF_P0bis EF_A2_T14 EF_A2_T14.1	Déterminer la diminution du taux de remboursement à prendre en compte hors parcours de soins	Diminution du taux hors parcours de soins	EF_VF98_09	EF_CF05_90
	RG_VF_P1	Déterminer le montant remboursable AMO pour les situations différentes de « hors parcours de soins.	montant remboursable AMO	EF_VF05_07	EF_VF05_91

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

	RG_VF_P1bis	Déterminer le montant remboursable AMO hors parcours de soins et de la MTM restant à charge de l'assuré			
	RG_VF_P1bis EF_A2_T19	Déterminer le montant remboursable AMO hors parcours de soins et de la MTM restant à charge de l'assuré	Montant remboursable AMO	EF_VF05_07	EF_CF05_90
	RG_VF_P5 DF_PFD	Contrôler le respect des plafonds des actes prothétiques	Montant des Honoraires	EF_VF05_09	EF_VF05_85
	RG_VF_P6 EF_A2_T2ter	Contrôler le respect des tarifs opposables des soins dentaires (hors prothèses)	Montant des Honoraires	EF_VF05_09	EF_VF05_85
	RG_VF_P7	Contrôler le respect des Prix Limite de Vente des produits de la LPP	Montant du tarif LPP	EF_IP15_07	EF_VF05_85
VF05.01	RG_VF_R40 EF_A2_T30	Déterminer la nécessité de supplément(s) dérogatoire(s) SMG dans la facture	Top nécessité de suppléments dérogatoires SMG	EF_VF02_04	EF_VF02_99

Forçage et débrayage

Le tableau ci-après présente, pour la règle outrepassable, la liste des règles ou opérations qui en conséquence n'ont plus à être respectées :

RG_VF_BC4

	Règle outrepassée		***Donnée forcée***	
VF01.04	**RG_VF_BC4**	**Déterminer le montant de la BR pour une prestation**	**Montant de la base de remboursement de la prestation**	**EF_VF05_02**
	Règles à débrayer			
	VF01.04			
	RG_VF301 RG_VF302			
	Opérations à débrayer			
		VF02		

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

	VF02.01 VF02.02 VF02.03			

6.1 Impact VF01.01

Règles de gestion

PRESTATIONS CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

[RG_VF_BC1] [SP11] Déterminer le prix unitaire de la prestation CCAM (EF_VF05_01)

Le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre cette règle et de modifier le prix unitaire CCAM déterminé par le système de facturation.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage du PU pour une prestation CCAM (EF_VF05_99) à VRAI.

6.2 Impact VF01.04

Règles de gestion

PRESTATIONS CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

[RG_VF_BC4] [SP11] Déterminer le montant de la BR pour une prestation CCAM (EF_VF05_02)

Le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre cette règle et de modifier le prix unitaire CCAM déterminé par le système de facturation.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de la BR pour une prestation CCAM (EF_VF05_98) à VRAI.

Débrayages à opérer

VF01.04	***Déterminer le montant de la base de remboursement***
RG_VF301	Déterminer le montant de la BR conventionnée En cas de forçage de la Base de Remboursement d'une prestation CCAM, le système ne sait pas nécessairement déterminer la BR conventionnée. Cette information n'est donc pas renseignée dans le système.
RG_VF302	Déterminer le pontant de la BR hors forfaits En cas de forçage de la Base de Remboursement d'une prestation CCAM, le système ne sait pas nécessairement déterminer la BR hors forfait Cette information n'est donc pas renseignée dans le système.
VF02	***Déterminer le taux de remboursement de chaque prestation***
VF02.01	RG_VF_TC3 : Exonération Acte CCAM par la règle du seuil En cas de forçage de la Base de Remboursement d'une prestation CCAM, le système ne sait pas nécessairement déterminer la BR hors forfait et ne peut donc pas déterminer si l'acte CCAM est exonéré par la règle du seuil

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

	→ le Professionnel de Santé doit indiquer directement le taux lié à la prestation.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

VF02.02	RG_VF_TC5 : Déterminer le taux de remboursement de la prestation en fonction de la règle du seuil En cas de forçage de la base de remboursement d'une prestation CCAM, le PS doit indiquer le taux de remboursement de tous les actes associés à l'acte forcé
VF02.03	RG_VF_T13 : Finaliser le taux de la prestation et déterminer le code justificatif d'exonération Le Professionnel de Santé doit indiquer directement le taux de remboursement et le code justificatif d'exonération associé de la prestation forcée et de toutes les prestations associées.

6.3 Impact VF02.01.03

Règles de gestion

TOUTES PRESTATIONS

[RG_VF_T2] [SP11] Déterminer le taux de remboursement lié à l'individu (EF_VF98_06) pour les prescripteurs

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	**CD**	**SF**					

[RG_VF_T2bis] [SP11] Déterminer le taux de remboursement lié à l'individu (EF_VF98_06) pour les auxiliaires-médicaux

PR			**AM**	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

[RG_VF_T2ter] [SP11] Déterminer le taux de remboursement lié à l'individu (EF_VF98_06) pour les pharmaciens ou un fournisseur

PR			AM	LB	**PH**	**FR**	TR
M	CD	SF					

[RG_VF_T2quater] [SP11] Déterminer le taux de remboursement lié à l'individu (EF_VF98_06) laboratoires

PR			AM	**LB**	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé a la possibilité de modifier les tables 20.x « tables des codes spécialités de PS utilisées dans les tables 8.x » (EF_A2_T20.x) utilisées par les différentes règles de détermination du taux de remboursement lié à l'individu.

Si le système de facturation utilise les valeurs modifiées en table, il positionne l'indicateur de forçage du taux de remboursement lié à l'individu (EF_VF05_92) à VRAI.

De même, le professionnel de Santé a la possibilité de modifier les tables 21.x « tables des codes prestation utilisées dans les tables 8.x » (EF_A2_T8.x) utilisées par les différentes règles de détermination du taux de remboursement lié à l'individu.

Si le système de facturation utilise les valeurs modifiées en table, il positionne l'indicateur de forçage du taux de remboursement lié à l'individu (EF_VF05_92) à VRAI.

6.4 Impact VF02.01.04

[RG_VF_T7] [SP11] Déterminer le taux de remboursement de base de la prestation (EF_VF98_13)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	**CD**	**SF**					

PRESTATIONS CCAM

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Le Professionnel de Santé a la possibilité de modifier en table 4ter (EF_A2_T4ter) le taux de remboursement de base associé à un code prestation et utilisé par la présente règle.

Le système de facturation utilise alors le taux de remboursement de base modifié et positionne l'indicateur de forçage du taux de remboursement de base pour une prestation CCAM (EF_VF05_94) à VRAI.

PRESTATIONS HORS CCAM

Le Professionnel de Santé a la possibilité de modifier en table 4ter (EF_A2_T4ter) le taux de remboursement de base associé à un code prestation et utilisé par la présente règle.

Le système de facturation utilise alors le taux de remboursement de base modifié et positionne l'indicateur de forçage du taux de remboursement de base pour une prestation non CCAM (EF_VF05_93) à VRAI.

6.5 Impact VF02.03

Règles de gestion

PRESTATIONS CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

[RG_VF_T13] [SP11] Finaliser le taux de remboursement de la prestation (EF_VF05_04) et déterminer le code justificatif d'exonération de la prestation (EF_VF05_05)

Le Professionnel de santé a la possibilité, pour une prestation CCAM, de passer outre cette règle et de modifier le taux de remboursement de la prestation (EF_VF05_04) déterminé par le système de facturation.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage du taux de remboursement pour une prestation CCAM (EF_VF05_97) à VRAI.

De même, le Professionnel de santé a la possibilité, pour une prestation CCAM, de passer outre cette règle et de modifier le code justificatif d'exonération de la prestation (EF_VF05_04) déterminé par le système de facturation.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage du justificatif d'exonération pour une prestation CCAM (EF_VF05_96) à VRAI.

6.6 Impact VF03 : Déterminer le montant remboursable AMO de chaque prestation

Recommandation

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

Règles de gestion

TOUTES PRESTATIONS

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_VF_P0bis] [SP11] Déterminer la diminution du taux de remboursement à prendre en compte hors parcours de soins (EF_VF98_09)

Le Professionnel de Santé a la possibilité de modifier les tables 14 et 14.1 (EF_A2_T14 et EF_A2_T14.1) utilisées pour la détermination de la diminution du taux de remboursement à prendre en compte hors parcours de soins (EF_VF98_09).

Le système de facturation utilise alors les tables modifiées et positionne l'indicateur de forçage de montants liés au parcours de soins (EF_VF05_90) à VRAI.

[RG_VF_P1] [SP11] Déterminer le montant remboursable AMO (EF_VF05_07) pour les situations différentes de « hors parcours de soins »

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	**CD**	**SF**					

Le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre cette règle et de modifier le montant remboursable par l'assurance maladie obligatoire (EF_VF05_07) déterminé par le système de facturation.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage du montant remboursable AMO (EF_VF05_91) à VRAI.

Cas particuliers

[SP11] [CP1] Délivrance d'un médicament en cas de refus de substitution par l'assuré

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF			**PH**		

En cas de délivrance d'un médicament princeps ayant fait l'objet d'un refus de substitution par l'assuré (EF_IP13_07 = 'N'), le Professionnel de Santé n'a pas la possibilité de modifier le montant remboursable par l'assurance maladie obligatoire (EF_VF05_07) déterminé par le système de facturation.

[RG_VF_P1bis] [SP11] Déterminer le montant remboursable AMO hors parcours de soins (EF_VF05_07) et la MTM restant à charge de l'assuré (EF_VF05_06)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre cette règle et de modifier le montant remboursable par l'assurance maladie obligatoire (EF_VF05_07) déterminé par le système de facturation.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage du montant remboursable AMO (EF_VF05_91) à VRAI.

Le Professionnel de Santé a la possibilité de modifier en table 19 (EF_A2_T19) l'acte de référence prévu pour la détermination du plafond du resta à charge du MTM hors parcours de soins.

Le système de facturation utilise alors la table 19 modifiée et positionne l'indicateur de forçage de montants liés au parcours de soins (EF_VF05_90) à VRAI.

[RG_VF_P3] [SP11] Contrôler le respect des tarifs opposables pour des prestations support

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le code prestation.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation (EF_VF05_86) à VRAI.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_VF_P4] [SP11] Contrôler le respect des tarifs opposables pour des prestations secondaires

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le code prestation.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation (EF_VF05_86) à VRAI.

[RG_VF_P5] [SP11] Contrôler le respect des plafonds des actes prothétiques

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le montant des honoraires.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage du plafond des honoraires (EF_VF05_85) à VRAI

[RG_VF_P6] [SP11] Contrôler le respect des tarifs opposables des soins dentaires (hors prothèses)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le montant des honoraires.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage du plafond des honoraires (EF_VF05_85) à VRAI

[RG_VF_P7] [SP11] Contrôler le respect des Prix Limite de Vente des produits de la LPP

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le montant du tarif LPP du code détaillé LPP.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage du plafond des honoraires (EF_VF05_85) à VRAI

6.7 Impact VF04 : Déterminer les totaux AMO de la facture

[RG_VF312] [SP11] Déterminer le montant total remboursable AMO (EF_VF02_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de forçage du **« montant remboursable par l'AMO »** d'une ou plusieurs prestations de la facture, le système de facturation est tenu de garantir l'exactitude du montant « total remboursable par l'AMO »

6.8 Impact VF05.01 : Déterminer la nécessité de générer des prestations SD_SMG

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_VF_R40] [SP11] Déterminer la nécessité de supplément(s) dérogatoire(s) SMG dans la facture (EF_VF02_04)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé a la possibilité de modifier la table 30 (EF_A2_T30) utilisée pour la détermination de la nécessité de générer des prestations SD_SMG dans la facture (EF_VF02_04).

Le système de facturation utilise alors la table modifiée et positionne l'indicateur de forçage de SD_SMG dans la facture (EF_VF02_99) à VRAI.

6.9 Impact VF-complémentaire « Valoriser la part complémentaire »

Vue générale

Nom **VF-Complémentaire : « Valoriser la facture pour la part complémentaire »**

Description **La situation spécifique de forçage** des montants de la part complémentaire modifie le cas nominal et permet le renseignement par le Professionnel de Santé des montants de la part complémentaire.

Rappel, la valorisation de la part complémentaire est réalisée par les services de tarification complémentaire si ceux-ci sont activés.

- Les services de tarification complémentaire offrent deux services :
  - un service permettant de tarifer la part complémentaire,
  - un service permettant d'assister la tarification complémentaire.

Ces services gèrent les règles spécifiques de calcul des organismes complémentaires et permettent le calcul du montant de la part complémentaire pour chaque acte de la facture.

En présence d'une réponse de prise en charge complémentaire, le Professionnel de Santé renseigne les montants de la part complémentaire.

Remarque : Dans le cas de la situation SP03, le processus nominal est modifié.

Le système de facturation doit également permettre de contrôler la cohérence de la somme des montants complémentaire de chaque ligne de prestation avec le montant total complémentaire.

Entrées	Domaine d'informations « professionnel de santé »	PS
	Domaine d'informations « bénéficiaire de soins »	BS
	Domaine d'informations « prestation facture »	IP
	Domaine d'informations « contexte de facturation »	CF
	Domaine d'informations « valorisation de la facture »	VF-AMO
	« part complémentaire prestation »	EF_VF06
	« formule appliquée (prestation) »	EF_VF07
	« paramètre de la formule appliquée (prestation) »	EF_VF08
	« formule appliquée (facture) »	EF_VF07
	« paramètre de la formule appliquée (facture) »	EF_VF08
	« référence de la réponse de prise en charge complémentaire »	EF_CF03_05
Sorties	« part complémentaire facture »	EF_VF03

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

« part complémentaire prestation »	EF_VF06
« diagnostic du service de tarification complémentaire (facture) »	EF_VF09
« diagnostic du service de tarification complémentaire (prestation) »	EF_VF09
« formule appliquée (prestation) »	EF_VF07
« paramètre de la formule appliquée (prestation) »	EF_VF08
« formule appliquée (facture) »	EF_VF07
« paramètre de la formule appliquée (facture) »	EF_VF08
« liste des formules applicables (facture) »	EF_VF10
« paramètres de la formule applicable (facture)	EF_VF11
« liste des formules applicables (prestation) »	EF_VF10
« paramètres de la formule applicable (prestation)	EF_VF11
« montant global de la réponse de prise en charge complémentaire »	EF_VF03_03
« montant de la réponse de prise en charge pour chaque ligne »	EF_VF06_94
« code nature de la pièce justificative des droits complémentaires »	EF_CF03_10

6.9.1 VF16 : Vérifier le montant total de la part complémentaire

Vue générale

Nom **VF16 : Vérifier le montant total de la part complémentaire**

Description Le système de facturation doit permettre au Professionnel de Santé de vérifier le montant total complémentaire.

Le montant total théorique remboursable organisme complémentaire et le montant total remboursable organisme complémentaire de la facture doivent correspondre à la somme des montants des prestations de la facture.

- Si les montants totaux complémentaires ne sont pas renseignés, le système de facturation doit les renseigner par la somme des montants des prestations.

Ce cas particulier peut se produire dans le cas de la saisie manuelle des montants complémentaire des prestations, sans que le Professionnel de Santé n'ait saisie de montant complémentaire global pour la facture.

- Si les montants totaux complémentaires sont différents de la somme des montants des prestations alors le système de facturation doit en informer le Professionnel de Santé.

Cette erreur peut se produire dans le cas de la saisie manuelle, le Professionnel de Santé réalise une erreur de saisie soit au niveau ligne soit au niveau total facture. Cas du PS réalisant une erreur au niveau de la saisie des montants des lignes et n'ayant pas contrôlé visuellement la correspondance des montants globaux complémentaires. Et cas du PS modifiant les montants après passage par les services de tarification complémentaire.

Dans tous les cas, le système de facturation renseigne l'indicateur de forçage pour toutes les lignes d'acte.

Entrées « montant théorique remboursable organisme complémentaire de la prestation » EF_VF06_01

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Sorties	« montant total théorique remboursable organisme complémentaire de la facture »	EF_VF03_01
	« montant total remboursable organisme complémentaire de la facture »	EF_VF03_02
	« code indicateur de forçage montant théorique remboursable organisme complémentaire de la prestation »	EF_VF06_02
Situations spécifiques		

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

[RG_VF508] ***[SP11]Calculer la somme des montants complémentaire de chaque prestation***

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation calcule la somme des montants complémentaire de chaque prestation.

Montant total complémentaire calculé (EF_VF94) = ∑ montant théorique remboursable organisme complémentaire de la prestation (EF_VF06_01)

[RG_VF509] ***[SP11]Contrôler la somme calculée avec le montant total remboursable organisme complémentaire de la facture***

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation compare le montant total complémentaire calculé (EF_VF94) avec le montant total remboursable organisme complémentaire (EF_VF03_02) et (EF_VF03_01).

S'ils sont égaux, aucune modification n'est à apporter.

Cas particuliers

[SP11] ***[CP1] Montant total non renseigné***

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le montant total théorique remboursable organisme complémentaire (EF_VF03_01) et le montant total remboursable organisme complémentaire (EF_VF03_02) ne sont pas renseignés, il les renseigne avec ce montant total complémentaire calculé (EF_VF94).

Le système de facturation renseigne l'indicateur de forçage pour toutes les lignes d'acte.

Cas d'erreur

[SP11] ***[CE1] Montants différents***

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si les montants sont différents (EF_VF94 avec EF_VF03_01 ou EF_VF03_02), le système de facturation en **informe le Professionnel de Santé.** Ce dernier a, alors, toujours la possibilité de corriger un ou plusieurs des montants, avec un positionnement l'indicateur de forçage pour toutes les lignes d'acte par le système.

6.10 Impact VF11.4 : Traiter la réponse du service de tarification complémentaire

[RG_VF367] ***[SP11] Traiter la réponse du service de tarification complémentaire (EF_VF06_02)***

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le service de tarification complémentaire peut restituer dans l'interface un forçage au niveau prestation.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

7 DF_VF : Domaine d'Information « Valoriser la facture »

7.1 Modèle de données

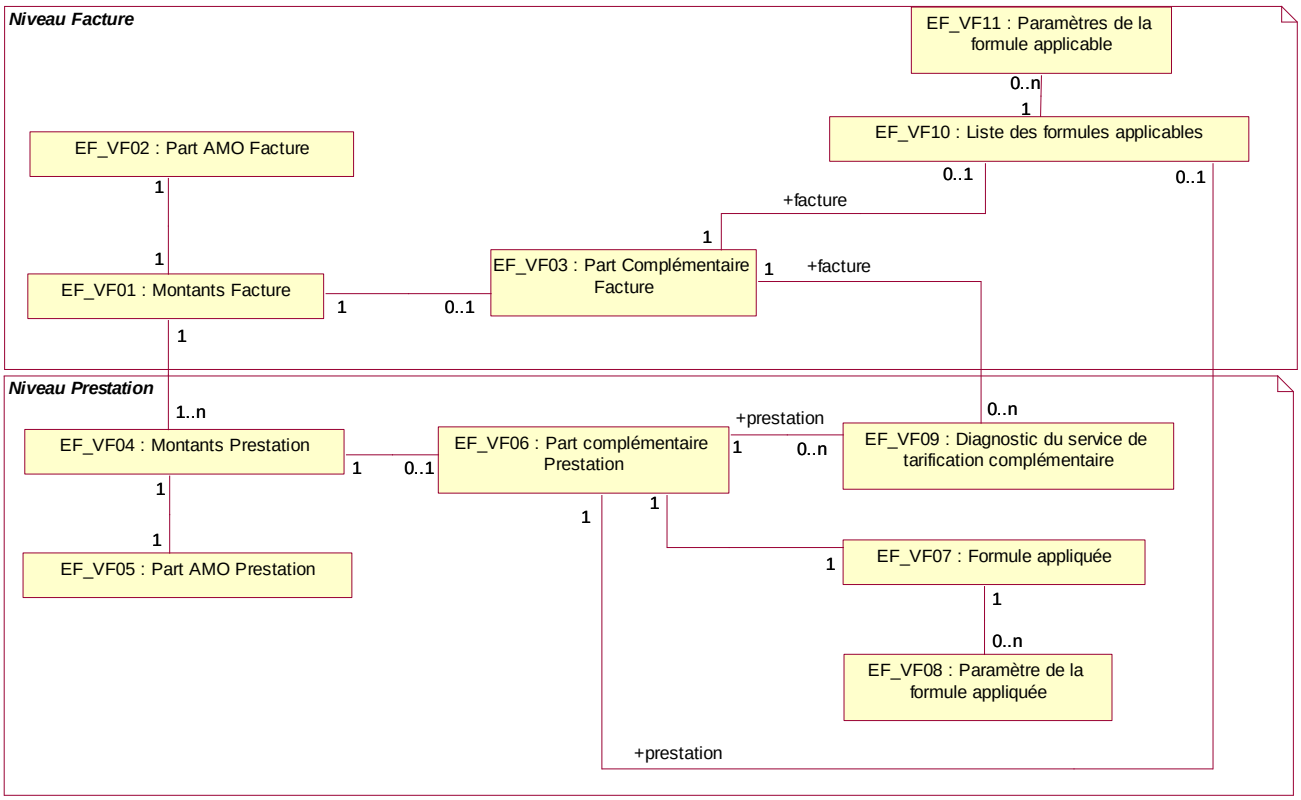


Figure 45 : [DF_VF] Modèle de données de la fonctionnalité VF : Valoriser la facture : DF_VF

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

7.2 Liste des données fonctionnelles pour chaque entité

N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG_VF
EF_VF01	Montants facture	01	Montant total du reste à charge assuré	M	398-397
		02	Nombre total de prestations de la facture	N	314
		03	Montant total de la facture	M	315
		04	Montant payé par l'assuré	M	900
EF_VF02	Part AMO facture	01	Montant total remboursable AMO	M	312
		02	Montant total de la participation assuré	M	313
		03	Montant Supplément SMG pour la facture	M	401
		04	Top nécessité de suppléments dérogatoires SMG	T	R40
		05	Top Présence prestations Remboursables AMO dans la facture	T	404
		06	Top Présence prestations non Remboursables AMO dans la facture	T	405
		07	Contexte de génération de la prestation SD_ SMG	S	406-407
		08	Montant total effectif de prise en charge APIAS	M	350
		09	Montant du supplément APIAS	M	351
		99	Code indicateur de forçage de SD_SMG dans la facture	T	SP11
EF_VF03	Part complémentaire facture	01	Montant total théorique remboursable organisme complémentaire de la facture	M	367-383-356-509
		02	Montant total remboursable organisme complémentaire de la facture	M	367-383-356-509
		03	Montant global de la réponse de prise en charge complémentaire	M	504
		04	Top nécessité de calcul de la part complémentaire	T	360
		97	Code motif appel assistance à la tarification complémentaire	C	364
EF_VF04	Montants prestations		☞ *Cette entité fonctionnelle ne contient pas de donnée unitaire*		
EF_VF05	Part AMO prestation	01	Prix unitaire de la prestation	M	B2 – BC1
		02	Montant de la base de remboursement de la prestation	M	B13 – BC4

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG_VF
		03	Montant de la base de remboursement conventionnée	M	301
		04	Taux de remboursement de la prestation	N	T13
		05	Code justificatif d'exonération de la prestation	C	T13
		06	Montant MTM restant à charge de l'assuré	M	P1bis
		07	Montant remboursable AMO	M	P1 – P1bis
		08	Montant du dépassement	M	P2
		09	Montant calculé des honoraires de la prestation	M	409
		10	Montant à défalquer	M	408
		11	Montant restant à ventiler sur SGS	M	403
		13	Top nécessité d'un complément AT dentaire	T	R41
		14	Montant intermédiaire des honoraires de la prestation	M	411
		15	Code prestation du dépassement associé	C	R55
		85	Indicateur de forçage du plafond des honoraires	T	SP11
		86	Indicateur de forçage des tarifs opposables	T	SP11
		87	Indicateur de forçage en base CCAM de montants impactant le PU	T	SP11
		88	Indicateur de forçage en base CCAM de montants impactant la BR	T	SP11
		89	Indicateur de forçage en base CCAM impactant le taux de remboursement	T	SP11
		90	Indicateur de forçage de données liées au parcours de soins	T	SP11
		91	Indicateur de forçage du montant remboursable AMO	T	SP11
		92	Indicateur de forçage du taux de remboursement lié à l'individu	T	SP11
		93	Indicateur de forçage du taux de remboursement de base pour une prestation non CCAM	T	SP11
		94	Indicateur de forçage du taux de remboursement de base pour une prestation CCAM	T	SP11
		95	Indicateur de forçage du taux de majoration de remboursement CRPCEN	T	SP11

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG_VF
		96	Indicateur de forçage du justificatif d'exonération pour une prestation CCAM	T	SP11
		97	Indicateur de forçage du taux de remboursement pour une prestation CCAM	T	SP11
		98	Indicateur de forçage de la BR pour une prestation CCAM	T	SP11
		99	Indicateur de forçage du PU pour une prestation CCAM	T	SP11
EF_VF06	Part complémentaire prestation	01	Montant théorique remboursable organisme complémentaire de la prestation	M	367-501-506
		02	Code indicateur de forçage montant théorique remboursable organisme complémentaire de la prestation	C	367-501-506
		94	Montant restant à ventiler	M	505
EF_VF07	Formule appliquée	01	Numéro de la formule appliquée	N	367
		02	Libellé de la formule appliqué	L	367
EF_VF08	Paramètre de la formule appliquée	01	Numéro du paramètre	N	367
		02	Valeur du paramètre	L	367
EF_VF09	Diagnostic du service de tarification complémentaire	01	Niveau de diagnostic	N	367
		02	Code service de tarification complémentaire émetteur du diagnostic	C	367
		03	Code diagnostic	C	367
		04	Libellé diagnostic	L	367
EF_VF10	Liste des formules applicables	01	Numéro de la formule applicable	N	367
		02	Libellé de la formule applicable	L	367
		03	Calcul théorique	L	367
EF_VF11	Paramètre de la formule applicable	01	Numéro du paramètre	N	367
		02	Valeur du paramètre	M	367
		03	Type (% ou montant)	C	367
		04	Valeur par défaut (en centième)	M	367
EF_VF12	Données administratives du service de tarification complémentaire	01	Code service de tarification complémentaire utilisé	C	367
		02	Numéro de version du service de tarification complémentaire utilisé	N	367
EF_VF13	Règle d'affichage des informations	01	Identifiant information concernée	L	367
		02	Top Affichage/modification	T	367

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG_VF
EF_VF94	Montant calculé	01	Montant total complémentaire calculé	M	
EF_VF96	Données utiles à la tarification complémentaire	01	PMSS	M	352
		02	Montant de la Participation Assuré « 18 euros »	M	362
EF_VF97	Paramètre de calcul contrat responsable	01	Taux conventionnel du dépassement autorisé	N	353
		02	Taux conventionnel maximum du dépassement maîtrisé	N	353
		03	Prix unitaire de la CS	M	353
		04	Prix unitaire de la MPC	M	353
		05	Prix unitaire de la MCS	M	353
		06	Prix unitaire de la MCC	M	353
		07	Prix unitaire de la MPC (caisse de rattachement)	M	353
		08	Prix unitaire de la MCS (caisse de rattachement)	M	353
		09	Prix unitaire de la MCC (caisse de rattachement)	M	353
EF_VF98	Données intermédiaires pour le taux	01	Date de référence pour le taux	D	310
		03	Taux de la prestation isolément	N	T8-TC8
		04	Taux lié à la nature d'assurance	N	T3
		05	Taux lié à la prévention	N	T12
		06	Taux lié à l'individu	N	T2
		07	Taux lié à la prestation	N	306
		08	Code couverture pour le taux	C	305
		09	Diminution du taux hors parcours	N	P0bis
		10	Taux lié aux soins particuliers exonérés	N	T5
		11	Taux lié aux soins aux nouveau-nés	N	T6
		12	Taux lié à une prestation exonérée	N	T4-TC2-TC3
		13	Taux de base de la prestation	N	T7
EF_VF99	Données intermédiaires pour la BR	01	Date de référence pour la Base de Remboursement	D	B1
		02	Nature du complément de prestation	C	B6-B6bis
		03	Montant du complément de prestation	M	B3-B7-B8-B9-B10-B11-B12
		04	Cumul des modificateurs forfait	M	BC2
		05	Cumul des modificateurs pourcentage	M	BC2

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG_VF
		06	Montant du supplément de charge en cabinet	M	BC3
		07	Indicateur prestation soumise à réduction	C	BC7
		08	Coefficient de réduction pour association	N	BC8-BC9
		09	Base de Remboursement hors forfaits	M	302

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

8 Liste des règles de gestion

VF Valoriser la facture 9

[RG_VF300] Arrondir un calcul 10

VF-AMO Valoriser la facture pour la part Obligatoire 11

VF01 Déterminer la base de remboursement de chaque prestation saisie par le Professionnel de Santé 13

[RG_VF_B1] Déterminer la date de référence pour la Base de Remboursement (EF_VF99_01) 15
[CP1] soins dentaires 15

VF01.01 Déterminer le Prix unitaire de la prestation 15

[RG_VF_B2] Déterminer le prix unitaire de la prestation non CCAM (EF_VF05_01) 17
[CP1] Prestation pharmacie avec codage 17
[CP2] Prestation LPP avec codage 17
[CP3] Prestations de type « supplément dérogatoire SMG » 17
[CP4] Prestation sanitaire non identifiée par l'AMO (SGS) 18
[CP5] Honoraire de dispensation généré 18
[CP6] Prestation de type complément AT 18
[CP7] Supplément APIAS (DAT) 19
[CP8] Dépassement pour Victime d'Attentat 19
[CP9] Refus de substitution d'un médicament princeps par le bénéficiaire des soins 19
[CP10] Indemnités kilométriques 20
[RG_VF_BC1] Déterminer le prix unitaire de la prestation CCAM (EF_VF05_01) 20

VF01.02 Déterminer les montants de majoration de la BR 20

VF01.02.01 Déterminer les montants de majoration de la BR pour une prestation non CCAM 21

[RG_VF_B6] Déterminer la nature du complément de prestation (EF_VF99_02) pour les prescripteurs 23
[RG_VF_B6bis] Déterminer la nature du complément de prestation (EF_VF99_02) pour les non prescripteurs 23
[RG_VF_B3] Déterminer le montant de la majoration d'urgence (EF_VF99_03) 24
[RG_VF_B7] Déterminer le montant de la majoration de nuit en pourcentage (EF_VF99_03) 24
[RG_VF_B8] Déterminer le montant de la majoration de nuit forfaitaire (EF_VF99_03) 25
[RG_VF_B9] Déterminer le montant de la majoration de nuit (EF_VF99_03) 25
[RG_VF_B10] Déterminer le montant de la majoration férié en pourcentage (EF_VF99_03) 26
[RG_VF_B11] Déterminer le montant de la majoration férié forfaitaire (EF_VF99_03) 26
[RG_VF_B12] Déterminer le montant de la majoration férié (EF_VF99_03) 26

VF01. 04 Déterminer le montant de la base de remboursement 27

[RG_VF403] Déterminer le montant restant à ventiler sur les prestations SGS (EF_VF05_11) 29
[RG_VF412] Montant de l'indemnité kilométrique 30
[RG_VF_B13] Déterminer le montant de la BR pour une prestation non CCAM (EF_VF05_02) 30
[CP1] Frais de déplacement de code prestation ID 31
[CP2] Frais de déplacement de code prestation IF 31
[CP3] Frais de déplacement forfaitaires (hors ID et IF) 32
[CP4] Frais de déplacement kilométriques 33
[CP5] Frais pharmaceutiques hors actes secondaires 33

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[CP6] Prestations LPP 34
[CP7] forfaits techniques d'un acte de scanographie 34
[CP8] forfaits techniques d'un acte d'I.R.M. 34
[CP9] Prestations Non Remboursables AMO 35
[CP10] Prestation sanitaire non identifiée par l'AMO (SGS) 35
[CP11] Prestation de type complément AT 35
[CP12] Prestations Gratuites 35
[SP03.1] Déterminer le montant de la BR en cas de forfaits dentaire CMU-C 36
[SP06] Déterminer le montant de la BR en AME 36
[RG_VF_BC4] Déterminer le montant de la BR pour une prestation CCAM (EF_VF05_02) 36
CP2] Prestations Non Remboursables AMO 36
[RG_VF301] Déterminer le montant de la BR conventionnée (EF_VF05_03) 36
[RG_VF302] Déterminer le montant de la BR hors forfaits (EF_VF99_09) 36

VF02 Déterminer le taux de remboursement de chaque prestation saisie par le Professionnel de Santé 38

[RG_VF_T1] Déterminer la date à retenir pour déterminer le taux de remboursement de la prestation (EF_VF98_01) 40
[CP1] Changement de situation d'exonération après la date de référence AMO 40
[CP2] Evolution législative du ticket modérateur de l'assuré 40
[CP3] Soins d'ODF 40
[RG_VF320] Facturer les prestations sur des factures différentes en cas d'évolution de la couverture du bénéficiaire 41

VF02.01 Déterminer le taux de remboursement de la prestation isolément 41

VF02.01.01 Déterminer le taux de remboursement lié à la nature d'assurance 43

[RG_VF_T3] Déterminer le taux de remboursement lié à la nature d'assurance (EF_VF98_04) 44

VF02.01.02 Déterminer le taux de remboursement lié à la prévention 44

[RG_VF_T12] Déterminer le taux de remboursement lié à la prévention (EF_VF98_05) 44
[CP1] Prestation CCAM 45

VF02.01.03 Déterminer le taux de remboursement lié à l'individu 45

[RG_VF305] Déterminer le code couverture du bénéficiaire à appliquer pour la détermination du taux de remboursement de la prestation (EF_VF98_08) 46
[CP1] Déterminer le top « taux du Régime Général pour un code couverture SNCF » (EF_VF98_16) 46
[RG_VF_T2] Déterminer le taux de remboursement lié à l'individu (EF_VF98_06) pour les prescripteurs 47
[CP1] Forçage d'une situation d'ALD par le Professionnel de Santé 47
[RG_VF_T2bis] Déterminer le taux de remboursement lié à l'individu (EF_VF98_06) pour les auxiliaires-médicaux 47
[CP1] Forçage d'une situation d'ALD par le Professionnel de Santé 47
[RG_VF_T2ter] Déterminer le taux de remboursement lié à l'individu (EF_VF98_06) pour les pharmaciens ou les fournisseurs 48
[CP1] Forçage d'une situation d'ALD par le Professionnel de Santé 48
[RG_VF_T2quater] Déterminer le taux de remboursement lié à l'individu (EF_VF98_06) pour les laboratoires 48
[CP1] Forçage d'une situation d'ALD par le Professionnel de Santé 48
[RG_VF_T2quint] Déterminer le taux de remboursement lié à l'individu (EF_VF98_06) en l'absence de code couverture 48

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[CP1] Forçage d'une situation d'ALD 49

VF02.01.04 Déterminer le taux de remboursement lié à la nature de la prestation 49

[RG_VF_T5] Déterminer le taux de remboursement lié aux soins particuliers exonérés (EF_VF98_10) 51
[CP1] Code couverture SNCF n'appliquant pas les taux du Régime Général 51
[RG_VF_T6] Déterminer le taux de remboursement lié aux soins aux nouveau-nés (EF_VF98_11) 51
[CP1] Code couverture SNCF n'appliquant pas les taux du Régime Général 52
[RG_VF_TC23] Déterminer le taux de remboursement lié à une prestation CCAM 52
[RG_VF_T4] Déterminer le taux de remboursement lié à une prestation non CCAM à coefficient exonérant (EF_VF98_12) 52
[RG_VF_T7] Déterminer le taux de remboursement de base de la prestation (EF_VF98_13) 53
[CP1] Code couverture SNCF n'appliquant pas les taux du Régime Général 53
[RG_VF306] Déterminer le taux de remboursement lié à la prestation (EF_VF98_07) 53

VF02.01.05 Déterminer le taux de remboursement de la prestation isolément 54

[RG_VF_T8] Déterminer le taux de remboursement de la prestation isolément (EF_VF98_03) 54
[CP1] Honoraires globaux (sauf honoraire complexe). 55
[CP2] PH1 et honoraires globaux (sauf honoraire complexe). 55

VF02.02 Déterminer l'exonération liée à d'autres prestations 55

[RG_VF_TC45] Déterminer le taux de remboursement de la prestation (EF_VF98_15) en fonction de la règle du seuil 56

VF02.03 Finaliser le taux de remboursement de la prestation 56

[RG_VF_T13] Finaliser le taux de remboursement de la prestation (EF_VF05_04) et déterminer le code justificatif d'exonération de la prestation (EF_VF05_05) 58
[CP2] Prestations Non Remboursables AMO 58
[CP3] Prestations Gratuites 59
[CP4] FSV (Fond de solidarité Vieillesse) 59
[CP5] Prestation de déplacement 59
[SP03.1] Déterminer le taux de la prestation en cas de forfaits dentaire CMU-C 59
[SP06] Déterminer le taux de la prestation en AME 59
[RG_VF_CC15] Contrôler la compatibilité entre le taux de remboursement de la prestation (EF_VF05_04) et le code justificatif d'exonération de la prestation (EF_VF05_05) 59

VF03 Déterminer le montant remboursable AMO de chaque prestation saisie par le Professionnel de Santé 61

VF03.01 Déterminer le montant remboursable AMO d'une prestation 63

[RG_VF_P1] Déterminer le montant remboursable AMO (EF_VF05_07) pour les situations différentes de « hors parcours de soins » 66
[RG_VF_P0bis] Déterminer la diminution du taux de remboursement à prendre en compte hors parcours de soins (EF_VF98_09) 66
[RG_VF_P1bis] Déterminer le montant remboursable AMO hors parcours de soins (EF_VF05_07) et la MTM restant à charge de l'assuré (EF_VF05_06) 67
[RG_VF_P2] Déterminer le montant du dépassement (EF_VF05_08) 67

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_VF_P3] Contrôler le respect des tarifs opposables pour des prestations support 68
[CP1] Existence d'un motif de dépassement 68
[RG_VF_P4] Contrôler le respect des tarifs opposables pour des prestations secondaires 68
[CP1] Existence d'un motif de dépassement 69
[RG_VF_P5] Contrôler le respect des plafonds des actes prothétiques 69
[SP03.1] Facturation d'un acte CCAM suivi d'un forfait dentaire CMU-C 69
[RG_VF_P5bis] Contrôler le montant du dépassement (EF_VF05_08) pour un acte dentaire NGAP 70
[SP03.1] Contrôler le montant du dépassement (EF_VF05_08) pour un acte dentaire NGAP avec forfait dentaire CMU-C 70
[RG_VF_P6] Contrôler le respect des tarifs opposables des soins dentaires (hors prothèses) ..70
[RG_VF_P7] Contrôler le respect des Prix Limite de Vente des produits de la LPP 70
[CP1] Facturation dans les DOM 71
[SP03] Situation de C2S 71
[SP04] Sortant de C2S 71
[RG_VF_P8] Contrôler le respect des tarifs opposables des prestations d'IVG 72

VF04 Déterminer et contrôler les totaux AMO de la facture 73

[RG_VF312] Déterminer le montant total remboursable AMO (EF_VF02_01) 73
[RG_VF313] Déterminer le montant total de la participation assuré (EF_VF02_02) 73
[RG_VF314] Déterminer le nombre total de prestation de la facture (EF_VF01_02) 73
[RG_VF315] Déterminer le montant total de la facture (EF_VF01_03) 74
[RG_VF410] Contrôler la cohérence entre le total des parts AMO et la prise en charge SMG ...74

VF05 Générer les suppléments dérogatoires SMG 75

[RG_VF404] Déterminer la présence de prestation(s) Remboursable(s) AMO dans la facture (EF_VF02_05) 78
[RG_VF405] Déterminer la présence de prestation(s) Non Remboursable(s) AMO dans la facture (EF_VF02_06) 78
[RG_VF406] Positionner le contexte SD_SMG pour prestations-R (EF_VF02_07) 78
[RG_VF407] Positionner le contexte SD_SMG pour prestations-NR (EF_VF02_07) 78

VF05.01 Déterminer la nécessité de générer des prestations SD_SMG ..78

[RG_VF401] Déterminer le montant du supplément SMG pour la facture (EF_VF02_03) 79
[CP1] Prise en charge SMG de SGS uniquement 80
[RG_VF_R40] Déterminer la nécessité de supplément(s) dérogatoire(s) SMG dans la facture (EF_VF02_04) 80
[CP1] Prise en charge SMG de SGS uniquement 80

VF05.02 Générer une prestation SD_SMG 80

VF06 Recalculer le montant des honoraires de chaque prestation 86

[RG_VF411] Déterminer le montant intermédiaire des honoraires de la prestation (EF_VF05_14) 88
[SP18] Déterminer le montant intermédiaire des honoraires de la prestation (EF_VF05_14) 88
[RG_VF409] Déterminer le montant calculé des honoraires de la prestation (EF_VF05_09) 88
[RG_VF408] Déterminer le montant à défalquer pour la prestation (EF_VF05_10) 89

VF07 Générer les suppléments en nature d'assurance AT 90

VF07.01 Générer les compléments AT Dentaires 91

[RG_VF_R51] Déterminer la nécessité d'un complément AT dentaire (EF_VF05_13) 93
[RG_VF340] Positionner la prestation de complément AT dentaire dans la facture 93

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

VF07.01.01 Acquérir les données de la prestation ATD 93

VF07.01.02 Contrôler les données de la prestation ATD 95

VF07.01.03 Déterminer les montants la prestation ATD 95

VF07.02 Générer le supplément APIAS 97

[RG_VF350] Déterminer le montant total effectif pris en charge au titre des APIAS (EF_VF02_08) 100
[RG_VF351] Déterminer le montant du supplément APIAS (EF_VF02_09) 100

VF07.02.01 Acquérir les données du supplément APIAS 101

VF07.02.02 Contrôler les données du supplément APIAS 103

VF07.02.03 Déterminer les montants du supplément APIAS 104

VF08 Générer les dépassements pour Victime d'Attentat 104

[RG_VF_R55] Déterminer le code prestation du dépassement pour « Victime d'Attentat » (EF_VF05_15) 107
[RG_VF341] Positionner la prestation de dépassement pour« Victime d'Attentat » dans la facture 107
[CP1] Prestation support suivie d'un complément AT 107

VF08.01 Acquérir les données de la prestation de dépassement pour Victime d'attentat 107

VF08.02 Contrôler les données de la prestation de dépassement pour Victime d'attentat 109

VF08.03 Déterminer les montants de la prestation de dépassement pour Victime d'attentat 111

VF-Complémentaire« Valoriser la facture pour la part complémentaire » 113

VF10 Déterminer la nécessité de la part complémentaire 116

[RG_VF360] Déterminer la nécessité du calcul de la part complémentaire pour la facture (EF_VF03_04) 116
[SP18] Bénéficiaire victime d'attentat 116

VF11 Tarifer la part complémentaire 117

VF11.01 Acquérir les données liées au calcul de la part complémentaire 119

[RG_VF352] Acquérir le PMSS (EF_VF96_01) 120
[CP1] Changement du PMSS dans une facture 120
[RG_VF362] Acquérir le montant de la participation assuré «18 euros» (EF_VF96_02) 120
[RG_VF353] Acquérir les paramètres de calcul « Contrats responsables » (EF_VF97) 120

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[CP1] Professionnel de santé hors métropole (selon la caisse de rattachement du professionnel de santé) 121
[CP2] Changement de valeur dans une facture....121

VF11.02 Appeler le service de tarification complémentaire....121

VF11.02.01 Préparer les informations nécessaires au service de tarification complémentaire 122

[RG_VF364] Renseigner l'interface d'appel du service de tarification complémentaire 124
[CP1] Acquérir les montants remboursables par l'organisme complémentaire avant appel (EF_VF06_01) et déterminer le code indicateur de forçage du montant théorique remboursable par la complémentaire (EF_VF06_02) 124
[RG_VF365] Filtrer les données médico-administratives contenues dans l'interface d'appel ...124

VF11.02.02 Appeler le service de tarification complémentaire spécifique.125

[RG_VF366] Appeler le service de tarification complémentaire spécifique 125

VF11.03 Tarifer avec un service de tarification complémentaire 125

[RG_VF369] Restituer le résultat du calcul du service de tarification complémentaire....126

VF11.04 Traiter la réponse du service de tarification complémentaire .126

[RG_VF367] Traiter la réponse du service de tarification complémentaire....127
[CP1] Présence d'un diagnostic....128
[CP2] Le service de tarification complémentaire restitue une liste de formules 128
[CP3] STS désactivés par le Professionnel de Santé....129
[CP4] Modifier les données restituées après appel et déterminer le code indicateur de forçage du montant théorique remboursable par la complémentaire (EF_VF06_2) 129
[CP5] Délivrance d'un médicament en cas de refus de substitution par l'assuré....130
[SP06] Traiter la réponse du service de tarification complémentaire....130

VF11.05 Acquérir la formule applicable pour chaque prestation 130

[RG_VF374] Sélectionner et compléter les paramètres de la formule applicable (niveau prestation ou niveau facture) (EF_VF07_01) 131
[CP1] Honoraires de Dispensation simples 131
[CP2] Honoraires de Dispensation globaux....131
[SP03] Demander la sélection de la formule applicable....131
[SP03.1] Forfait dentaire CMU-C 132

VF15 Renseigner les montants de la réponse de la prise en charge 135

[RG_VF500] Permettre les deux modes de répartition 136

VF15.01 Acquérir les montants de la part complémentaire pour chaque prestation de la facture....136

[RG_VF501] Acquérir le montant complémentaire pour chaque prestation (EF_VF06_01) dans le cadre de la réponse de prise en charge 138
[RG_VF502] Calculer la somme des montants de la part complémentaire de chaque prestation 138
[RG_VF503] Afficher le calcul du montant total de la part complémentaire....138

VF15.02 Ventiler le montant total de la réponse de prise en charge.....139

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_VF504] Acquérir le montant global de la réponse de prise en charge complémentaire (EF_VF03_03) 141
[RG_VF505] Déterminer le reste du montant complémentaire à ventiler 141
[CP1] Pour la première ligne d'acte 141
[RG_VF506] Calculer le montant remboursable de l'organisme complémentaire pour la prestation 141
[RG_VF507] Renseigner le montant total remboursable par l'organisme complémentaire 141

VF30 Terminer de facturer 143

[RG_VF399] Vérifier le non enrichissement sans cause 145
[RG_VF398] Calculer le reste à charge assuré (EF_VF01_01) 145
[RG_VF397] Afficher le reste à charge assuré 145
[RG_VF900] Calculer le montant payé par l'assuré (EF_VF01_04) 145

SP11 Forçage 146

[RG_VF_BC1] [SP11] Déterminer le prix unitaire de la prestation CCAM (EF_VF05_01) 152
[RG_VF_BC4] [SP11] Déterminer le montant de la BR pour une prestation CCAM (EF_VF05_02) 152
[RG_VF_T2] [SP11] Déterminer le taux de remboursement lié à l'individu (EF_VF98_06) pour les prescripteurs 154
[RG_VF_T2bis] [SP11] Déterminer le taux de remboursement lié à l'individu (EF_VF98_06) pour les auxiliaires-médicaux 154
[RG_VF_T2ter] [SP11] Déterminer le taux de remboursement lié à l'individu (EF_VF98_06) pour les pharmaciens ou un fournisseur 154
[RG_VF_T2quater] [SP11] Déterminer le taux de remboursement lié à l'individu (EF_VF98_06) laboratoires 154
[RG_VF_T7] [SP11] Déterminer le taux de remboursement de base de la prestation (EF_VF98_13) 154
[RG_VF_T13] [SP11] Finaliser le taux de remboursement de la prestation (EF_VF05_04) et déterminer le code justificatif d'exonération de la prestation (EF_VF05_05) 155
[RG_VF_P0bis] [SP11] Déterminer la diminution du taux de remboursement à prendre en compte hors parcours de soins (EF_VF98_09) 156
[RG_VF_P1] [SP11] Déterminer le montant remboursable AMO (EF_VF05_07) pour les situations différentes de « hors parcours de soins » 156
[SP11] [CP1] Délivrance d'un médicament en cas de refus de substitution par l'assuré 156
[RG_VF_P1bis] [SP11] Déterminer le montant remboursable AMO hors parcours de soins (EF_VF05_07) et la MTM restant à charge de l'assuré (EF_VF05_06) 156
[RG_VF_P3] [SP11] Contrôler le respect des tarifs opposables pour des prestations support 156
[RG_VF_P4] [SP11] Contrôler le respect des tarifs opposables pour des prestations secondaires 157
[RG_VF_P5] [SP11] Contrôler le respect des plafonds des actes prothétiques 157
[RG_VF_P6] [SP11] Contrôler le respect des tarifs opposables des soins dentaires (hors prothèses) 157
[RG_VF_P7] [SP11] Contrôler le respect des Prix Limite de Vente des produits de la LPP 157
[RG_VF312] [SP11] Déterminer le montant total remboursable AMO (EF_VF02_01) 157
[RG_VF_R40] [SP11] Déterminer la nécessité de supplément(s) dérogatoire(s) SMG dans la facture (EF_VF02_04) 158
[RG_VF508] [SP11]Calculer la somme des montants complémentaire de chaque prestation 161
[RG_VF509] [SP11]Contrôler la somme calculée avec le montant total remboursable organisme complémentaire de la facture 161
[SP11] [CP1] Montant total non renseigné 161
[SP11] [CE1] Montants différents 161
[RG_VF367] [SP11] Traiter la réponse du service de tarification complémentaire (EF_VF06_02) 161

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Facturation SESAM-Vitale

Ordonnance du 24/04/1996

1.40 - Addendum 8

Mai 2024

MF : Mettre en forme la FSE et/ou la DRE

Version	8.50
Date	05/01/2024
Référence	FACT-SFG-016
Information	RESTREINTE
Etat	PROVISOIRE

GIE SESAM-Vitale
5, boulevard Marie et Alexandre Oyon – 72 019 LE MANS Cedex 2
www.sesam-vitale.fr

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.

TABLE DES MATIERES

1 INTRODUCTION....5

1.1 OBJET DU DOCUMENT....5
1.2 POSITIONNEMENT DU DOCUMENT....5
1.3 CONTENU DU DOCUMENT....5
1.4 DOCUMENTS DE REFERENCE....5
1.5 ABREVIATIONS....5
1.6 DEFINITIONS....5
1.7 GUIDE DE LECTURE....5

2 PRESENTATION DE LA FONCTIONNALITE « MF : METTRE EN FORME LA FSE ET/OU LA DRE » 6

2.1 POSITIONNEMENT DE LA FONCTIONNALITE....6
2.2 DESCRIPTION DE LA FONCTIONNALITE....7

3 DESCRIPTION DETAILLEE DE LA FONCTIONNALITE « MF : METTRE EN FORME LA FSE ET/OU LA DRE »....9

3.1 MF01 : DETERMINER LES PARAMETRES DE MISE EN FORME DE LA FSE ET/OU LA DRE....9
3.1.1 MF01.01 : Déterminer le type de facturation et le type de flux....11
3.1.2 MF01.02 : Déterminer la norme d'échange de la FSE et/ou de la DRE....16
3.1.3 MF01.03 : Déterminer le marquage de la FSE et/ou de la DRE....17
3.2 MF02 : DETERMINER LE MODE DE SECURISATION DE LA FSE ET/OU DE LA DRE....18
3.3 MF03 : CONSTITUER LA FSE ET/OU LA DRE....23
3.4 MF04 : CHIFFRER LES DONNEES DE LA FSE ET/OU DE LA DRE....25
3.5 MF05 : SIGNER LA FSE ET/OU LA DRE AVEC LA CARTE VITALE....26
3.5.1 MF05.02 : Contrôler la carte Vitale avant signature....27
3.5.2 MF05.05 : Signer la FSE et/ou la DRE avec la carte Vitale....31
3.6 MF07 : DETERMINER LE CRITERE DE REGROUPEMENT EN LOT DE LA FSE ET/OU DE LA DRE....32
3.7 MF09 : SAUVEGARDER LES ELEMENTS CONSTITUTIFS DE LA FACTURE....35
3.8 MF10 : FINALISER LA FACTURATION....36
3.8.1 MF10.01 : Mettre à disposition des informations à destination du bénéficiaire de soins....38
3.8.2 MF10.02 : Mettre à disposition des informations à destination du Professionnel de Santé 41
3.8.3 MF10.03 : Mettre à disposition la Feuille de soins papier pour le mode dégradé....46
3.9 MF13 : DETERMINER LE STATUT DE LA FSE ET/OU DE LA DRE....48
3.10 MF15 : SIGNER LA FSE ET/OU LA DRE AVEC LA CPS....49
3.11 MF16 : SIGNER LA FSE ET/OU LA DRE AVEC L'APCV....50
3.11.1 MF16.01 : Contrôler la validité du contexte ApCV....52
3.11.2 MF16.02 : Contrôler la validité du support de droits AMO....54
3.11.3 MF16.03 : Calculer l'empreinte de la FSE et/ou la DRE....55
3.11.4 MF16.04 : Préparer les données du résumé de la facture....56
3.11.5 MF16.05 : Demander la signature Vitale de la FSE et/ou la DRE....58
3.11.6 MF16.06 : Ajouter la signature Vitale à la FSE et/ou la DRE....61

4 SP11 : SITUATION SPECIFIQUE DE FORÇAGE....62

5 DF_MF : DOMAINE D'INFORMATION « METTRE EN FORME LA FSE ET/OU LA DRE »....74

5.1 MODELE DE DONNEES « METTRE EN FORME LA FSE ET/OU LA DRE »....74
5.2 MODELE DE DONNEES « SAUVEGARDE DES ELEMENTS CONSTITUTIFS DE LA FACTURE »....74
5.3 MODELE DE DONNEES « RESUME DE LA FACTURE (APCV) »....75
5.4 LISTE DES DONNEES FONCTIONNELLES POUR CHAQUE ENTITE....75

6 ANNEXE 1 : REGLES DE VALORISATION DE LA FSE ET DE LA DRE....78

7 LISTE DES REGLES DE GESTION....94

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

SCHEMAS DES OPERATIONS

FIGURE 1 : [MF] PERIMETRE DE « METTRE EN FORME LA FSE ET/OU LA DRE » 6
FIGURE 2 : [SC_MF] ENCHAINEMENT DE LA FONCTIONNALITE MF «METTRE EN FORME LA FSE ET/OU LA DRE»....8
FIGURE 3 : [SC_MF01] ENCHAINEMENT DES TACHES DE L'OPERATION « MF01 : DETERMINER LES PARAMETRES DE MISE EN FORME DE LA FSE ET/OU DE LA DRE » 10
FIGURE 4 : [SC_MF05] ENCHAINEMENT DES REGLES DE L'OPERATION « MF05 : SIGNER LA FSE ET/OU DE LA DRE AVEC LA CARTE VITALE »....27
FIGURE 5 : [SC_MF05.02] ENCHAINEMENT DE LA TACHE « MF05.02 : CONTROLER LA CARTE VITALE AVANT SIGNATURE » 27
FIGURE 6 : [SC_MF05.02.01] ENCHAINEMENT DE LA TACHE « MF05.02.01 : RELIRE LA CARTE VITALE» 28
FIGURE 7 : [SC_MF10] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE « MF10 : FINALISER LA FACTURATION »....37
FIGURE 8 : [SC_MF16] ENCHAINEMENT DES TACHES DE L'OPERATION « MF16 : SIGNER LA FSE ET/OU LA DRE AVEC L'APCV »....51
FIGURE 9 : [SC_MF16.01] ENCHAINEMENT DE LA TACHE « MF16.01 : CONTROLER LA VALIDITE DU CONTEXTE APCV»....52
FIGURE 10 : [DF_MF] MODELE DE DONNEES « METTRE EN FORME LA FSE ET/OU LA DRE »....74
FIGURE 11 : [EF_MF14]MODELE DE DONNEES « SAUVEGARDE DES ELEMENTS CONSTITUTIFS DE LA FACTURE »....75
FIGURE 12 : EF_MF20 MODELE DE DONNEES « RESUME DE LA FACTURE (APCV) » 75

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

1 Introduction

1.1 Objet du document

Ce document a pour but de spécifier la fonctionnalité « MF : Mettre en forme la FSE et/ou la DRE ».

1.2 Positionnement du document

Cf. Guide de lecture référencé FACT-SFG-009.

1.3 Contenu du document

Outre ce chapitre introductif, ce document de spécifications fonctionnelles générales comporte les chapitres suivants :

- le chapitre 2 présente la fonctionnalité « MF : Mettre en forme la FSE et/ou la DRE »,
- les chapitres 3 décrit les opérations de la fonctionnalité « MF : Mettre en forme la FSE et/ou la DRE »,
- le chapitre 4 décrit les situations spécifiques,
- le chapitre 5 contient la synthèse des entités fonctionnelles utilisées,
- le chapitre 6 est une annexe contenant les règles de valorisation de la FSE et/ou de la DRE.
- le chapitre 7 contient la liste des règles de gestion.

1.4 Documents de référence

Les documents de référence sont présentés dans le document GD (référencé FACT-SFG-009) du package documentaire.

1.5 Abréviations

Les abréviations utilisées sont répertoriées dans le document GD (référencé FACT-SFG-009) du package documentaire.

1.6 Définitions

Les définitions sont répertoriées dans le document GD (référencé FACT-SFG-009) du package documentaire.

1.7 Guide de lecture

Cf. document spécifique GD (référencé FACT-SFG-009).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

2 Présentation de la fonctionnalité « MF : Mettre en forme la FSE et/ou la DRE »

2.1 Positionnement de la fonctionnalité

L'objet de cette fonctionnalité est de mettre en forme, chiffrer et signer la FSE et/ou la DRE à transmettre aux organismes d'Assurance Maladie.

Cette fonctionnalité intervient suite à la valorisation de l'ensemble des montants de la facture pour la prise en charge de la part obligatoire et de la part complémentaire par les organismes d'Assurance Maladie.

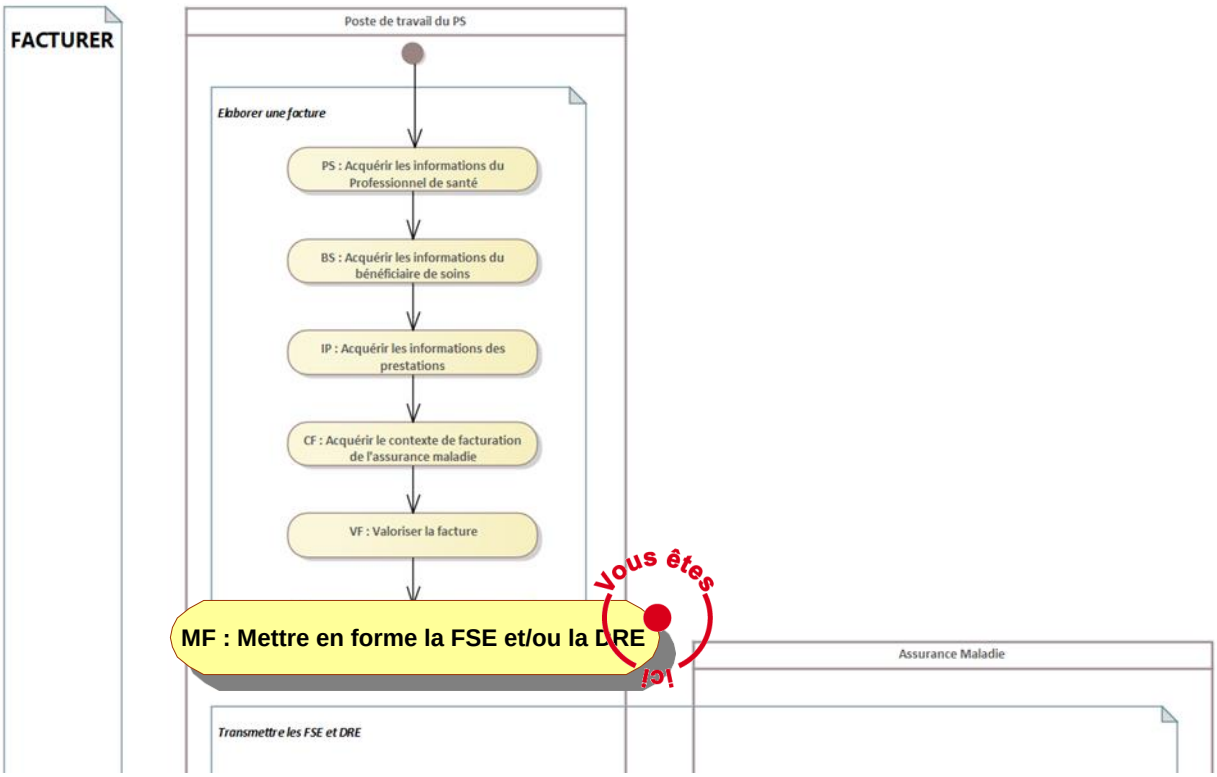


Figure 1 : [MF] Périmètre de « Mettre en forme la FSE et/ou la DRE »

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

2.2 Description de la fonctionnalité

Vue générale

Nom ***MF Mettre en forme la FSE et/ou la DRE***

Description

L'objet de cette fonctionnalité est de mettre en forme la FSE et/ou la DRE à transmettre aux organismes d'Assurance Maladie.

Pour mettre en forme la FSE et/ou la DRE, le système de facturation :

- détermine les paramètres de mise en forme de la FSE et/ou de la DRE ;
- détermine le mode de sécurisation (SESAM-Vitale, SESAM sans Vitale) qui va être appliqué pour la signature de la FSE et/ou de la DRE ; le mode de sécurisation SESAM-Vitale en désynchronisé est possible. Une facture électronique en mode désynchronisé est signée dans un premier temps en présence du support Vitale puis dans un second par la CPS.

  En l'absence de support Vitale, le système de facturation a un comportement spécifique (cf situation spécifique SP09 : Absence de support Vitale), une facture électronique en mode dégradé est créée et sécurisée uniquement en présence de la CPS. ;
- constitue la FSE et/ou la DRE selon les paramètres de mise en forme ;
- chiffre certaines données de la FSE et/ou de la DRE ;
- permet la signature de la FSE et/ou de la DRE ;
- et détermine les critères de regroupement en lot de la FSE et/ou de la DRE.

Le système de facturation permet également :

- la sauvegarde les éléments constitutifs de la facture,
- et la finalisation de la facturation par la mise à disposition de certaines informations.

Le système de facturation indique que la FSE et/ou la DRE sont prêtes à être émises.

Entrées	Domaine d'informations « Professionnel de Santé »	DF_PS
	Domaine d'informations « Bénéficiaire de Soins »	DF_BS
	Domaine d'informations « Prestation »	DF_IP
	Domaine d'informations « Contexte Facturation»	DF_CF
	Domaine d'informations « Valoriser la Facture »	DF_VF
Sorties	Domaine d'informations « Mettre en forme la FSE et/ou la DRE »	DF_MF
	Domaine d'informations « Sauvegarde des éléments constitutifs de la facture »	
Situations spécifiques	PS Remplaçant	SP02
	Bénéficiaire de la C2S	SP03
	Bénéficiaire de l'AME	SP06
	Absence de support Vitale	SP09
	Forçage	SP11
	PS utilisant les services d'un OCT	SP12

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

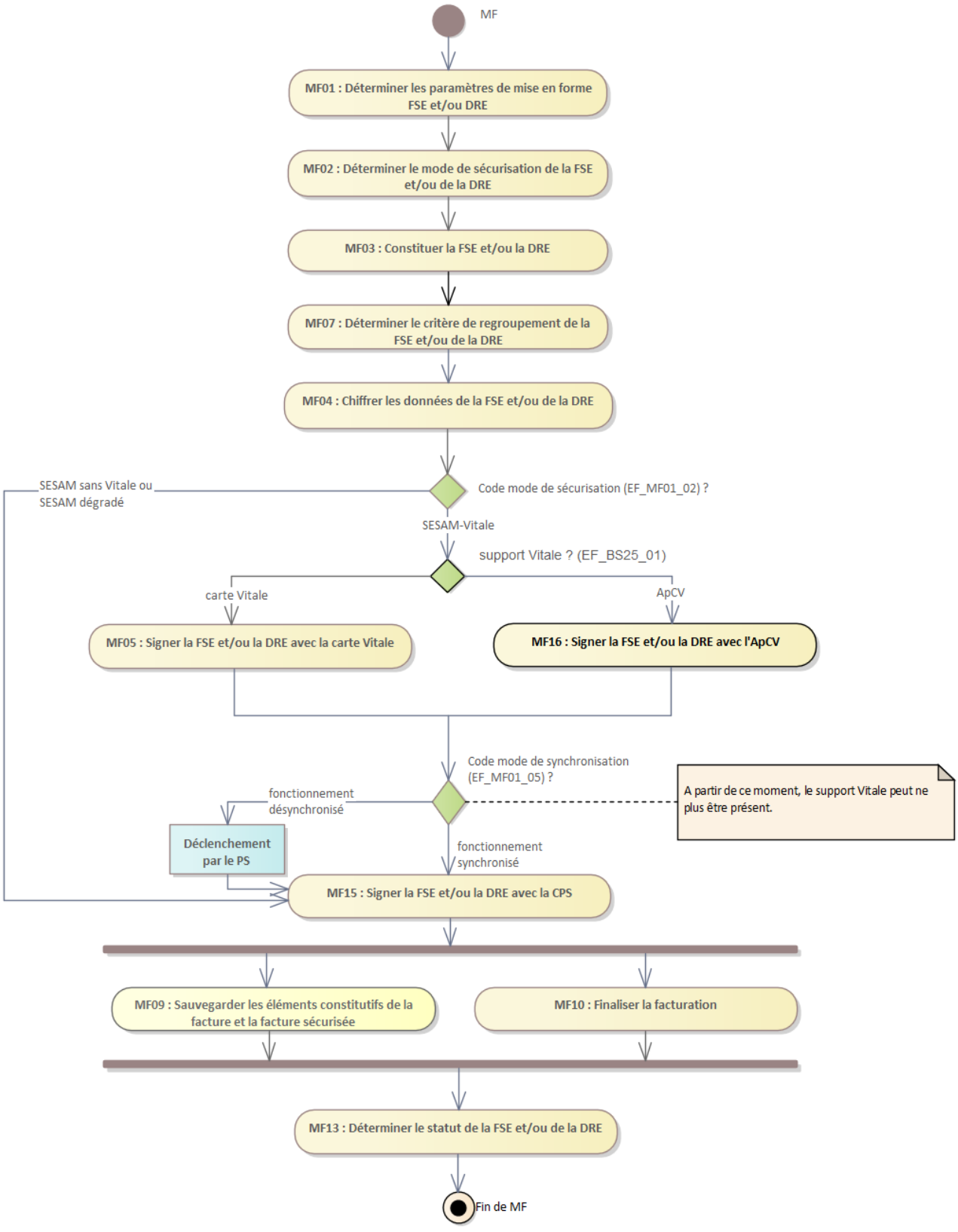


Figure 2 : [SC_MF] Enchaînement de la fonctionnalité MF «Mettre en forme la FSE et/ou la DRE»

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3 Description détaillée de la fonctionnalité « MF : Mettre en forme la FSE et/ou la DRE »

3.1 MF01 : Déterminer les paramètres de mise en forme de la FSE et/ou la DRE

Vue générale

Nom ***MF01 Déterminer les paramètres de mise en forme de la FSE et/ou de la DRE***

Description Cette opération consiste à déterminer les paramètres permettant la constitution de la FSE et/ou de la DRE.

Ces paramètres sont :

- le type de facturation (ex : FSE AMO seule, FSE + DRE…) déterminé en fonction de la présence des informations relatives à la part obligatoire et à la part complémentaire ;
- le type de flux (FSE ou DRE) déterminé à partir du type de facturation ;
- la norme d'échange attendue par les organismes d'Assurance Maladie ;
- le marquage de la FSE et/ou de la DRE (réel, test ou démo).

Entrées	Domaine d'informations « prestation facture »	DF_IP
	Domaine d'informations « valoriser la facture »	DF_VF
	Données administratives et de routage	EF_CF16
	Code mode de gestion complémentaire	EF_BS16_01
	Code utilisation des services d'un OCT	EF_PS04_12
	Code autorisation éclatement FSE	EF_PS04_13
	Code famille du professionnel de santé	EF_PS04_09
	Code spécialité	EF_PS03_14
	Code indicateur centre de santé	EF_PS04_11
Sorties	Type de facturation	EF_MF01_01
	Type de flux	EF_MF01_04
	Code norme d'échange	EF_MF01_03
	Marquage de la FSE et/ou de la DRE	EF_MF01_08
Situations spécifiques	Absence de support Vitale	SP09

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

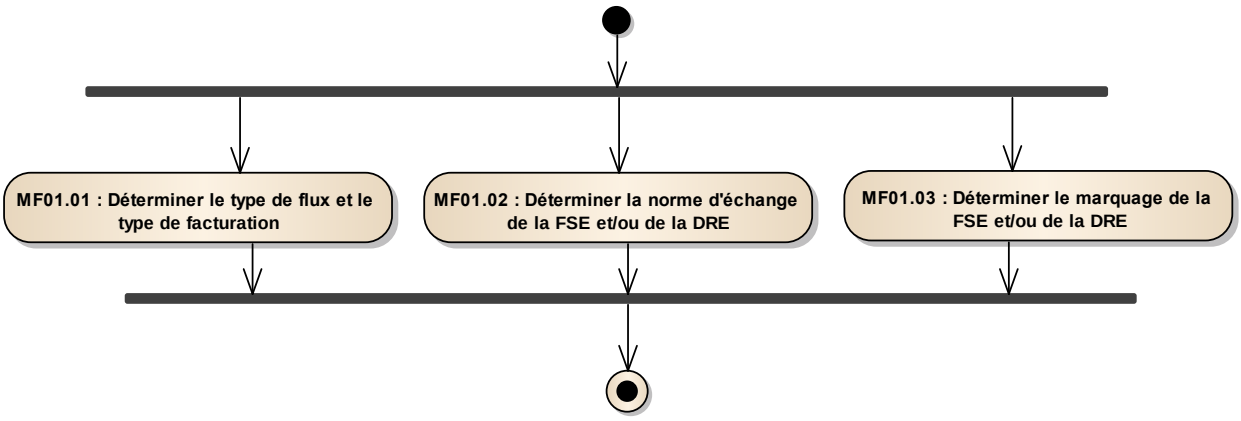


Figure 3 : [SC_MF01] Enchaînement des tâches de l'opération « MF01 : Déterminer les paramètres de mise en forme de la FSE et/ou de la DRE »

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.1.1 MF01.01 : Déterminer le type de facturation et le type de flux

Vue générale

Nom ***MF01.01 Déterminer le type de facturation et le type de flux***

Description Le système de facturation détermine le type de facturation en fonction des éléments constitutifs de la facture, c'est-à-dire :

- la présence d'une part obligatoire,
- la présence d'une part complémentaire dans le cadre d'une gestion unique ou d'une gestion séparée.

Les différents types de facturation peuvent être :

- une **FSE AMO seule** contenant les informations relatives à la part obligatoire et aucune donnée sur la part complémentaire,
- une **FSE et une DRE** où la FSE contient les informations relatives à la part obligatoire et la DRE contient les informations relatives à la part complémentaire dans le cadre d'une gestion séparée
- une **FSE en gestion unique** contenant les informations relatives à la part obligatoire et les informations relatives à la part complémentaire dans le cadre d'une gestion unique,
- une **FSE enrichie**, contenant les informations relatives à la part obligatoire et les informations relatives à la part complémentaire dans le cadre d'une gestion séparée et lorsque le professionnel de santé utilise les services d'éclatement de la FSE par un OCT,
- une **DRE seule** contenant les informations relatives à la part complémentaire dans le cadre d'une gestion séparée,
- une **DRE d'annulation**,

Dans certains cas (pas de convention SESAM-Vitale, abandon de la prise en compte de la part complémentaire dans SESAM-Vitale…), le Professionnel de Santé peut néanmoins demander la transmission de la part complémentaire dans un flux AMC hors SESAM-Vitale.

Le type de flux est généré (FSE, DRE) à partir du type de facturation.

Entrées	Domaine d'informations « prestation facture »	DF_IP
	Domaine d'informations « valoriser la facture »	DF_VF
	Données administratives et de routage	EF_CF16
	Code mode de gestion complémentaire	EF_BS16_01
	Code utilisation des services d'un OCT	EF_PS04_12
	Code autorisation éclatement FSE	EF_PS04_13
Sorties	Type de facturation	EF_MF01_01
	Type de flux	EF_MF01_04

Situations spécifiques Aucune

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

[RG_MF001] Déterminer le type de facturation (EF_MF01_01)	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

En présence d'un acte remboursable AMO, les informations relatives à la part obligatoire sont transmises dans une FSE (FSE AMO seule, FSE et DRE, FSE en gestion unique).

Pour la part complémentaire, le système de facturation détermine le type de facturation en fonction de différentes situations décrites ci-après.

FSE en gestion unique, FSE+DRE, DRE

Les informations relatives à l'Assurance Maladie Complémentaire sont :

- soit à transmettre dans une DRE, pour un mode de gestion séparée et si le Professionnel de Santé n'utilise pas les services d'un OCT pour l'éclatement de FSE,
- soit à inscrire dans la FSE pour un mode de gestion unique.

DRE d'annulation

La convention applicable sélectionnée pour la transmission initiale de la part complémentaire doit présenter une acceptation par l'organisme complémentaire de la réception d'une DRE d'annulation.

Les règles de création d'une « DRE d'annulation » sont les suivantes : Dans le cas de la transmission d'une DRE initiale :

- si la DRE initiale n'a pas été transmise au bon destinataire,
- si la DRE initiale a été transmise avec une erreur sur les données d'identification de l'assuré AMC (numéro d'adhérent),
- si en présence du bénéficiaire et après transmission de la DRE initiale, le Professionnel de Santé doit refaire une DRE en lieu et place de la DRE initiale (changement dans la prestation à l'initiative de l'assuré).
- si un rejet a été émis par l'AMO concernant une FSE pour laquelle la DRE a été créée.

Dans le cas de la transmission d'une FSE contenant les informations relatives à la part complémentaire transmise à un OCT, pour éclatement :

- un rejet a été émis par l'AMO concernant une FSE pour laquelle une part complémentaire a été créée.

L'annulation d'une DRE est une opération réalisée au choix du Professionnel de Santé, indépendamment de la présence ou non d'un OCT.

RH-INTEG-DSF-020_1h_ComplémentTechnique

Récapitulatif

La détermination des types de flux à transmettre est réalisée par le système de facturation, en fonction des différentes situations décrites ci-dessous.

- présence ou non d'un acte remboursable AMO dans la facture (Montant remboursable AMO pour chaque prestation - EF_VF05_07),
- présence ou non d'une part complémentaire en gestion unique ou en gestion séparée,

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

La présence ou non d'une part complémentaire en gestion unique ou en gestion séparée est analysée à partir de 2 informations :

- code mode de gestion complémentaire (EF_BS16_01) précisant s'il s'agit d'une gestion séparée ou d'une gestion unique ;
- présence d'informations relatives à la part complémentaire à l'issue de la fonctionnalité « Valoriser la facture » (EF_VF03,…) ;

- utilisation ou non par le Professionnel de Santé des services d'éclatement par l'OCT (EF_PS04_13).

Présence d'un acte AMO à transmettre	Présence d'une part complémentaire (EF_VF06_01)	Mode de gestion : EF_BS16_01	Eclatement par un OCT EF_PS04_13	Type de facturation EF_MF01_01	Remarque
Au moins un acte remboursable par l'AMO	NON(1)	Sans objet	Sans objet	FSE AMO seule	
	OUI	Gestion unique	Sans objet	FSE en gestion unique	
	OUI	Gestion séparée	oui	FSE enrichie	FSE enrichie avec donnée d'adressage AMC
	OUI		non	FSE + DRE	
Pas d'acte remboursable par l'AMO	OUI	Gestion unique	Sans objet	FSE en gestion unique	
	OUI	Gestion séparée	oui	FSE enrichie	FSE enrichie avec donnée d'adressage AMC
	OUI		non	DRE seule	
Demande du PS d'une DRE d'annulation (2)	OUI	Gestion séparée	Sans objet	DRE d'annulation	

(1) Remarque :
En nature d'assurance SMG (EF_CF02_02= « SMG »), ainsi qu'en contexte APIAS (EF_CF06_06=VRAI), ou lorsque le bénéficiaire des soins relève de la situation spécifique « Victime d'Attentat » (SP18), la part complémentaire est nécessairement non renseignée et donc le type de facturation est « FSE AMO seule ».

Il en est de même dans le cas d'une facture anonymisée (EF_IP01_10= « oui »).

(2) Le Professionnel de Santé doit indiquer la DRE à annuler avant la mise en forme et sécurisation de la facture.

Rappel : en gestion unique, lorsque le professionnel de santé applique le hors tiers payant sur la complémentaire, la part complémentaire n'est pas déterminée (cf. RG_VF360) et donc les informations relatives à la part complémentaire ne sont pas transmises.

Cas particuliers

[CP1] Aucune données administratives et de routage

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

En cas d'absence d'une des informations d'adressage (EF_CF14), le PS ne peut pas transmettre les informations de la complémentaire dans une DRE.

Dans le cas où aucune donnée administrative et de routage n'est présente pour la part complémentaire en gestion séparée (EF_CF16_01= « GS ») et que le Professionnel de Santé a choisi de transmettre les informations de la complémentaire par un autre moyen hors SESAM-Vitale (flux direct ou flux papier).

Le tableau ci-dessous récapitule les types de flux à émettre selon les situations.

Présence d'un acte AMO à transmettre	Autorisation du PS éclatement de FSE par un OCT EF_PS04_13	Type de facturation EF_MF01_01	Remarque
Au moins un acte remboursable par l'AMO	non	FSE AMO seule	Possibilité d'avoir un flux AMC actuel
	oui	FSE enrichie	Possibilité d'avoir la part complémentaire dans une FSE enrichie sans données d'adressage.
Pas d'acte remboursable par l'AMO	non	Non renseigné	Arrêt du processus SESAM-Vitale Possibilité d'avoir un flux AMC actuel
	oui	FSE enrichie	Possibilité d'avoir la part complémentaire dans une FSE enrichie sans données d'adressage

[RG_MF002] Déterminer les flux à transmettre (EF_MF01_04)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Il existe 2 types de flux :

- FSE
- DRE

En fonction du type de facturation (EF_MF01_01), le LPS met en forme et transmet soit un seul flux FSE ou DRE) soit deux flux : une FSE et une DRE.

Le système de facturation détermine les flux à transmettre (FSE et/ou DRE) en fonction du type de facturation :

Type de facturation (EF_MF01_01)	Type de flux à transmettre		
	FSE	DRE	(EF_MF01_04)
FSE AMO seule	oui	non	FSE
FSE + DRE	oui	oui	FSE ; DRE
FSE en gestion unique	oui	non	FSE
FSE enrichie	oui	non	FSE

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

DRE seule	non	oui	DRE
DRE d'annulation	non	oui	DRE

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.1.2 MF01.02 : Déterminer la norme d'échange de la FSE et/ou de la DRE

Vue générale

Nom ***MF01.02 Déterminer la norme d'échange de la FSE et/ou de la DRE***

Description Une FSE ou une DRE est composée d'un ensemble de données nécessaires à son élaboration.

Le système de facturation détermine la norme d'échange en fonction de la famille du Professionnel de Santé, de sa spécialité et de son appartenance à un Centre de Santé.

La norme d'échange définit l'ensemble des données nécessaires. Elle est identique pour la FSE et pour la DRE. Ces données sont organisées sous la forme d'entités (Type 2, type 4…).

Entrées	Code famille du professionnel de santé	EF_PS04_09
	Code spécialité	EF_PS03_14
	Code indicateur centre de santé	EF_PS04_11
Sorties	Code norme d'échange	EF_MF01_03
Situations spécifiques	Aucune	

Règles de gestion

[RG_MF004] Déterminer le code norme d'échange (EF_MF01_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le tableau ci-dessous récapitule la règle de détermination de la norme d'échange à utiliser pour la FSE et pour la DRE :

Centre de santé (EF_PS04_11)	Famille de PS (EF_PS04_09)	Sous-famille de PS (EF_PS04_10)	Code norme d'échange (EF_MF01_03)
non	Auxiliaires-Médicaux	Infirmier	IF
	"	Masseur Kinésithérapeute	MK
	"	Pédicure Podologue	PE
	"	Orthophoniste	OO
	"	Orthoptiste	OY
	Prescripteurs	Médecin	ER
		Chirurgien-dentiste	
		Sage-femme	
	Pharmaciens	*Sans objet*	PH
	Fournisseurs	*Sans objet*	FR
	Laboratoires d'analyses de biologie médicale	*Sans objet*	LB
oui	Toutes hors Pharmaciens et Fournisseurs (cf. RG_PS031)		CS

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.1.3 MF01.03 : Déterminer le marquage de la FSE et/ou de la DRE

Vue générale

Nom ***MF01.03 Déterminer le marquage de la FSE et/ou de la DRE***

Description Le système de facturation détermine le marquage de la FSE et/ou de la DRE en fonction du type de support Vitale et de la catégorie de CPS.

En fonction du support Vitale (EF_BS_25_01), le type est celui de la carte Vitale ou celui de l'ApCV

Entrées	Code support Vitale	EF_BS25_01
	Type de la carte Vitale	EF_BS01_02
	Type de l'ApCV	EF_BS26_02
	Catégorie de carte PS	EF_PS01_02
Sorties	Marquage de la FSE et/ou de la DRE	EF_MF01_08
Situations spécifiques	Absence de support Vitale	SP09

Règles de gestion

[RG_MF012] Déterminer le marquage de la FSE et/ou de la DRE (EF_MF01_08)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les marquages possibles sont les présentés dans le tableau ci-dessous.

Type de support Vitale / Catégorie de CPS	Réelle	Test	Démo
Réelle	**Réel**	(interdit)	**Démo**
Test	(interdit)	**Test**	**Démo**

Situations spécifiques

[SP09] Déterminer le marquage de la FSE et/ou de la DRE (EF_MF01_08)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de dysfonctionnement ou d'absence de support Vitale, le marquage est déterminé comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

Catégorie de CPS	marquage de la FSE et/ou de la DRE (EF_MF01_08)
Réelle	**Réel**
Test	**Test**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.2 MF02 : Déterminer le mode de sécurisation de la FSE et/ou de la DRE

Vue générale

Nom ***MF02 Déterminer le mode de sécurisation de la FSE et/ou de la DRE***

Description L'objet de cette opération est de déterminer le mode de sécurisation de la FSE et/ou de la DRE.

Les modes de sécurisation possibles sont :

- Le mode de sécurisation **SESAM-Vitale** qui nécessite
  - Soit la présence simultanée du support Vitale et de la CPS,
  - soit une sécurisation en 2 temps : (la sécurisation **désynchronisée**) la première sécurisation est réalisée en présence du support Vitale seul et la deuxième en présence de la CPS seule.

    • Par exemple, lorsque la facture est élaborée avec une CPE non habilitée à signer des FSE, la facture est sécurisée dans un premier temps par le support Vitale (la CPE est non utilisée), et dans un 2ème temps par la CPS correspondant à cette CPE.
- Le mode de sécurisation **SESAM sans Vitale** qui nécessite uniquement la présence de la CPS dans le lecteur.
- Le mode de sécurisation **SESAM-Vitale dégradé**, dans lequel aucun support Vitale n'est présent, la sécurisation est réalisée par la CPS seule.
  Ce mode est notamment utilisé en l'absence de support Vitale (SP09)

Pour les AMO, la pièce justificative est la FSE pour les modes de sécurisation SESAM-Vitale et SESAM sans Vitaleet la feuille de soins papier pour le mode dégradé

Entrées	Code spécialité	EF_PS03_14
	Type de facturation	EF_MF01_01
	~~Code contraceptif d'urgence à la mineure~~	~~EF_IP01_04~~
	Code contexte d'anonymisation potentielle de la facture	EF_IP01_09
	Groupe fonctionnel général	EF_IP05_03
	Groupe fonctionnel détail	EF_IP05_04
Sorties	Code mode de sécurisation	EF_MF01_02
	Code mode de synchronisation	EF_MF01_05
Situations spécifiques	Absence de support Vitale	SP09

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

[RG_MF003] Déterminer le mode de sécurisation (EF_MF01_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation détermine le mode de sécurisation.

FSE

Une FSE en mode de sécurisation SESAM-Vitale ne peut être créée sans le support Vitale du patient ni la Carte du Professionnel de Santé qui sont des composants essentiels de la sécurité du système SESAM-Vitale. La sécurisation des FSE peut être réalisée lorsque ces deux supports sont présents, simultanément ou pas (sécurisation **désynchronisée)** , (sauf cas particuliers spécifiés ci-après).

De façon nominale, le mode de sécurisation est donc le mode SESAM-Vitale.

DRE

Le mode de sécurisation d'une DRE (DRE réalisée avec une FSE ou DRE réalisée seule) est identique au mode de sécurisation de la FSE.

Cas particuliers

[CP1] Laboratoires d'analyse, médecins en anatomo-cyto-pathologie, directeurs de laboratoire médecins

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La présence du support Vitale n'est pas obligatoire pour signer la FSE pour les Professionnel de Santé suivants :

- pour la famille des laboratoires d'analyse de biologie médicale,
- les médecins spécialisés en anatomo-cyto-pathologie (spécialité 37),
- les médecins directeurs de laboratoire médecin (hors Centre de Santé) (spécialité 38),

Dans ces cas, le mode de sécurisation SESAM sans Vitale est autorisé.

Références réglementaires :

- R161-43-1-II du code sécurité sociale

[CP2] Délivrances de certains produits LPP

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Lors de la délivrance de certains produits de la LPP destinés à la location ainsi que des prestations délivrées au long cours inscrites au Titre I et Titre II de la LPP le pharmacien ou le fournisseur est, dans ces deux cas, autorisé à utiliser le mode de sécurisation SESAM sans Vitale.

☞ La liste des produits de la LPP pour laquelle le mode de sécurisation SESAM sans Vitale est autorisé est fixée par arrêté.

Références réglementaires :

- R161-43-1-II du code sécurité sociale
- Arrêté du 10/02/2004 modifié

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[CP3] Prestations de télémédecine

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce cas particulier concerne les factures comportant au moins une prestation de télémédecine (EF_IP05_03 = « Télémédecine »).

Dans ce cas :

- Le mode de sécurisation dégradé est interdit,
- Et, en l'absence de support Vitale, le LPS doit positionner automatiquement le mode de sécurisation en « Sesam sans Vitale ».

☞ Ce cas particulier ne s'applique pas s'il s'agit d'un acte d'accompagnement à la téléconsultation (EF_IP05_04 = « Accompagnement à la téléconsultation »).

Références réglementaires :

- R161-43-1-II du code sécurité sociale

[CP4] Dépistage de la rétinopathie diabétique

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas spécifique du dépistage de la rétinopathie diabétique en coopération entre l'orthoptiste et l'ophtalmologiste, le mode de sécurisation de la facture est nécessairement SESAM sans Vitale.

Références réglementaires :

- Décret n°2014-1523

[CP5] FSE anonymisées

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

~~➢ **Contraceptif d'urgence**~~

~~Dans le cadre de la délivrance du contraceptif d'urgence à une mineure bénéficiaire acceptant l'anonymisation de la facture contraception d'urgence (EF_IP01_04 = « contraceptif d'urgence » EF_IP01_08 = « Anonymisation de la facture contraception d'urgence ») et pour assurer son anonymat, le pharmacien ne doit pas utiliser de support Vitale.~~

~~Il est donc exceptionnellement autorisé à utiliser le mode de sécurisation SESAM sans Vitale.~~

~~➢ **Autres Contraceptifs**~~

~~Il en est de même dans le cas de la délivrance d'un contraceptif autre que le contraceptif d'urgence si la mineure demande à bénéficier de la confidentialité (EF_IP01_04 = « contraceptif hors urgence avec confidentialité »).~~

~~➢ **Produits de santé liés à la contraception**~~

~~Si la patiente ne s'est pas opposée à la confidentialité pour ses produits de santé relatifs à la contraception (y compris les préservatifs pris en charge par l'Assurance Maladie), (EF_IP01_05 = « Anonymisation de la facture santé sexuelle »), la facture est nécessairement sécurisée en mode sécurisation SESAM sans Vitale.~~

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

➢ ***Examens médicaux liés à la contraception***

Si la patiente ou le patient ne s'est pas opposé à a demandé à bénéficier de la confidentialité pour ses examens médicaux (réalisés par un médecin, une sage-femme ou un infirmier) relatifs à la santé sexuelle contraception, (EF_IP01_05 = « Anonymisation des examens pour contraception des mineures Anonymisation de la facture santé sexuelle »), la facture est nécessairement sécurisée en mode dégradé SESAM sans Vitale.

➢ ***Examens de biologie liés à la contraception***

Si la patiente ne s'est pas opposée à a demandé à bénéficier de la confidentialité pour ses examens médicaux de biologie médicale relatifs à la santé sexuelle contraception, (EF_IP01_05 = « Anonymisation des examens pour contraception des mineures Anonymisation de la facture santé sexuelle »), la facture est nécessairement sécurisée en mode sécurisation SESAM sans Vitale.

Références réglementaires :

- L 5134- 1 du code de la santé publique.

[CP6] Bénéficiaire de la Cavimac

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour un bénéficiaire de la CAVIMAC (code régime EF_CF12_01 = 90) et pour les codes situation (EF_VF08_08) 9020 à 9024, il ne faut pas effectuer de Feuille de Soins électronique Sécurisée SESAM-Vitale.

[CP7] Risque Accident du Travail et organisme gestionnaire de l'AT non issu du support de droits AMO

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une facture élaborée en Accident du Travail, et dans le cas particulier où l'organisme gestionnaire de l'AT n'est pas issu du support de droits AMO, i.e. est issu uniquement du support AT, alors le mode de sécurisation est nécessairement « dégradé ».

Cette situation est caractérisée par les informations suivantes :

- Code nature d'assurance (EF_CF02_02) = « Risque AT »,
- Origine de l'organisme gestionnaire de l'AT (EF_CF06_99) prend l'une des 4 valeurs suivantes :
  - soit du feuillet AT mentionnant l'organisme gestionnaire de l'AT,
  - soit d'une attestation « d'affiliation/appartenance » à un organisme gestionnaire AT,
  - soit d'un courrier de l'organisme gestionnaire de l'AT,
  - soit la déclaration de la victime.

[CP8] Absence de code couverture

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En l'absence de code couverture, le mode de sécurisation est nécessairement SESAM sans Vitale ou dégradé.

[CP9] Facturation des prestations d'IVG

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas d'une facture d'IVG (toutes les prestations de type support (EF_IP05_01= « support ») sont nécessairement de type IVG (EF_IP05_03 = « IVG »)) :

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- Soit l'anonymisation de la facture est demandée (EF_IP01_06 = OUI) : le mode de sécurisation est SESAM sans Vitale
- Dans le cas contraire :
  - La facture est sécurisée en mode SESAM-Vitale
  - Ou en mode SESAM sans Vitale en l'absence de support Vitale

Dans tous les cas, le mode de sécurisation dégradé est interdit.

Situations spécifiques

[SP09] Déterminer le mode de sécurisation (EF_MF01_02) en l'absence de support Vitale

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de dysfonctionnement ou d'absence de support Vitale, il est nécessaire de réaliser un flux électronique en mode SESAM-Vitale dégradé.

➢ ***Cas particuliers pour ces situations spécifiques***

[SP09][CP1] Choix du PS du circuit papier traditionnel

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de dysfonctionnement ou d'absence de support Vitale, le Professionnel de Santé a également le choix de revenir au circuit papier traditionnel.

[SP10] Facture anonymisée

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le top anonymisation est positionné pour la facture (EF_IP01_10 = OUI), alors en fonction du contexte d'anonymisation potentielle (EF_IP01_09), le mode de sécurisation est le suivant :

Contexte d'anonymisation potentielle EF_IP01_09		Mode de sécurisation
libellé	Code	EF_MF01_02
Délivrance de contraceptif d'urgence	CTX_CU	SESAM sans Vitale
Prévention Santé sexuelle	CTX_SS	SESAM sans Vitale
TP IVG	CTX_IVG	SESAM sans Vitale Cf. RG_MF003[CP9]
expérimentation THC	CTX_THC	SESAM sans Vitale
Délivrance de préservatif remboursés à 100%	CTX_P100	SESAM sans Vitale

[RG_MF008] Acquérir le mode de synchronisation de signature (EF_MF01_05)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La sécurisation des FSE en mode SESAM-Vitale peut être réalisée lorsque ces deux cartes sont présentes simultanément (fonctionnement synchronisé) ou pas (fonctionnement désynchronisé).

Le Professionnel de Santé précise s'il utilise ou non la désynchronisation de signature.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.3 MF03 : Constituer la FSE et/ou la DRE

Vue générale

Nom ***MF03 Constituer la FSE et/ou la DRE***

Description En fonction du type de facturation, du type de flux et de la norme d'échange attendue par les organismes d'assurance maladie, le système de facturation détermine les données à renseigner dans la FSE et/ou la DRE à partir de la base commune constituée de l'ensemble des informations collectées dans le processus de facturation (information du professionnel de santé, du bénéficiaire de soins, de la prestation, du contexte de facturation et de valorisation de la facture).

Dans le cas d'un remplacement, l'ensemble des champs relatifs au Professionnel de Santé doivent être renseignés avec les informations du Professionnel de Santé remplacé (EF_PS05).

Entrées	Domaine d'informations « Professionnel de santé	DF_PS
	Domaine d'informations « Bénéficiaire de soins »	DF_BS
	Domaine d'informations « Prestation »	DF_IP
	Domaine d'informations « Contexte Facturation»	DF_CF
	Domaine d'informations « Valoriser Facture»	DF_VF
	Type de facturation	EF_MF01_01
	Mode de sécurisation	EF_MF01_02
	Marquage de la facture	EF_MF01_08
	Code norme d'échange	EF_MF01_03
Sorties	« FSE » mise en forme	EF_MF02
	« DRE » mise en forme	EF_MF03
	« Critères de regroupement en lot FSE »	EF_MF04
	« Critères de regroupement en lot DRE »	EF_MF05
Situations spécifiques	PS remplaçant	SP02
	Bénéficiaire de la C2S	SP03
	Bénéficiaire de l'AME	SP06
	Forçage	SP11
	PS utilisant les services d'un OCT	SP12

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

[RG_MF007] Formater la FSE et/ou la DRE

La mise en œuvre de cette opération s'appuie sur le module SSV :

cf. A1-A : § « Mise en forme des factures »

Fonction **SSV_FormaterFactures**

☞ Les critères de regroupement en lot FSE et DRE sont déterminés initialement par le service **SSV_FormaterFacture** puis mis à jour à chaque appel de SSV.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.4 MF04 : Chiffrer les données de la FSE et/ou de la DRE

Vue générale

Nom ***MF04 Chiffrer les données de la FSE et/ou de la DRE***

Description Conformément aux actuelles dispositions réglementaires et législatives, il est rappelé que les Organismes Complémentaires ne doivent pas avoir connaissance des informations relatives au codage (codes affinés, modificateurs signifiants pour la CCAM,…).

Certaines données à caractère sensible contenues dans la FSE et/ou dans la DRE sont chiffrées. Ces données ne peuvent pas être déchiffrées par les organismes concentrateurs des Professionnels de Santé.

Quatre clés distinctes sont utilisées pour chiffrer certaines données :

- une clé « AMO » connue des AMO seuls,
- une clé « AMC » connue des organismes complémentaires en gestion séparée,
- une clé commune « AMO-AMC » connue des AMO et des organismes complémentaires en gestion séparée,
- une clé « GIE » connue du serveur du dispositif de surveillance seul.

Entrées	« FSE » mise en forme (sortie de MF03)	EF_MF02
	« DRE » mise en forme (sortie de MF03)	EF_MF03
	Type de flux	EF_MF01_04
	Type de facturation	EF_MF01_01
	Code mode de gestion complémentaire	EF_BS16_01
	Informations Poste chiffrement asymétrique de données	EF_AP54
Sorties	« FSE » chiffrée	EF_MF02
	« DRE » chiffrée	EF_MF03
Situations spécifiques	PS utilisant les services d'un OCT	SP12

Règles de gestion

[RG_MF554] Chiffrer les données confidentielles de la FSE (EF_MF02)et/ou de la DRE (EF_MF03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La mise en œuvre de cette opération s'appuie sur le service SSV_ChiffrerFacture du module SSV : cf. A1-A

La mise en œuvre de cette opération s'appuie sur le module SSV :

cf. A1-A : § « Chiffrement des factures »

Fonction **SSV_ChiffrerFacture**

Le système de facturation obtient la facture « FSE » chiffrée (EF_MF02) et la « DRE » chiffrée (EF_MF03).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.5 MF05 : Signer la FSE et/ou la DRE avec la carte Vitale

Vue générale

Nom ***MF05 Signer la FSE et/ou la DRE avec la carte Vitale***

Description Si le support Vitale (EF_BS25_01) est la carte Vitale, le système de facturation permet la signature Vitale de la FSE et/ou de la DRE avec la carte Vitale en contrôlant préalablement :

- la carte Vitale avant la signature (lecteur PC/SC),
- la compatibilité de la carte Vitale avec la nature de la FSE et/ou de la DRE.

Si le résultat des contrôles est correct, le système de facturation détermine la zone de certification de la FSE et/ou la DRE.

Entrées

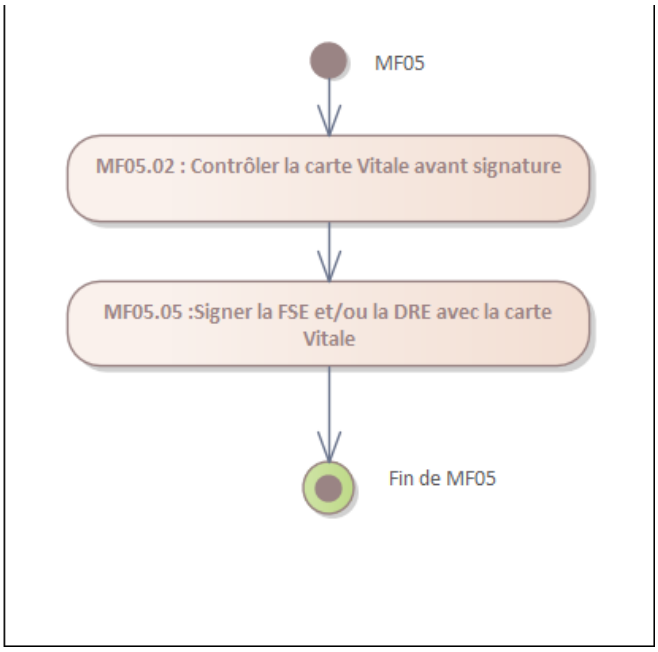
Date du jour	
Carte Vitale dans le lecteur	
Données V1ter de la carte Vitale « [V1T-DSF-001]	
Code mode de sécurisation	EF_MF01_02
« FSE » chiffrée (sortie de MF04)	EF_MF02
« DRE » chiffrée (sortie de MF04)	EF_MF03
Marquage de la FSE et/ou de la DRE	EF_MF01_08

Sorties

Top carte Vitale présente	EF_MF01_94
Top similitude informations bénéficiaire de soins	EF_MF01_93
« FSE » signée Vitale	EF_MF02
« DRE » signée Vitale	EF_MF03

Situations spécifiques Aucune

Schéma



Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Figure 4 : [SC_MF05] Enchaînement des règles de l'opération « MF05 : Signer la FSE et/ou de la DRE avec la carte Vitale »

3.5.1 MF05.02 : Contrôler la carte Vitale avant signature

Vue générale

Nom ***MF05.02 Contrôler la carte Vitale avant signature***

Description Le contrôle de la carte Vitale avant signature consiste à :

- relire la carte Vitale présente dans le lecteur si nécessaire,
- et contrôler la similitude des informations liées au bénéficiaire de soins,

Entrées	Carte Vitale dans le lecteur	
	« FSE » chiffrée (sortie de MF04)	EF_MF02
	« DRE » chiffrée (sortie de MF04)	EF_MF03
Sorties	Top carte Vitale présente	EF_MF01_94
	Top similitude informations bénéficiaire de soins	EF_MF01_93
Situations spécifiques	Aucune	

Schéma

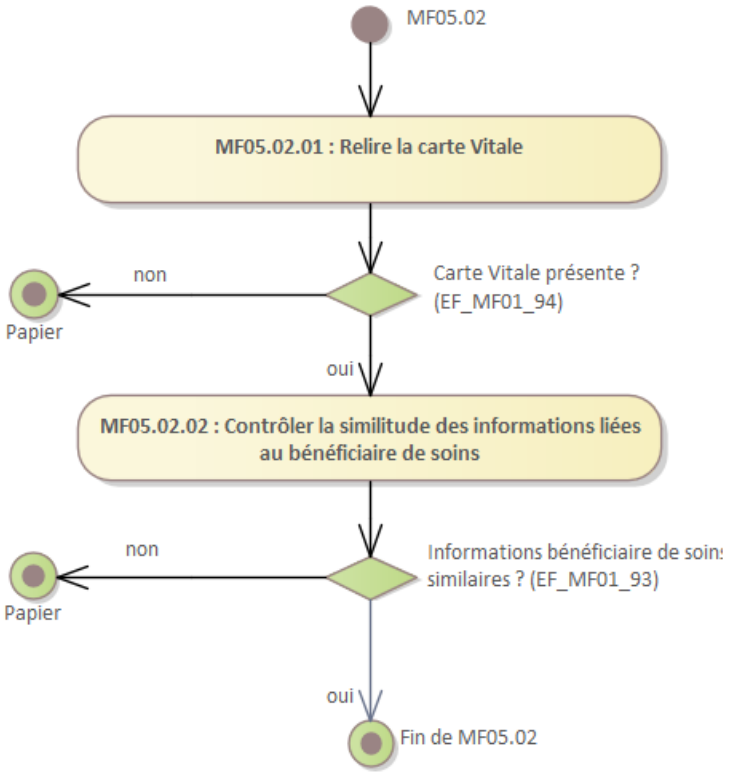


Figure 5 : [SC_MF05.02] Enchaînement de la tâche « MF05.02 : Contrôler la carte Vitale avant signature »

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.5.1.1 MF05.02.01 : Relire la carte Vitale

Vue générale

Nom ***MF05.02.01 Relire la carte Vitale***

Description Cette tâche consiste à acquérir , avant la signature de la FSE et/ou de la DRE, les informations de la carte Vitale présente pour signature nécessaires aux contrôles de cohérence entre la carte et la facture à signer

Entrées Date du jour

Carte Vitale dans le lecteur

Sorties Données de la carte Vitale présente pour signature — Groupes 101 à 109

Situations spécifiques Aucune

Schéma

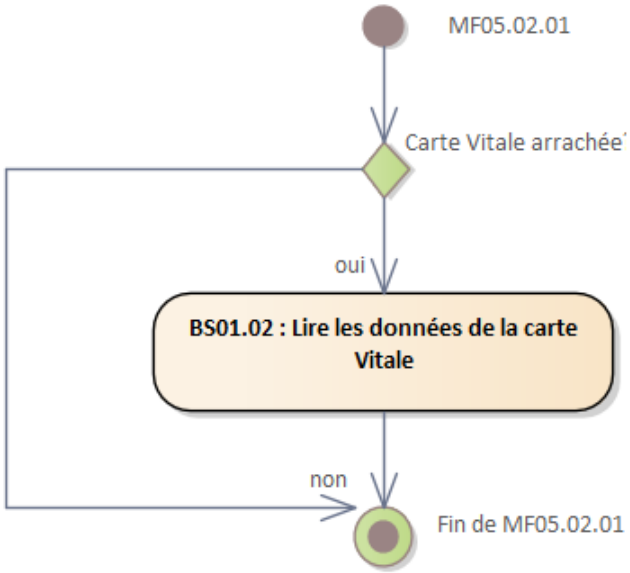


Figure 6 : [SC_MF05.02.01] Enchaînement de la tâche « MF05.02.01 : Relire la carte Vitale»

☞ Les traitements réalisés dans l'opération BS01.02 sont décrits dans la fonctionnalité « BS : Acquérir les informations du bénéficiaire de soins ».

☞ Optimisation : si la carte n'a pas été arrachée depuis sa première lecture, la relecture physique n'est pas nécessaire.

3.5.1.2 MF05.02.02 : Contrôler la similitude des informations liées au bénéficiaire de soins

Vue générale

Nom ***MF05.02.02 Contrôler la similitude des informations liées au bénéficiaire de soins***

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Description	Le système de facturation contrôle les informations du bénéficiaire de soins contenues en carte avec celles contenues dans la facture. Les informations contrôlées sont : • le matricule assuré, • la date de naissance • le rang de naissance, • le code régime, • le code caisse gestionnaire, • le code centre gestionnaire.	
Entrées	« FSE » chiffrée	EF_MF02
	« DRE » chiffrée	EF_MF03
	Données de la carte Vitale présente pour signature	Groupes 101 à 109
Sorties	Top similitude informations bénéficiaire de soins	EF_MF01_93
Situations spécifiques		

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

[RG_MF011] Contrôler la similitude de l'identification du bénéficiaire des soins (EF_MF01_93)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation réalise un contrôle de cohérence sur les données d'identification du bénéficiaire présentes à la fois dans la carte Vitale et dans la facture :

Donnée d'identification du BS	Dans Carte Vitale présente		Données constitutives de la facture
	Référence #CDC	Référence #DI	
Code régime	101-10	EF_CVIT00_02	EF_CF12_01
Code caisse gestionnaire	101-11	EF_CVIT00_04	EF_CF12_02
Code centre gestionnaire	101-12	EF_CVIT00_05	EF_CF12_03
Date de naissance du bénéficiaire	104-12	EF_CVIT80_02	EF_BS02_07
Rang de naissance du bénéficiaire	104-13	EF_CVIT02_07	EF_BS09_01

Cas d'erreurs

[CE1] Absence de similitude

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La facture ne peut pas être sécurisée en mode SESAM-Vitale si une incohérence est détectée sauf cas particulier prévu par le forçage.

Cas particuliers

[CP1] Nature d'assurance SMG

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de nature d'assurance SMG, le contrôle de cohérence porte uniquement sur les informations date de naissance et rang de naissance du bénéficiaire. Les données code régime, code caisse gestionnaire et code centre gestionnaire inscrites dans la facture n'ont pas à être mises en cohérence avec les données de la carte Vitale sécurisant la FSE.

[CP2] Nature d'assurance AT

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de nature d'assurance AT, le contrôle de cohérence porte uniquement sur les informations date de naissance et rang de naissance du bénéficiaire. Les données code régime, code caisse gestionnaire et code centre gestionnaire inscrites dans la facture n'ont pas à être mises en cohérence avec les données de la carte Vitale sécurisant la FSE.

[CP3] Informations du bénéficiaire de soins acquises avec le service ADRi

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où le support de droits AMO retenu pour la facture (EF_BS03_05) est le service ADRi, ce contrôle est débrayé.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.5.2 MF05.05 : Signer la FSE et/ou la DRE avec la carte Vitale

Vue générale

Nom	***MF05.05 Signer la FSE et/ou la DRE avec la carte Vitale***	
Description	Le système de facturation signe via la carte Vitale la FSE chiffrée et/ou la DRE chiffrée.	
Entrées	« FSE » (chiffrée) (sortie de MF04)	EF_MF02
	« DRE » (chiffrée) (sortie de MF04)	EF_MF03
	Certificat de la carte	EF_BS01_91
	Code mode de sécurisation	EF_MF01_02
Sorties	« FSE » signée Vitale	EF_MF02
	« DRE »signée Vitale	EF_MF03
	Code signature de la FSE et/ou de la DRE	EF_MF01_06
Situations spécifiques	Aucune	

Règles de gestion

[RG_MF555] Signer la FSE et/ou la DRE avec la carte Vitale

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La mise en œuvre de cette opération s'appuie sur le module SSV :

cf. A1-A : § « Signature Vitale des factures avec une carte Vitale »

Fonction **SSV_SignerFactureVitale**

Cas d'erreur

[CE1] Problème de compatibilité de la carte avec le marquage de la facture (EF_MF01_94)

Dans le cas où le type de carte Vitale n'est pas compatible avec le marquage de la facture, le système de facturation retourne une erreur.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.6 MF07 : Déterminer le critère de regroupement en lot de la FSE et/ou de la DRE

Vue générale

Nom ***MF07 Déterminer les critères de regroupement en lot de la FSE et/ou de la DRE***

Description Cette opération est sans objet dans le cadre du CDC-Editeurs.

Le critère de regroupement en lot est déterminé par la fonction **SSV_FormaterFactures** cf. MF03 : RG_MF007.

Seule la règle RG_MF033 ci-après est nécessaire pour la détermination du code organisme destinataire (EF_MF04_04) utilisé dans le groupe 1310.

Entrées	« FSE » mise en forme (sortie de MF03)	EF_MF02
	« DRE » mise en forme (sortie de MF03)	EF_MF03
Sorties	Code organisme destinataire	EF_MF04_04
Situations spécifiques	Aucune	

Règles de gestion

[RG_MF033] Déterminer le N° organisme destinataire regroupement (EF_MF04_04)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

FSE

Données utilisées

• Code régime pour la facture	EF_CF12_01
• Code caisse gestionnaire pour la facture	EF_CF12_02
• Code centre gestionnaire pour la facture	EF_CF12_03
• Table des organismes destinataires	EF_AP45 = DF_TOD

Règle

L'association du code régime, de la caisse gestionnaire et du centre gestionnaire permet de déterminer le code organisme destinataire.

Régimes	Code régime	Règle de détermination de l'organisme destinataire
Régime général	01	Le code *organisme destinataire* est identique au code *caisse gestionnaire*
RATP	05	
ENIM	06	
Régime minier	07	
CNMSS	08	
CRPCEN	10	
Assemblée Nationale	14	
Sénat	15	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Port Autonome de Bordeaux	16	
Caisse des Français à l'Etranger	17	
CAVIMAC	90	
MGPTT	92	
MNH	95	
Régime Agricole	02	Si le code de la *caisse gestionnaire* est de type XX5, le code de *l'organisme destinataire* est XX1. Sinon le code de *l'organisme destinataire* est identique au code *caisse gestionnaire*.
CPRPSNCF	04	Le code *organisme destinataire* est toujours égal à 110
MGEN	91	Si le code de la *caisse gestionnaire* est égal à 751 et le code *centre gestionnaire* est égal à 0501, le code de l'organisme destinataire est 999. Sinon le code de *l'organisme destinataire* est identique au code *caisse gestionnaire*.
MGP	93	Si le code de la *caisse gestionnaire* est égal à 751, 781, 911, 921, 931, 941 ou 951, le code de *l'organisme destinataire* est identique au code *centre gestionnaire*. (*) Sinon le code de *l'organisme destinataire* est identique au code *caisse gestionnaire*
MFP	94	Si le code de la *caisse gestionnaire* est égal à 751, 781, 911, 921, 931, 941 ou 951 et code centre gestionnaire est égal à 0511, le code de *l'organisme destinataire* est 514. Si le code de la *caisse gestionnaire* est égal à 751, 781, 911, 921, 931, 941 ou 951 et code centre gestionnaire est différent de 0511, le code de *l'organisme destinataire* est identique au code *centre gestionnaire*(*) Sinon le code de *l'organisme destinataire* est identique au code *caisse gestionnaire.*
MNAM	96	Si le code de la *caisse gestionnaire* est égal à 751, 781, 911, 921, 931, 941 ou 951, le code de *l'organisme destinataire* est 751. Sinon le code *de l'organisme destinataire* est identique au code *caisse gestionnaire* ;
RSI	03	voir DF_TOD : table des organismes destinataires (EF_AP45)
Sections locales mutualistes	99	

(*) tronquer le premier octet du code centre gestionnaire, les 3 octets significatifs sont les 3 derniers.

DRE

Sans objet.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Cas d'erreur

[CE1] critère de recherche non trouvé dans la TOD

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où la recherche est infructueuse, la facture ne peut être réalisée.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.7 MF09 : Sauvegarder les éléments constitutifs de la facture

Vue générale

Nom	***MF09 Sauvegarder les éléments constitutifs de la facture***	
Description	Le système de facturation sauvegarde les éléments constitutifs de la facture.	
Entrées	Domaine d'informations « Professionnel de santé »	DF_PS
	Domaine d'informations « Bénéficiaire de soins »	DF_BS
	Domaine d'informations « Prestation »	DF_IP
	Domaine d'informations « Contexte Facturation »	DF_CF
	Domaine d'informations « Valoriser Facture »	DF_VF
	Données générales de mise en forme – facture	EF_MF01
	« FSE » sécurisée	EF_MF02
	« DRE » sécurisée	EF_MF03
	Critères de regroupement en lot FSE	EF_MF04
	Critères de regroupement en lot DRE	EF_MF05
Sorties	Domaine d'information « Sauvegarde des éléments constitutifs de la facture »	
Situations spécifiques	Aucune	

Règles de gestion

[RG_MF066] Sauvegarder les éléments constitutifs de la facture

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Conformément aux dispositions réglementaires (article R.161-47), le Professionnel de Santé conserve le double électronique des FSE transmises pendant une durée de quatre-vingt-dix jours au moins.

Ce double électronique comprend les données constitutives de la facture qui sont nécessaires à la constitution des FSE et/ou des DRE.

Les données constitutives de la facture comprennent aussi les éléments ayant permis de générer une DRE et notamment les informations utilisées pour la tarification complémentaire (ex : formules appliquées pour un acte,…).

Cas particuliers

[CP1] Facture issue de codes prestation « réservés PS »

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Toute facture élaborée à partir d'un ou plusieurs codes prestation « réservés PS » doit être sauvegardée pendant une durée spécifique. Cette durée correspond à la donnée EF_AP09_01.

Le code prestation saisi par le PS pour l'élaboration de la facture (EF_IP04_01) et le code transmis dans la facture (EF_IP05_04) font partie des éléments constitutifs de la facture.

Cependant le code prestation saisi par le PS (EF_IP04_01) ne doit en aucun cas être restitué en dehors de la fonctionnalité AP08.01 Consulter les factures issues de codes « réservés PS ».

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.8 MF10 : Finaliser la facturation

Vue générale

Nom ***MF10 Finaliser la facturation***

Description Cette opération correspond à la finalisation de la facturation. Cela consiste à mettre à disposition des documents ou des informations à destination du bénéficiaire de soins et/ou à destination du Professionnel de Santé.

Remarque : en cas de désynchronisation, cette opération peut être effectuée après la signature Vitale, i.e. avant la signature CPS.

Entrées

« FSE » sécurisée (sortie de MF15)	EF_MF02
« DRE » sécurisée (sortie de MF15)	EF_MF03
Domaine d'informations « professionnel de santé »	DF_PS
Domaine d'informations « bénéficiaire de soins »	DF_BS
Domaine d'informations « prestation facture »	DF_IP
Domaine d'informations « contexte de facturation »	DF_CF
Domaine d'informations « valorisation de la facture »	DF_VF

Sorties

Copie de la FSE	
Copie de la DRE	
Quittance de paiement	
Information références FSE pour ordonnance papier	EF_MF13
Information références du parcours coordonné de soins sur ordonnance papier	EF_MF12
Informations pour le bon d'examen	EF_MF11

Situations spécifiques Aucune

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

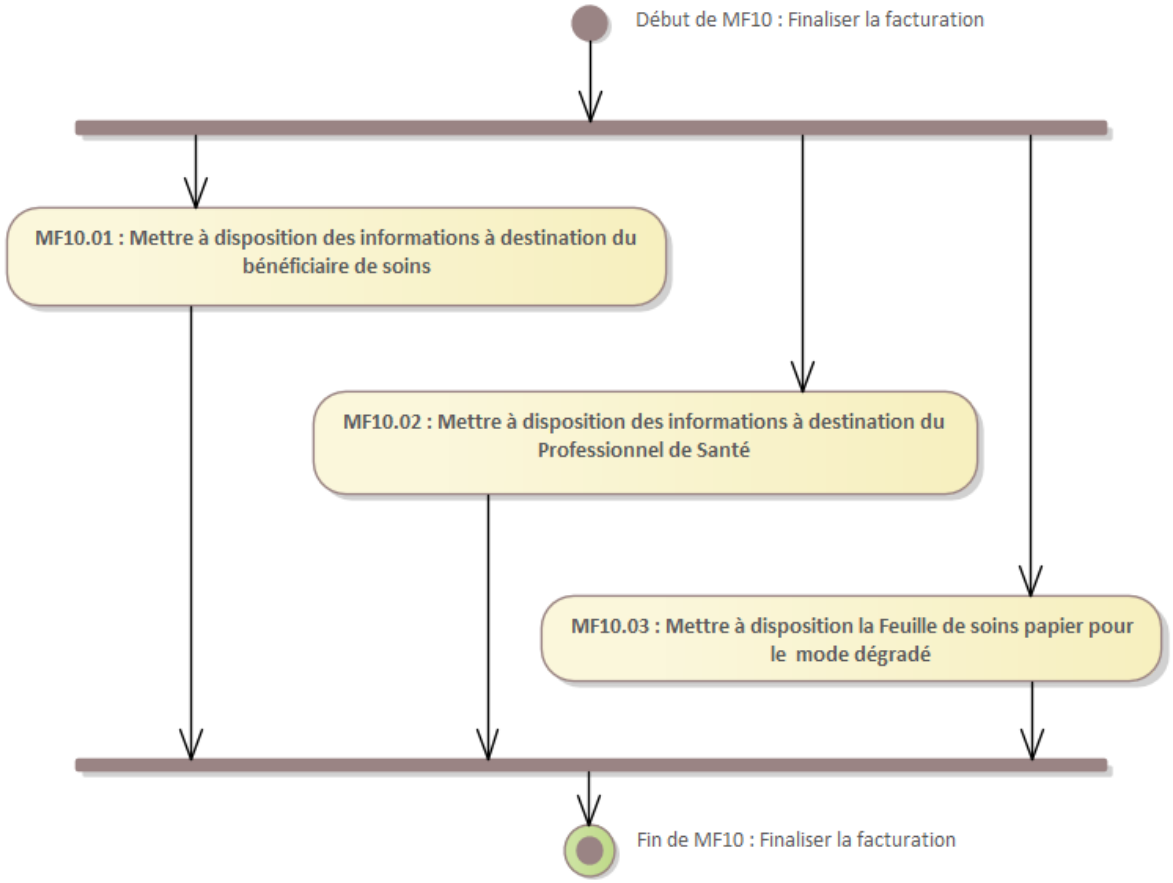


Figure 7 : [SC_MF10] Enchaînement des opérations de « MF10 : Finaliser la facturation »

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.8.1 MF10.01 : Mettre à disposition des informations à destination du bénéficiaire de soins

Vue générale

Nom ***MF10.01 Mettre à disposition des informations à destination du bénéficiaire de soins***

Description Cette opération correspond à la mise à disposition par le système de facturation d'informations permettant au Professionnel de Santé la remise de documents au bénéficiaire de soins ou l'inscription de certaines informations sur l'ordonnance papier.

Il s'agit :

- de la copie de la FSE et/ou de la DRE,
- de la mise à disposition de la quittance de paiement.
- de l'attestation de vaccination.

Entrées	« FSE » sécurisée	EF_MF02
	« DRE » sécurisée	EF_MF03
	Domaine d'informations « professionnel de santé »	DF_PS
	Domaine d'informations « bénéficiaire de soins »	DF_BS
	Domaine d'informations « prestation facture »	DF_IP
	Domaine d'informations « contexte de facturation »	DF_CF
	Domaine d'informations « valorisation de la facture »	DF_VF
Sorties	Copie de la FSE	
	Copie de la DRE	
	Quittance de paiement	
Situations spécifiques	Aucune	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

[RG_MF067] Mettre à disposition une copie de la FSE et de la DRE

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

FSE

Le Professionnel de Santé remet à la demande de l'assuré une copie de la feuille de soins transmise sauf modalités contraires prévues par convention (les conventions ne prévoient aucune de ces modalités pour l'instant.

Cette copie n'est pas une pièce justificative de remboursement vis-à-vis de l'AMO.

DRE

Le Professionnel de Santé remet à la demande de l'assuré une copie de la DRE transmise.

Cette copie de la DRE n'est pas une pièce justificative de remboursement vis-à-vis de l'AMC.

[RG_MF068] Mettre à disposition une quittance de paiement

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Conformément aux dispositions législatives (article R.161-49) ou à la demande de l'assuré, le Professionnel de Santé réalise une quittance (imprimée ou manuscrite) en cas de paiement direct en espèce par l'assuré.

Cette quittance n'est pas une pièce justificative de remboursement vis-à-vis de l'Assurance Maladie.

Le Professionnel de Santé peut inscrire sur la quittance toute information qu'il jugera utile de porter à la connaissance de son patient. A titre indicatif, la quittance pourra contenir les informations suivantes :

- l'identification de l'émetteur (numéro d'identification et de facturation du professionnel de santé, numéro d'identification nationale, numéro d'identification de la structure…),
- le nom de l'émetteur (nom d'exercice du professionnel de santé, raison sociale de la structure…),
- la date de la facture,
- l'identifiant de la facture,
- le montant total de la prestation,
- le montant payé par l'assuré,
- le (ou les) organisme(s) d'Assurance Maladie destinataires de la (ou des) facture(s),
- l'identification du bénéficiaire.

☞ Les Professionnels de Santé ont la possibilité d'inscrire les informations composant la quittance sur l'ordonnance papier.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_MF071] Mettre à disposition une attestation de vaccination

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cadre de la vaccination antigrippale, l'Article R5125-33-9 prévoit que :

« *Le pharmacien inscrit dans le carnet de santé, le carnet de vaccination ou le dossier médical partagé de la personne vaccinée ses nom et prénom d'exercice, la dénomination du vaccin administré, la date de son administration et son numéro de lot.*
A défaut de cette inscription, il délivre à la personne vaccinée une attestation de vaccination qui comporte ces informations »

Le progiciel des Pharmaciens doit donc éditer d'une attestation de vaccination au dos du bon de prise en charge de la vaccination antigrippale mentionnant les informations prévues à l'article R5125-33-9 de l'avenant 16 à la convention nationale Pharmaciens.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.8.2 MF10.02 : Mettre à disposition des informations à destination du Professionnel de Santé

Vue générale

Nom ***MF10.02 Mettre à disposition des informations à destination du Professionnel de Santé***

Description Cette opération consiste à mettre à disposition des informations à disposition du Professionnel de Santé les informations suivantes :

- Références de la FSE pour l'ordonnance papier,
- Contexte du parcours coordonné de soins pour l'ordonnance papier,
- Informations relatives au bon d'examen.

Entrées	« FSE » sécurisée	EF_MF02
	« DRE » sécurisée	EF_MF03
	Domaine d'informations « contexte de facturation »	DF_CF
Sorties	Informations pour le bon d'examen	EF_MF11
	Information références FSE pour ordonnance papier	EF_MF13
	Information références du parcours coordonné de soins sur ordonnance papier	EF_MF12
	Pièce justificative	
	Nature d'assurance Soins Médicaux Gratuits (SMG)	EF_CF02_02
Situations spécifiques	Aucune	

Préambule

ORDONNANCE PAPIER

Lorsque la facture est élaborée en mode de sécurisation SESAM Vitale (signature synchronisée ou désynchronisée), SESAM sans Vitale, SESAM Vitale dégradé, le Professionnel de Santé adresse à l'organisme d'affiliation les ordonnances en rapport avec les FSE transmises

Règles de gestion

[RG_MF069] Mettre à disposition les références de la FSE pour l'ordonnance papier (EF_MF13)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

L'inscription des références (désignées sous le terme « Ticket Vitale » pour les pharmaciens) sur les ordonnances papier est définie réglementairement (article R.161-45).

Il est recommandé que le système de facturation 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 :

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- Les données prévues dans le Code de la Santé Publique et le Code de la Sécurité Sociale.
- Du rapport des soins prescrits avec les Soins Médicaux Gratuits (SMG), le cas échéant : mention « en rapport avec les soins médicaux gratuits»
- Pour le prescripteur :
  - l'identification du prescripteur[1] réalisant les prestations et, s'il exerce en tant que salarié, l'identification de la structure[2],
  - 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 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
  - 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).

[1] L'identification du prescripteur correspond à l'identifiant de facturation du Professionnel de Santé. Le LPS du prescripteur doit renseigner systématiquement sur l'ordonnance l'identifiant de facturation de celui-ci.

[2] Dans le cadre d'une session de remplacement, l'ordonnance devra comporter l'identifiant de facturation de Professionnel de Santé Remplacé ainsi que les identifiants de facturation du Professionnel de Santé remplaçant avec le libellé « remplaçant ».

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- 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 apparaitre 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
  – L'honoraire de dispensation complexe s'il y a lieu
  – L'honoraire de dispensation pour médicament(s) remboursable(s)
  – L'honoraire de dispensation lié à l'âge
  – L'honoraire de dispensation pour médicament spécifique

- A compter du 1er janvier 2020, l'article 66 de la loi de financement 2019 prévoit que les assurés qui refuseront la substitution d'un médicament princeps par un médicament générique ou hybride, seront dorénavant remboursés sur la base du prix du générique le plus cher du même groupe du princeps.

  Dans cette situation, sur le ticket Vitale :

  – Le prix unitaire affiché sera égal au prix unitaire du princeps délivré
  – La base de remboursement affichée sera égale au prix unitaire ajusté

☞ *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.

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

Si le système de facturation 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, l'ordonnance SMG devant permettre une identification claire et rapide du rapport des soins prescrits avec les SMG,

Recommandation

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

[RG_MF070] Mettre à disposition le contexte du parcours coordonné de soins pour l'ordonnance papier (EF_MF12)	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

La mention portée sur l'ordonnance par le prescripteur est fonction du contexte du parcours de soins dans lequel sa facture a été établie. Cette mention est reportée par l'exécutant (familles Pharmacien et Laboratoire d'analyse de biologie médicale) dans sa facture dans l'information « origine de la prescription » (EF_IP03_01).

Cette mention correspond aux situations suivantes :

Pour une facture élaborée :	Inscription sur l'ordonnance :
▪ par le Médecin traitant déclaré ▪ le nouveau médecin traitant	▪ Prescription établie par le médecin traitant
▪ par un Médecin pour un bénéficiaire orienté par le médecin traitant,	▪ Prescription établie par un médecin pour un bénéficiaire orienté par le médecin traitant
▪ par un médecin pour un bénéficiaire orienté par un autre médecin que le médecin traitant ▪ par le médecin traitant de substitution ▪ en Accès direct spécifique ▪ hors résidence habituelle du patient ▪ par un généraliste récemment installé (et le patient a déclaré un médecin traitant) ▪ par un médecin installé en zone sous médicalisée (et le patient a déclaré un médecin traitant)	▪ Prescription établie par un autre médecin dans le respect du parcours de soins
▪ hors parcours de soins. ▪ hors accès direct spécifique	▪ Prescription établie hors parcours de soins
▪ en Urgence ▪ dans un cas d'exclusion du parcours de soins	Pas de mention

[RG_MF075] Mettre à disposition les informations relatives au bon d'examen (EF_MF11)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Des dispositions particulières suivantes s'appliquent aux actes et prestations effectués ou servis par les laboratoires d'analyses biologiques et les anatomo-cyto-pathologistes.

Les prélèvements qui leur sont adressés sont accompagnés d'un bon d'examen, comportant les informations, non mentionnées sur l'ordonnance, nécessaires pour compléter les rubriques de la feuille de soins, envoyée à l'assuré ou à l'assurance maladie obligatoire.

Le bon d'examen doit obligatoirement comporter les informations suivantes, définies réglementairement (Article R.161-46) :

- l'identifiant de l'assuré et, lorsque ce dernier n'est pas le bénéficiaire des actes ou prestations, de son ayant droit,
- s'il y a lieu, la mention du fait que les actes ou prestations sont effectués ou servis consécutivement à un accident, et des éléments permettant d'identifier cet accident,
- s'il y a lieu, la mention de la disposition législative en vertu de laquelle la participation financière de l'assuré est limitée ou supprimée.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Et en complément,

- l'identifiant des organismes d'Assurance Maladie,
- les informations liées à l'AMC,
- l'adresse physique de l'assuré.

Les informations liées à l'AMC sont :

- le numéro d'AMC,
- le code aiguillage STS,
- le code routage,
- l'identification de l'hôte,
- le nom de domaine,
- l'indicateur de traitement,
- le niveau de garantie (pour application du Tiers payant sur la part complémentaire),
- le type de convention,
- le critère secondaire,
- le NIR individuel,
- l'identifiant de l'assuré AMC.

Recommandation

Il est recommandé que le système de facturation des Professionnels de Santé **prescripteurs** inscrivent sur l'ordonnance ou sur la demande d'examen les éléments du bon d'examen suivi du code couverture issu de la lecture de la carte Vitale et valide à la date de prescription.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.8.3 MF10.03 : Mettre à disposition la Feuille de soins papier pour le mode dégradé

Vue générale

Nom ***MF10.03 Mettre à disposition la Feuille de soins papier pour le mode dégradé***

Description Cette opération correspond à la mise à disposition par le système de facturation au Professionnel de Santé d'une Feuille de soins papier avec la mention « Télétransmission dégradée » correspondant au mode de sécurisation dégradé de la FSE.

Entrées	« FSE » sécurisée	EF_MF02
	Domaine d'informations « professionnel de santé »	DF_PS
	Domaine d'informations « bénéficiaire de soins »	DF_BS
	Domaine d'informations « prestation facture »	DF_IP
	Domaine d'informations « contexte de facturation »	DF_CF
	Domaine d'informations « valorisation de la facture »	DF_VF
	Code mode de sécurisation	EF_MF01_02
Sorties	FSE papier avec mention « Télétransmission dégradée »	
Situations spécifiques	Aucune	

Préambule

MODE DEGRADE

En cas d'impossibilité de produire des FSE en mode SESAM-Vitale, le Professionnel de Santé établit une facture en mode SESAM Vitale dégradé.

Parallèlement à la transmission de la FSE à l'assurance maladie obligatoire, le Professionnel de Santé adresse à la caisse d'affiliation les pièces justificatives papier à savoir :

- la feuille de soins sur support papier établie sur l'imprimé conforme au modèle CERFA, avec la recommandation de faire figurer sur cette feuille de soins la mention « Télétransmission dégradée »
- le duplicata de la prescription médicale.

Ces pièces justificatives peuvent être télétransmises à l'AMO via le système SCOR.

☞ La DRE sécurisée en mode SESAM-Vitale dégradé n'a pas besoin de flux papier.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

[RG_MF500] Inscrire une mention sur la feuille de soins papier en mode dégradé (EF_MF01_02)	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

FSE

Le système de facturation inscrit sur la Feuille de soins papier destinée à être imprimée, la mention « Télétransmission dégradée » lorsque le mode de sécurisation (EF_MF01_02) utilisé pour la FSE est dégradé.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.9 MF13 : Déterminer le statut de la FSE et/ou de la DRE

Vue générale

Nom ***MF13 Déterminer le statut de la FSE et/ou de la DRE***

Description

Le système de facturation positionne le statut de la FSE et/ou de la DRE à « à envoyer » en fonction des éléments constitué (FSE et/ou DRE).

Entrées	FSE	EF_MF02
	DRE	EF_MF03
Sorties	Informations de transmission de la FSE et/ou de la DRE : statut de la FSE et/ou DRE	EF_MF09_01
Situations spécifiques	Aucune	

Règles de gestion

[RG_MF010] Déterminer le statut de la FSE et le statut de la DRE

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation renseigne :

- le statut de la FSE à « à émettre » (EF_MF09_01) si et seulement si la FSE et son éventuelle DRE associée ont été sécurisées (FSE en sortie de MF15);
- le statut de la DRE à « à émettre » (EF_MF09_01) si et seulement si la DRE et son éventuelle FSE associée ont été sécurisées (DRE en sortie de MF15).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.10 MF15 : Signer la FSE et/ou la DRE avec la CPS

Vue générale

Nom ***MF15 Signer la FSE et/ou la DRE avec la CPS***

Description Le système de facturation permet la signature de la FSE et/ou de la DRE en contrôlant préalablement :

- l'autorisation du Professionnel de Santé à signer la FSE et/ou la DRE avec la CPS,

☞ Le déroulement de cette opération en mode de sécurisation « SESAM-Vitale dégradé » est identique à celui en mode de sécurisation « SESAM sans Vitale ».

☞ En cas de situation de remplacement, la carte PS utilisée pour signer est la carte PS du Remplaçant.

Entrées Date du jour

Carte PS dans le lecteur

« FSE » EF_MF02

- ○ signée Vitale (sortie de MF05 ou de MF16)
- ○ ou chiffrée (sortie de MF04)
  si sécurisation ou SESAM sans Vitale ou dégradé

« DRE » EF_MF03

- ○ signée Vitale (sortie de MF05 ou de MF16)
- ○ ou chiffrée (sortie de MF04)
  si sécurisation ou SESAM sans Vitale ou dégradé

Sorties « FSE » sécurisée EF_MF02

« DRE » sécurisée EF_MF03

Situations spécifiques PS remplaçant SP02

PS utilisant les services d'un OCT SP12

[RG_MF556] Signer la FSE et/ou la DRE avec la carte PS

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation signe la facture « FSE et/ou DRE chiffrée(s) » avec la carte PS.

La mise en œuvre de cette opération s'appuie sur le module SSV :

cf. A1-A : § « Signature CPS des factures »

Fonction **SSV_SignerFactureCPS**

Cas d'erreur

[CE1] Certificat CPS non conforme

La signature est réalisée uniquement après vérification de la validité du certificat CPS. Il doit correspondre à un certificat de signature et sa date de validité doit être postérieure à la date du jour.

Dans le cas contraire, une erreur est retournée et le système de facturation bloque le processus de signature.

Le système affiche un message au Professionnel de Santé « Certificat CPS non conforme ».

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

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

Vue générale

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

Description Si le support Vitale (EF_BS25_01) est l'ApCV, le système de facturation permet la signature Vitale de la FSE et/ou de la DRE, pour cela il :

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

Entrées	ApCV	EF_BS26
	« FSE » chiffrée (sortie de MF04)	EF_MF02
	« DRE » chiffrée (sortie de MF04)	EF_MF03
Sorties	« FSE » signée Vitale	EF_MF02
	« DRE » signée Vitale	EF_MF03
Situations spécifiques	PS utilisant les services d'un OCT	SP12

Schéma

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

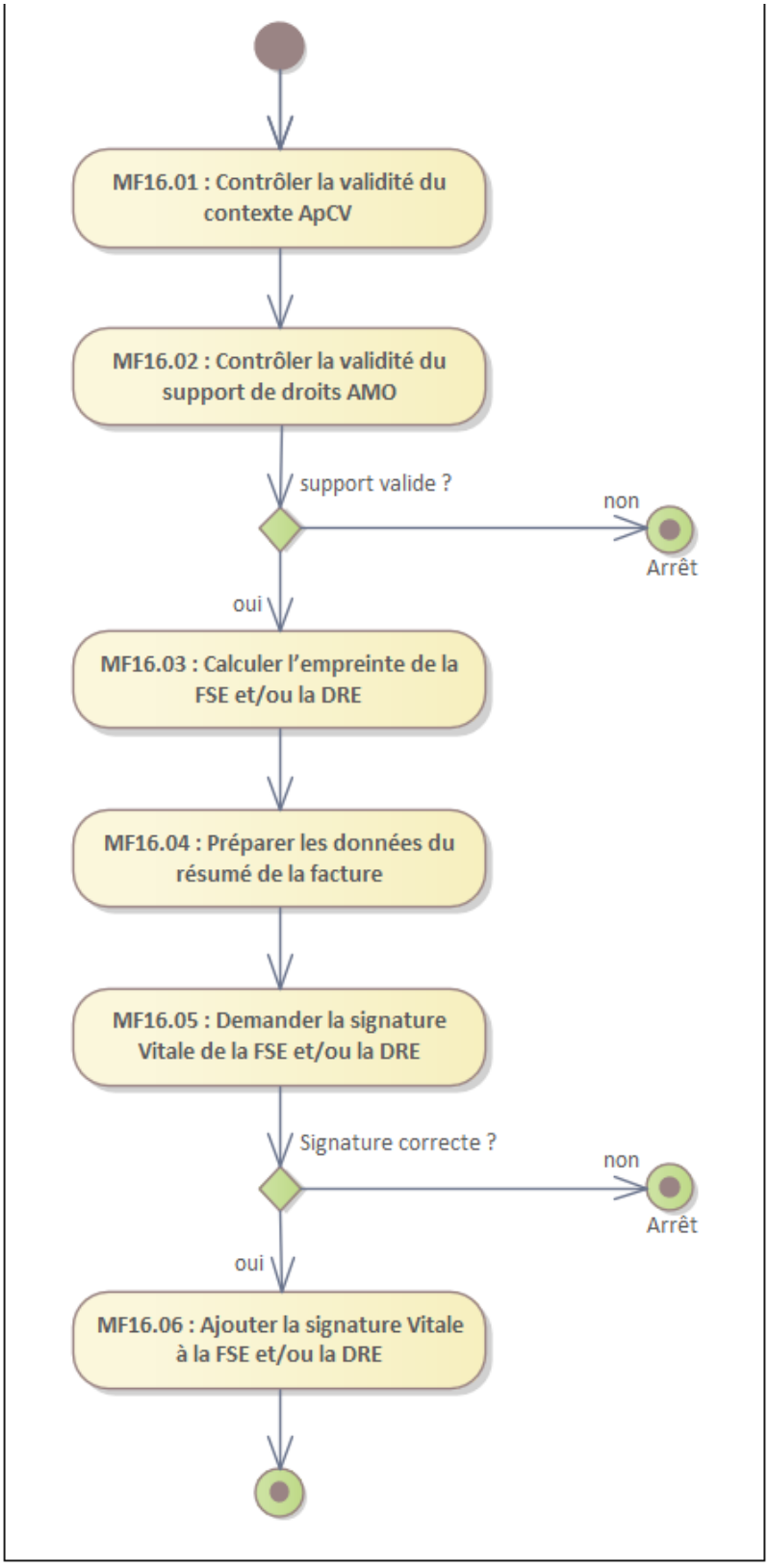


Figure 8 : [SC_MF16] Enchaînement des tâches de l'opération « MF16 : Signer la FSE et/ou la DRE avec l'ApCV »

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.11.1 MF16.01 : Contrôler la validité du contexte ApCV

Vue générale

Nom ***MF16.01 Contrôler la validité du contexte ApCV***

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

Entrées ApCV EF_BS26

Sorties

Situations spécifiques Aucune

Schéma

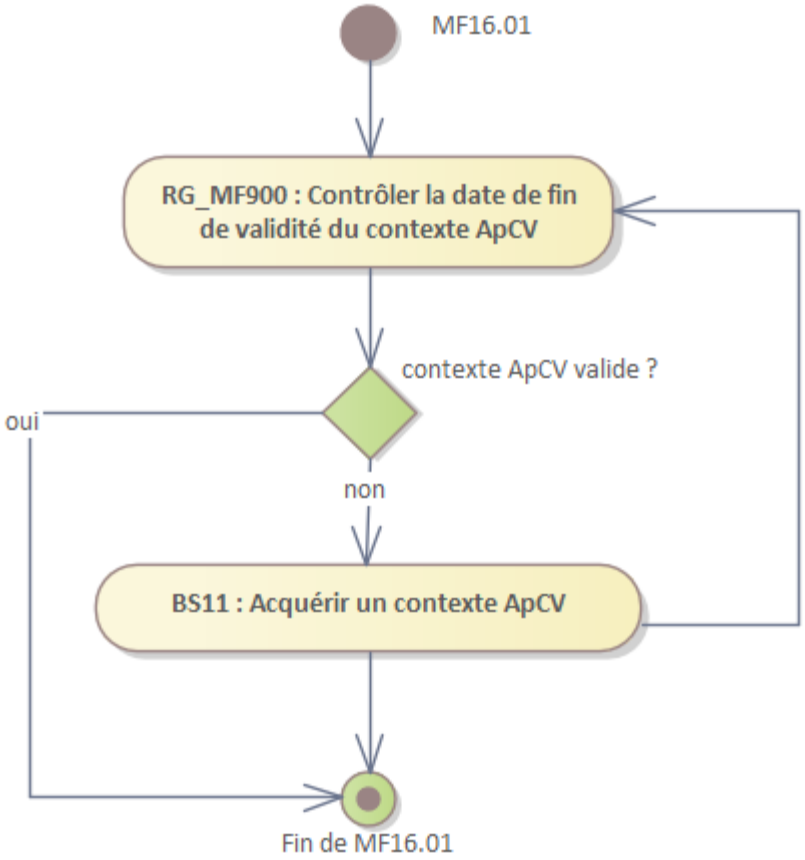


Figure 9 : [SC_MF16.01] Enchaînement de la tâche « MF16.01 : Contrôler la validité du contexte ApCV»

Règles de gestion

[RG_MF900] Contrôler la date de fin de validité du contexte ApCV (EF_BS26_04)	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

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

Cas d'erreur

[CE1] Contexte ApCV périmé

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le contexte ApCV est périmé, le Professionnel de Santé ne peut pas signer la FSE et/ou la DRE.

Le système de facturation informe le Professionnel de Santé et lui propose une nouvelle authentification de l'utilisateur de l'ApCV (opération BS11 décrite dans la fonctionnalité « BS : Acquérir les informations du bénéficiaire de soins ») et reprend la fonction « MF16 : Signer la FSE et/ou la DRE avec l'ApCV » du début.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

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

Vue générale

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

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

Entrées Nature de pièce justificative AMO EF_CF12_05

Sorties

Situations spécifiques Aucune

Règles de gestion

[RG_MF901] Contrôler la validité du support de droits AMO

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

Cas particulier

[CP1] Nature d'assurance SMG

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Rappel : dans le cas particulier d'une facture en nature d'assurance SMG, quel que soit le support de droits AMO (EF_BS03_05), le système de facturation renseigne la nature de pièce justificative AMO (EF_CF12_05) à la valeur 1 : « L'assuré a présenté une attestation de droits… ».

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

Cas d'erreur

[CE1] Support de droits AMO incorrect

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

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

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

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

Vue générale

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

Description Cette fonction permet de calculer l'empreinte (hash) d'une FSE et/ou l'empreinte d'une DRE.

Si la fonction reçoit une FSE et une DRE, elle retourne alors une empreinte pour la FSE et une empreinte pour la DRE.

Entrées	« FSE » chiffrée (sortie de MF04)	EF_MF02
	« DRE » chiffrée (sortie de MF04)	EF_MF03
	Numéro de série de l'ApCV	EF_BS26_01
	Code mode de sécurisation	EF_MF01_02
Sorties	« FSE » après calcul de l'empreinte	EF_MF02
	« DRE » après calcul de l'empreinte	EF_MF03
	Empreinte de la FSE	EF_MF15_01
	Empreinte de la DRE	EF_MF16_01
Situations spécifiques	Aucune	

Règles de gestion

[RG_MF902] Calculer l'empreinte de la FSE (EF_MF15_01) et/ou l'empreinte de la DRE (EF_MF16_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

La mise en œuvre de cette opération s'appuie sur le module SSV :

cf. A1-A : § « Calculer l'empreinte de la FSE et/ou l'empreinte de la DRE »

Fonction **SSV_CalculerHashFactureAssure**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

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

Vue générale

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

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

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

Entrées	« FSE » après calcul de l'empreinte (sortie de MF16.03)	EF_MF02
	« DRE » après calcul de l'empreinte (sortie de MF16.03)	EF_MF03
Sorties	Résumé de la facture	EF_MF17
Situations spécifiques	PS Remplaçant	SP02

Règles de gestion

[RG_MF903] Préparer les données du résumé de la facture (EF_MF20)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

	Libellé	Résumé de facture EF_MF20		Données à utiliser
Professionnel de Santé	Identifiant de facturation du facturant Clé de l'identifiant de facturation du facturant	EF_MF21_01	=	EF_PS03_09 EF_PS03_10
	Raison sociale du facturant si renseignée Sinon Prénom Nom (séparés d'un espace) du facturant	EF_MF21_02	=	EF_PS03_08 Ou EF_PS02_06 EF_PS02_05
	Identifiant national du facturant Clé de l'identifiant national du facturant	EF_MF21_03	=	EF_PS02_02 EF_PS02_03
Bénéficiaire des soins	NIR et sa clé du bénéficiaire des soins	EF_MF21_04 EF_MF21_05	=	EF_BS02_04 EF_BS02_05
	Nom usuel du bénéficiaire des soins	EF_MF21_06	=	EF_BS02_01
	Nom de famille du bénéficiaire des soins	EF_MF21_07	=	EF_BS02_02
	Prénom du bénéficiaire des soins	EF_MF21_08	=	EF_BS02_03
Facture	Numéro de la facture	EF_MF21_09	=	RG_MFxx027
	Date de la facture	EF_MF21_10	=	EF_IP01_01
	Montant total de la facture	EF_MF21_11	=	EF_VF01_03
	Montant payé par l'assuré	EF_MF21_12	=	EF_VF01_04

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

	Libellé	Résumé de facture EF_MF20		Données à utiliser
Organisme obligatoire destinataire	*à renseigner uniquement en cas de FSE à transmettre (EF_MF01_04)*			
	Code régime	EF_MF21_13	=	EF_CF12_01
	Code caisse	EF_MF21_14	=	EF_CF12_02
	Code centre	EF_MF21_15	=	EF_CF12_03
Organisme complémentaire destinataire	*à renseigner uniquement en cas de contrat complémentaire en gestion séparée (EF_BS16_01)*			
	N° organisme complémentaire	EF_MF21_16	=	EF_BS17_01
Prestation	*Pour chaque prestation :*			
	Code prestation	EF_MF22_01	=	EF_IP04_01
	Date d'exécution de la prestation	EF_MF22_02	=	EF_IP04_02
	Montant calculé des honoraires de la prestation	EF_MF22_03	=	EF_VF05_09

[SP02] Préparer les données du résumé de la facture (EF_MF17) en cas de remplacement

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas d'un remplacement, l'identifiant de facturation du facturant (EF_MF21_01) reste celui du PS remplacé.

Le nom (EF_MF21_02) et l'identifiant national (EF_MF21_03) sont, quant à eux, ceux du remplaçant (EF_PS05)

	Libellé	Résumé de facture EF_MF20		Données à utiliser
Professionnel de Santé	Raison sociale du facturant si renseignée Sinon Prénom Nom (séparés d'un espace) du facturant *en cas de remplacement, nom du remplaçant	EF_MF21_02	=	EF_PS05_06 EF_PS05_05
	Identifiant national du facturant Clé de l'identifiant national du facturant *en cas de remplacement, identifiant national et clé du remplaçant	EF_MF21_03		EF_PS05_07 EF_PS05_08

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

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

Vue générale

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

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

Entrées	Empreinte de la FSE (sortie de MF16.03)	EF_MF15_01
	Empreinte de la DRE (sortie de MF16.03)	EF_MF16_01
	Marquage de la FSE et/ou de la DRE	EF_MF01_08
	Identifiant du contexte ApCV	EF_BS26_03
	Informations du résumé de la facture	EF_MF17
	« FSE » après calcul de l'empreinte (sortie de MF16.03)	EF_MF02
	« DRE » après calcul de l'empreinte (sortie de MF16.03)	EF_MF03
Sorties	Signature de la FSE	EF_MF15_02
	Signature de la DRE	EF_MF16_02
	Occurrence de facture	EF_MF18_01
Situations spécifiques	Aucune	

Règles de gestion

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

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Référence SFG	Libellé		Référence Service en ligne de signature
EF_MF15_01	Empreinte de la FSE	→	EF_ApCVsi11_E50.03
EF_MF16_01	Empreinte de la DRE	→	EF_ApCVsi11_E50.04
EF_BS26_03	Identifiant du contexte ApCV	→	EF_ApCVsi11_E30.01
Type 2A – Position 12-24 de EF_MF02 et/ou EF_MF03	Matricule de l'assuré transmis dans la facture	→	EF_ApCVsi11_E50.01
EF_MF01_08	Marquage de la FSE et/ou de la DRE	→	EF_ApCVsi11_E50.02
EF_MF20	**Résumé de la facture**	→	
EF_MF21_01	Identifiant de facturation du facturant	→	EF_ApCVsi11_E43_01
EF_MF21_02	Nom ou raison sociale du facturant	→	EF_ApCVsi11_E43_03
EF_MF21_03	Identifiant national du facturant	→	EF_ApCVsi11_E43_02
EF_MF21_04	NIR du bénéficiaire des soins	→	EF_ApCVsi11_E44_04

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Référence SFG	Libellé		Référence Service en ligne de signature
EF_MF21_05	Clé du NIR du bénéficiaire des soins		EF_ApCVsi11_E44_05
EF_MF21_06	Nom usuel du bénéficiaire des soins	→	EF_ApCVsi11_E44_01
EF_MF21_07	Nom de famille du bénéficiaire des soins	→	EF_ApCVsi11_E44_02
EF_MF21_08	Prénom du bénéficiaire des soins	→	EF_ApCVsi11_E44_03
EF_MF21_09	Numéro de la facture	→	EF_ApCVsi11_E42_01
EF_MF21_10	Date de la facture	→	EF_ApCVsi11_E42_02
EF_MF21_11	Montant total de la facture	→	EF_ApCVsi11_E42_03
EF_MF21_12	Montant payé par l'assuré	→	EF_ApCVsi11_E42_04
EF_MF21_13	Code régime	→	EF_ApCVsi11_E09_01
EF_MF21_14	Code caisse	→	EF_ApCVsi11_E09_02
EF_MF21_15	Code centre	→	EF_ApCVsi11_E09_03
EF_MF21_16	N° organisme complémentaire	→	EF_ApCVsi11_E15_01
Pour chaque prestation			
EF_MF22_01	Code prestation	→	EF_ApCVsi11_E45_01
EF_MF22_02	Date d'exécution de la prestation	→	EF_ApCVsi11_E45_02
EF_MF22_03	Montant des honoraires de la prestation	→	EF_ApCVsi11_E45_03

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

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Référence SFG	Libellé		Référence Service en ligne de signature
EF_MF15_02	Signature de la FSE	←	EF_ApCVsi11_S50.02
EF_MF16_02	Signature de la DRE	←	EF_ApCVsi11_S50.03
EF_MF18_01	Occurrence de facture	←	EF_ApCVsi11_S50.04

Cas d'erreurs

[CE1] Contexte ApCV non valide

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

Le système de facturation informe le Professionnel de Santé et lui propose une nouvelle authentification de l'utilisateur d'une ApCV (cette tâche est décrite dans la fonctionnalité « BS : Acquérir les informations du bénéficiaire de soins ») et reprend la fonction « MF16 : Signer la FSE et/ou la DRE avec l'ApCV » du début.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[CE2] NIR OD incohérent

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

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

[CE3] Marquage de la facture incohérent

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

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

[CE4] Nombre maximal de factures atteint

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

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

Le système de facturation propose une nouvelle authentification de l'utilisateur d'une ApCV (cette tâche est décrite dans la fonctionnalité « BS : Acquérir les informations du bénéficiaire de soins ») et reprend la fonction « MF16 : Signer la FSE et/ou la DRE avec l'ApCV » du début.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

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

Vue générale

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

Description Cette fonction permet d'ajouter la signature de la FSE dans la FSE et/ou la signature de la DRE dans la DRE. De plus, elle ajoute le numéro d'ordre de facture pour le même contexte ApCV (occurrence de facture) dans la FSE et/ou la DRE.

Entrées	« FSE » après calcul de l'empreinte (sortie de MF16.03)	EF_MF02
	« DRE » après calcul de l'empreinte (sortie de MF16.03)	EF_MF03
	Signature de la FSE	EF_MF15_02
	Signature de la DRE	EF_MF16_02
	Occurrence de facture	EF_MF18_01
Sorties	« FSE » signée Vitale	EF_MF02
	« DRE » signée Vitale	EF_MF03
Situations spécifiques	Aucune	

Règles de gestion

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

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation ajoute la signature de la FSE (EF_MF15_02) dans la FSE et/ou la signature de la DRE (EF_MF16_02) dans la DRE

La mise en œuvre de cette opération s'appuie sur le module SSV :

cf. A1-A : § « Ajouter la signature Vitale à la FSE et/ou la DRE »

Fonction **SSV_AjouterSignatureAssureFacture**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

4 SP11 : Situation spécifique de forçage

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

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

N° indicateur	Définition
Type 2A – Position 38 indicateur ①	Indicateur de forçage de **niveau facture** qui indique que : • les **données bénéficiaires** ont été modifiées : droits AMO (maternité, ALD) ou des données de la zone mutuelle. ou • des éléments de niveau facture concourant à la tarification AMO ont été modifiés ou créés.
Type 2M – Position 94 indicateur ②	Indicateur de forçage de **niveau facture** qui indique que les **données bénéficiaires** AMC ont été modifiées (période de droits).
Type 4S – Position 71 indicateur ③	Indicateur de forçage de **niveau acte** qui indique qu'un ou plusieurs éléments concourant à la tarification AMO de la prestation ont été modifiés ou créés.
Type 4S – Position 100 indicateur ④	Indicateur de forçage de **niveau acte** qui indique qu'un ou plusieurs éléments concourant à la tarification AMC de la prestation ont été modifiés ou crées.

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

[RG_MF2A038] [SP11] Indicateur de forçage de la tarification de la part AMO

Données utilisées

• Code indicateur de forçage service AMO famille	EF_BS05_04
• Code situation particulière du bénéficiaire de soins	EF_BS08_01
• Code support situation particulière du bénéficiaire de soins	EF_BS08_04
• Code indicateur de forçage de la situation particulière du bénéficiaire de soins	EF_BS08_05
• Code mode de gestion complémentaire	EF_BS16_01
• Code indicateur de forçage organisme complémentaire	EF_BS16_03
• Indicateur de forçage des données liées au parcours de soins	EF_CF02_98
• Indicateur de forçage des données liées aux accidents	EF_CF02_99
• code indicateur de forçage droit complémentaire	EF_CF03_12
• code indicateur de forçage droits situation particulière ouverts	EF_CF15_99

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

• Indicateur de forçage du code ALD	EF_CF08_95
• Indicateur de forçage du code tiers payant AMO par rapport aux droits AMO	EF_CF02_97
• Code indicateur de forçage de SD_SMG dans la facture	EF_VF02_99
• Indicateur de forçage des données liées au parcours de soins	EF_VF05_90
• Indicateur de forçage du taux de remboursement lié à l'individu	EF_V05_92

Règle

La valeur de l'indicateur de forçage de tarification de la part AMO à transmettre dans la facture dépend de différents indicateurs fonctionnels positionnés par le système de facturation dans les fonctionnalités BS et CF.

Indicateurs directs

Certaines valeurs à transmettre dépendent directement d'un code indicateur de forçage positionné par le système

Le tableau ci-dessous présente, pour chacun de ces codes, la valeur à transmettre :

Code indicateur de forçage		**Valeur à transmettre**
• Indicateur de forçage du code tiers payant AMO par rapport aux droits AMO	EF_CF02_97	**Y**
• Indicateur de forçage des données liées au parcours de soins	EF_CF02_98	**T**
• Indicateur de forçage des données liées aux accidents	EF_CF02_99	**W**
• Indicateur de forçage du code ALD	EF_CF08_95	**A**
• Indicateur de forçage des données liées au parcours de soins	EF_VF05_90	**T**
• Indicateur de forçage du taux de remboursement lié à l'individu	EF_V05_92	**U**
• Code indicateur de forçage de SD_SMG dans la facture	EF_VF02_99	**Z**

Indicateurs combinés

Certaines valeurs à transmettre dépendent d'une combinaison entre un code indicateur de forçage positionné par le système et la situation particulière du bénéficiaire, ainsi qu'éventuellement le code support de la situation particulière ou le code mode de gestion.

Le tableau ci-dessous présente, pour chacun des cas possibles, la valeur à transmettre :

Code indicateur de forçage		Situation particulière	Code support	Code mode de gestion	**Valeur à transmettre**
		EF_BS08_01	EF_BS08_04	EF_BS16_01	
Code indicateur de forçage service AMO famille	EF_BS05_04	Non renseigné	*indifférent*	*indifférent*	**S**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

code indicateur de forçage droit complémentaire	EF_CF03_12	Non renseigné	*indifférent*	Gestion Unique	**D**
Code indicateur de forçage organisme complémentaire	EF_BS16_03	Non renseigné	*indifférent*	Gestion Unique	**N**
Code indicateur de forçage de la situation particulière du bénéficiaire de soins	EF_BS08_05	C2S	zone service AMO	*indifférent*	**S**
	EF_BS08_05	C2S	zone mutuelle	*indifférent*	**N**
	EF_BS08_05	C2S	attestation	*indifférent*	**H**
	EF_BS08_05	Sortant de C2S	zone service AMO	*indifférent*	**S**
	EF_BS08_05	Sortant de C2S	zone mutuelle	*indifférent*	**N**
	EF_BS08_05	Sortant de C2S	attestation	*indifférent*	**H**
code indicateur de forçage droits situation particulière ouverts	EF_CF15_99	C2S	zone service AMO	*indifférent*	**S**
	EF_CF15_99	C2S	zone mutuelle	*indifférent*	**N**
	EF_CF15_99	Sortant de C2S	zone service AMO	*indifférent*	**S**
	EF_CF15_99	Sortant de C2S	zone mutuelle	*indifférent*	**N**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Cas de cumul :

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

Cumul de 2 valeurs :

	A	D	N	S	T	W	Y	Z
A	**A**	**I**	**J**	**so**	**A**	**A**		**so**
D		**D**	**so**	**G**	**D**	**D**		**so**
N			**N**	**H**	**N**	**N**		**so**
S				**S**	**S**	**N**	**Y**	**so**
T			***(1)***		**T**	**so**		**T**
W						**W**		**so**
Y							**Y**	**so**
Z								**so**

(1) Les valeurs se trouvant dans la diagonale inférieure du tableau sont identiques à celles se trouvant dans la diagonale supérieure.

Cumul de 3 valeurs

		A	D	N	S	T	W	Y
D+S=	G	***Sans objet***				**G**	**G**	**Y**
N+S=	H					**H**	**H**	
A+D=	I					**I**	**I**	
A+N=	J					**J**	**J**	

[RG_MF2M094] [SP11] Code forçage de la tarification de la part AMC

Données utilisées

• type de facturation	EF_MF01_01
• code indicateur de forçage période de droit complémentaire	EF_CF03_12

Règle

FSE

Type de facturation	Règle
FSE AMO seule	Non renseigné
FSE + DRE	Valeur blanc
FSE gestion unique	Non renseigné

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

DRE

N°	Cas de forçage	Règle	Valeur unitaire
1	Forçage des bornes de la période de droit en gestion séparée	Si l'indicateur de forçage des périodes de droit en gestion séparée (EF_CF03_12) indique un forçage.	D

[RG_MF4S071] [SP11] Indicateur de forçage de la tarification de la part AMO

Données utilisées

• Indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation	EF_IP04_98
• Indicateur de forçage du code prestation	EF_IP04_99
• Indicateur de forçage du code regroupement en base	EF_IP09_94
• Indicateur de forçage de caractéristiques du code prestation	EF_IP05_99
• Indicateur de forçage du code regroupement	EF_IP09_95
• Indicateur de forçage modificateur CCAM	EF_IP09_96
• Indicateur de forçage de compatibilité avec l'acte CCAM	EF_IP09_97
• Indicateur de forçage phase de traitement	EF_IP09_98
• Indicateur de forçage du code acte CCAM	EF_IP09_99
• Indicateur de forçage du code ALD	EF_CF08_95
• Indicateur de forçage du code remboursement exceptionnel CCAM	EF_CF08_96
• Indicateur de forçage du code qualificatif de la dépense	EF_CF08_97
• Indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation non CCAM	EF_CF08_98
• Indicateur de forçage de compatibilité pour une prestation CCAM	EF_CF08_99
• Indicateur de forçage du plafond des honoraires	EF_VF05_85
• Indicateur de forçage des tarifs opposables	EF_VF05_86
• Indicateur de forçage en base CCAM impactant le PU	EF_VF05_87
• Indicateur de forçage en base CCAM impactant la BR	EF_VF05_88
• Indicateur de forçage en base CCAM impactant le taux de remboursement	EF_VF05_89
• Indicateur de forçage de montants lié au parcours de soins	EF_V05_90
• Indicateur de forçage du montant remboursable AMO	EF_V05_91
• Indicateur de forçage du taux de remboursement lié à l'individu	EF_V05_92

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

• Indicateur de forçage du taux de remboursement de base pour un prestation non CCAM	EF_V05_93
• Indicateur de forçage du taux de remboursement de base pour un prestation CCAM	EF_V05_94
• Indicateur de forçage du taux de majoration de remboursement CRPCEN	EF_V05_95
• Indicateur de forçage du justificatif d'exonération pour une prestation CCAM	EF_V05_96
• Indicateur de forçage du taux de remboursement pour une prestation CCAM	EF_V05_97
• Indicateur de forçage de la BR pour une prestation CCAM	EF_V05_98
• Indicateur de forçage du PU pour une prestation CCAM	EF_V05_99

Règle

Les trois tableaux ci-dessous présentent, pour chaque code indicateur de forçage positionné par le système de facturation, la valeur à transmettre dans la facture :

Prestations CCAM

Code indicateur de forçage		**Valeur à transmettre**
• Indicateur de forçage du code regroupement en base CCAM	EF_IP09_94	**G**
• Indicateur de forçage du code regroupement	EF_IP09_95	**G**
• Indicateur de forçage modificateur CCAM	EF_IP09_96	**B**
• Indicateur de forçage de compatibilité avec l'acte CCAM	EF_IP09_97	**C**
• Indicateur de forçage phase de traitement	EF_IP09_98	**P**
• Indicateur de forçage du code acte CCAM	EF_IP09_99	**A**
• Indicateur de forçage du code remboursement exceptionnel CCAM	EF_CF08_96	**N**
• Indicateur de forçage du code qualificatif de la dépense	EF_CF08_97	**N**
• Indicateur de forçage de compatibilité pour une prestation CCAM	EF_CF08_99	**C**
• Indicateur de forçage en base CCAM de montants impactant le PU	EF_VF05_87	**R**
• Indicateur de forçage en base CCAM de montants impactant la BR	EF_VF05_88	**R**
• Indicateur de forçage en base CCAM impactant le taux de remboursement	EF_VF05_89	**S**
• Indicateur de forçage du taux de remboursement de base pour une prestation CCAM	EF_V05_94	**N**
• Indicateur de forçage du taux de majoration de remboursement CRPCEN	EF_V05_95	**N**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

• Indicateur de forçage du justificatif d'exonération pour une prestation CCAM	EF_V05_96	**T**
• Indicateur de forçage du taux de remboursement pour une prestation CCAM	EF_V05_97	**T**
• Indicateur de forçage de la BR pour une prestation CCAM	EF_V05_98	**B**
• Indicateur de forçage du PU pour une prestation CCAM	EF_V05_99	**B**

Prestations Hors CCAM

Code indicateur de forçage		**Valeur à transmettre**
• Indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation	EF_IP04_98	**C**
• Indicateur de forçage du code prestation	EF_IP04_99	**A**
• Indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation non CCAM	EF_CF08_98	**C**
• Indicateur de forçage des tarifs opposables	EF_VF05_86	**C**
• Indicateur de forçage du taux de remboursement de base pour une prestation non CCAM	EF_V05_93	**C**

Toutes nomenclatures

Code indicateur de forçage		**Valeur à transmettre**
• Indicateur de forçage du montant remboursable AMO	EF_V05_91	**5**
• Indicateur de forçage de caractéristiques du code prestation	EF_IP05_99	**C**
• Indicateur de forçage du plafond des honoraires	EF_VF05_85	**6**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Cas de cumul possibles pour toute prestation :

Dans le cas où plusieurs forçages concernent la même ligne d'acte, le logiciel renseigne un indicateur de forçage unique, suivant les règles de cumul des indicateurs décrites ci-dessous.

En cas de forçages multiples pour une même prestation, l'indication du forçage du **« plafond des honoraires »** et du **« montant remboursable par l'AMO » sont** nécessairement **prioritaires**.

Il n'existe pas de priorité entre ces deux forçages, ainsi s'ils concernent la même ligne d'acte, une valeur spécifique est à transmettre dans la facture.

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

		Plafond des honoraires EF_VF05_85	*Montant remboursable par l'AMO* EF_V05_91	*Forçages hors CCAM ou table des plafonds dentaires* EF_IP04_98 EF_IP04_99 EF_CF08_98 EF_VF05_93	*Eléments liés aux codes regroupements CCAM :* EF_CF08_97 EF_VF05_94 EF_VF05_95	*Forçages CCAM*
		6	5	A ou C	N	Ω(*)
Plafond des honoraires EF_VF05_85	6	**6**	**7**	**6**	**6**	**6**
Montant remboursable par l'AMO EF_V05_91	5	**7**	**5**	**5**	**5**	**5**
Forçages hors CCAM ou table des plafonds dentaires EF_IP04_98 EF_IP04_99 EF_CF08_98 EF_VF05_93	A ou C	**6**	**5**	**A ou C**	**N**	**Ω**
Eléments liés aux codes regroupements CCAM : EF_CF08_97 EF_VF05_94 EF_VF05_95	N	**6**	**5**	**N**	**N**	**Ω**
Forçages CCAM	Ω(*)	**6**	**5**	**Ω**	**Ω**	**Ω**

(*) Ω représente la valeur retournée par la règle de cumul en cas de plusieurs forçage pour une prestation CCAM.

Ainsi :

- en cas de forçage du « montant remboursable par l'AMO » d'une ligne d'acte CCAM, la valeur 5 de l'indicateur de forçage vient remplacer la valeur obtenue par les règles de forçage pour une prestation CCAM.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- en cas de forçage du « plafond des honoraires » d'une ligne d'acte CCAM, la valeur 6 de l'indicateur de forçage vient remplacer la valeur obtenue par les règles de forçage pour une prestation CCAM.
- en cas de forçage du « montant remboursable par l'AMO » et du « plafond des honoraires » d'une ligne d'acte CCAM, la valeur 7 de l'indicateur de forçage vient remplacer la valeur obtenue par les règles de forçage pour une prestation CCAM.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Cumul de plusieurs forçages pour une prestation CCAM

Forçage au niveau acte, activité ou phase

- Si le PS force le code de l'acte, toutes les informations concernant cet acte CCAM sont renseignées manuellement par le PS. Ainsi l'indicateur de forçage 'A' est prioritaire sur tous les autres indicateurs. → **A + n'importe quel indicateur = A**.
- De même l'indicateur de forçage 'P' est prioritaire sur tous les autres indicateurs excepté sur l'indicateur 'A'. → **P + n'importe quel indicateur (sauf A) = P**

Forçage de la base de remboursement, de l'exonération CCAM et du remboursement d'un acte non remboursable

- Le forçage de la base de remboursement dans la facture est prioritaire par rapport au forçage de l'exonération CCAM. → **B + T = B et B + S = B.**
- Le forçage de la base de remboursement dans la facture est prioritaire au fait de modifier des données dans le référentiel impactant la base de remboursement. → **B + R = B.**
- Le fait de demander le remboursement d'un acte non remboursable est prioritaire par rapport au forçage de la base de remboursement et de l'exonération CCAM. → **N + B = N, N + R = N, N + T = N et N + S = N**
- Le fait de modifier le seuil d'exonération dans le référentiel est prioritaire sur le forçage de l'exonération CCAM dans la facture. → **S + T = S**
- Il n'existe pas de priorité entre le fait de modifier des données dans le référentiel impactant la base de remboursement et le forçage de l'exonération CCAM. → **R + T = Y et R + S = 1**

Ces combinaisons sont résumées dans le tableau ci-dessous :

		EF_IP09_99	EF_IP09_98	EF_IP09_96 EF_VF05_98	EF_VF05_87 EF_VF05_88	EF_V05_96 EF_V05_97	EF_VF05_89	EF_CF08_96
		A	**P**	**B**	**R**	**T**	**S**	**N**
Code acte CCAM	**A**	**A**	**A**					
Code phase de traitement	**P**		**P**	**P**				
Base remboursement ou prix unitaire (facture)	**B**			**B**	**B**	**B**	**B**	**N**
Montants dans le référentiel	**R**				**R**	**Y**	**1**	**N**
Exonération CCAM (facture)	**T**					**T**	**S**	**N**
Seuil d'exonération dans le référentiel	**S**			*(1)*			**S**	**N**
Demande de remboursement exceptionnel	**N**							**N**

(1) Les valeurs se trouvant dans la diagonale inférieure du tableau sont identiques à celles se trouvant dans la diagonale supérieure.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Forçage des compatibilités et du code regroupement

Il n'existe pas de priorité entre les indicateurs 'C' et 'G' et les autres indicateurs. Le tableau ci-dessous présente les cumuls de ces deux indicateurs avec les autres.

		EF_CF08_99 ou EF_IP09_97	EF_IP09_94 ou EF_IP09_95	
		C	**G**	**C + G**
Pas de forçage	**(blanc)**	C	G	4
Base remboursement ou prix unitaire : EF_IP09_96 Ou EF_V05_98 Ou EF_V05_99	**B**	D	E	F
Montants dans le référentiel : EF_VF05_87 EF_VF05_88	**R**	H	I	J
Exonération CCAM : EF_V05_96 Ou EF_V05_97	**T**	O	Q	U
Seuil d'exonération dans le référentiel : EF_VF05_89	**S**	K	L	M
Demande de remboursement exceptionnel : EF_CF08_96	**N**	V	W	X
Combinaison R + T	**Y**	Z	0	9
Combinaison R + S	**1**	2	3	9

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

Forçage de certains éléments liés aux codes regroupements CCAM

Si le traitement décrit dans les paragraphes précédents avait conduit au calcul d'un indicateur de forçage, celui-ci est prioritaire sur les indicateurs de forçage lié aux codes regroupement CCAM suivants :

• Indicateur de forçage du code qualificatif de la dépense	EF_CF08_97	**N**
• Indicateur de forçage du taux de remboursement de base pour une prestation CCAM	EF_V05_94	**N**
• Indicateur de forçage du taux de majoration de remboursement CRPCEN	EF_V05_95	**N**

[RG_MF4S100] [SP11] Indicateur de forçage de la tarification de la part AMC

Données utilisées

• type de facturation	EF_MF01_01
• code indicateur de forçage montant théorique remboursable organisme complémentaire	EF_VF06_02

Règle

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

FSE

Type de facturation	Règle
FSE AMO seule	Non renseigné
FSE + DRE	Valeur « 0 »
FSE gestion unique	Renseigné à la valeur « 1 » si l'indicateur de forçage du montant théorique remboursable par l'organisme complémentaire indique un forçage

DRE

Renseigné à la valeur « 1 » si l'indicateur de forçage du montant théorique remboursable par l'organisme complémentaire indique un forçage.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

5 DF_MF : Domaine d'Information « Mettre en forme la FSE et/ou la DRE »

5.1 Modèle de données « Mettre en forme la FSE et/ou la DRE »

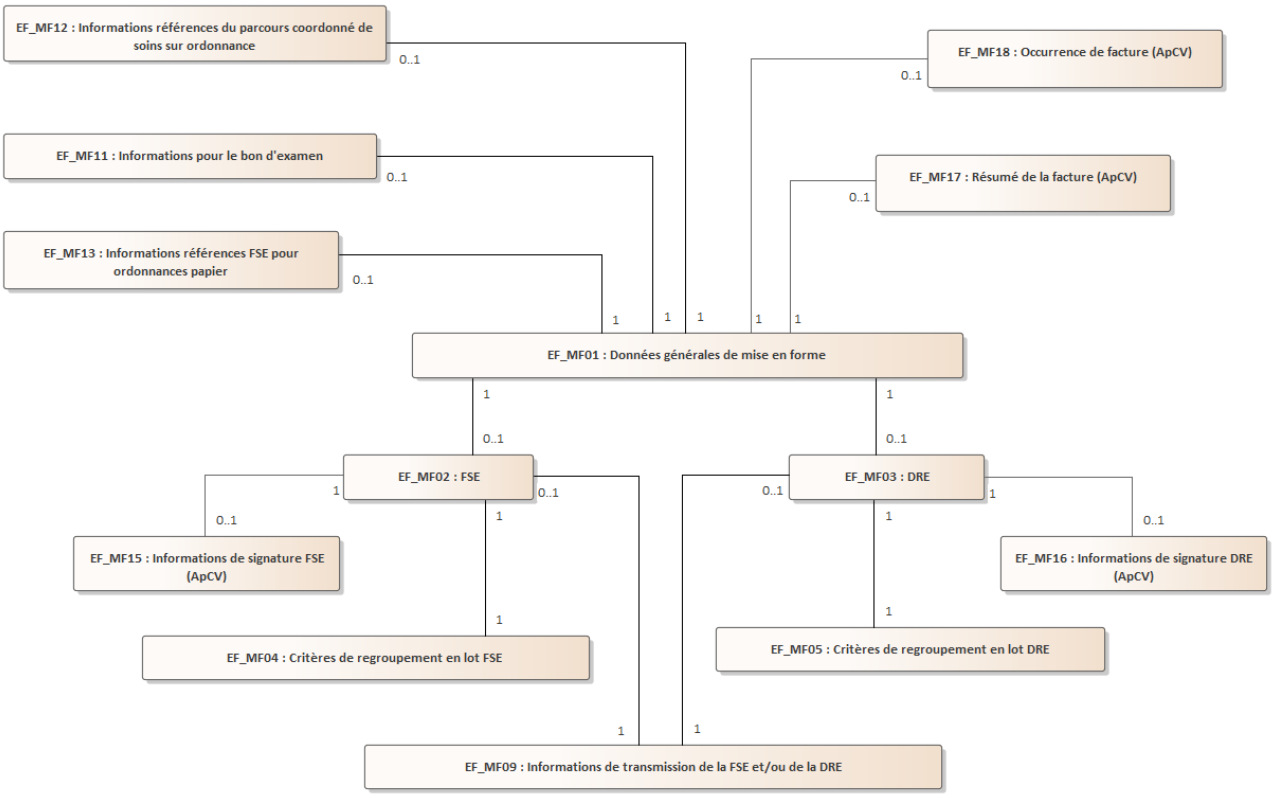


Figure 10 : [DF_MF] Modèle de données **« Mettre en forme la FSE et/ou la DRE »**

5.2 Modèle de données « Sauvegarde des éléments constitutifs de la facture »

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

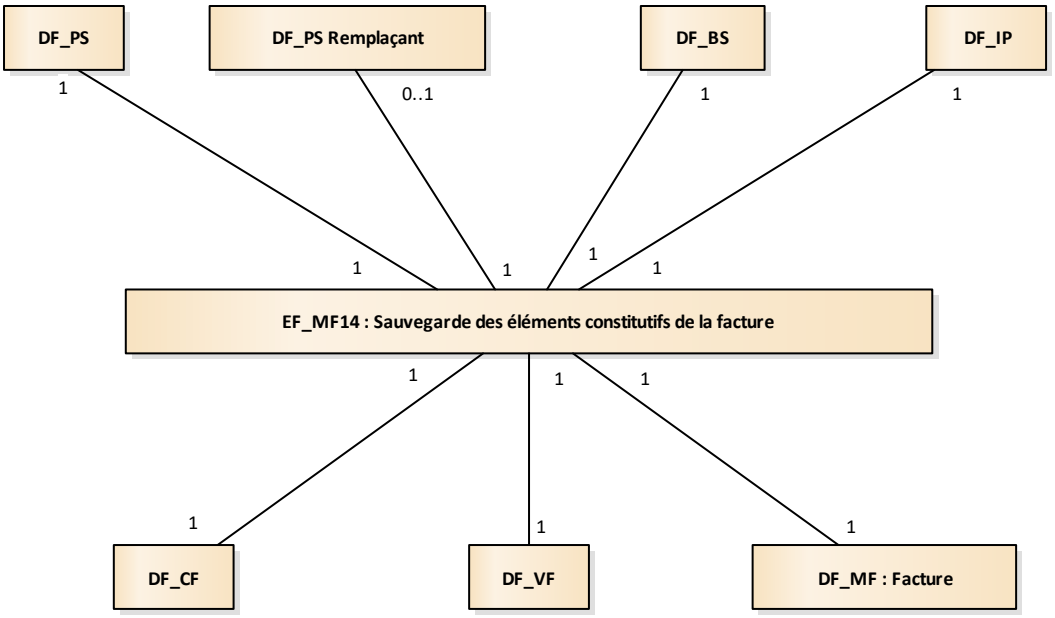


Figure 11 : [EF_MF14]Modèle de données « Sauvegarde des éléments constitutifs de la facture »

5.3 Modèle de données « Résumé de la facture (ApCV) »

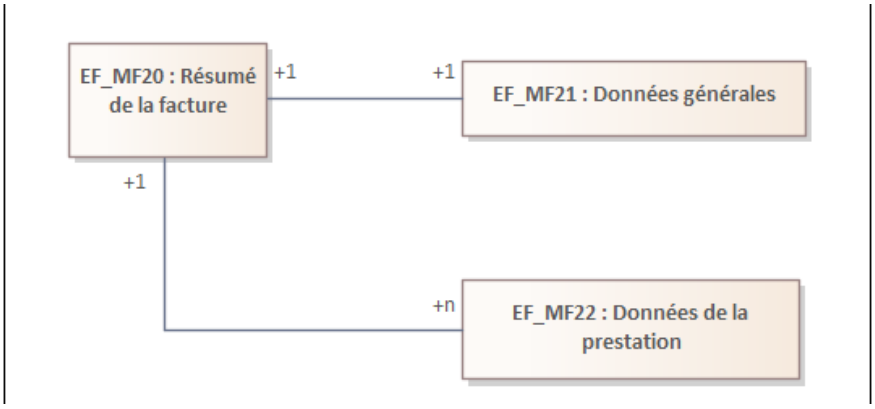


Figure 12 : EF_MF20 Modèle de données « Résumé de la facture (ApCV) »

5.4 Liste des données fonctionnelles pour chaque entité

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG_MF
EF_MF01	Données générales de mise en forme - facture	01	Type de facturation	C	001
		02	Code mode de sécurisation	C	003
		03	Code norme d'échange de la facture	C	004
		04	Type de flux	C	002
		05	Code mode de synchronisation	C	008
		08	Marquage de la FSE et/ou de la DRE	C	012
		93	Top similitude informations bénéficiaire de soins	T	020 011
		94	Top compatibilité carte Vitale	T	555
		95	Top carte PS valide pour signature	T	
		96	Top similitude des numéros d'identification de facturation	T	017
		97	Top habilitation à signer la FSE et/ou la DRE	T	016
		98	Top cohérence carte PS marquage facture	T	
		99	Top présence situation d'exercice et de facturation pour signature	T	014
EF_MF02	FSE		Cf. § 6.3 Renseignement de la FSE		
EF_MF03	DRE		Cf. § 6.3 Renseignement de la DRE		
EF_MF04	Critères de regroupement en lot FSE	00	Critères de regroupement en lot FSE	A	007
		04	Code organisme destinataire	C	33
EF_MF05	Critères de regroupement en lot DRE	00	Critères de regroupement en lot DRE	A	007
EF_MF09	Informations de transmission FSE ou DRE	01	Statut de la FSE et/ou DRE	S	10
EF_MF11	Informations pour le bon d'examen				075
EF_MF12	Informations références du parcours coordonné de soins sur ordonnance papier				070
EF_MF13	Informations références FSE pour ordonnance papier				069

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG_MF
EF_MF14	Sauvegarde des éléments constitutifs de la facture		*Cette entité ne contient pas de donnée*		MF09
EF_MF15	Informations de signature FSE (ApCV)	01	Empreinte de la FSE		902
		02	Signature de la FSE		905
EF_MF16	Informations de signature DRE (ApCV)	01	Empreinte de la DRE		902
		02	Signature de la DRE		905
EF_MF18	Occurrence de facture (ApCV)	01	Numéro d'occurrence ApCV de la facture	N	905
EF_MF20	Résumé de la facture (ApCV)		*Cette entité ne contient pas de donnée*		903
EF_MF21	Données générales du résumé de la facture	01	Identifiant de facturation du facturant		903
		02	Nom ou raison sociale du facturant		903
		03	Identifiant de facturation du facturant		903
		04	NIR du bénéficiaire des soins		903
		05	Clé du NIR du bénéficiaire des soins		903
		06	Nom usuel du bénéficiaire des soins		903
		07	Nom de famille du bénéficiaire des soins		903
		08	Prénom du bénéficiaire des soins		903
		09	Numéro de la facture		903
		10	Date de la facture		903
		11	Montant total de la facture		903
		12	Montant payé par l'assuré		903
		13	Code régime		903
		14	Code caisse		903
		15	Code centre		903
		16	N° organisme complémentaire		903
EF_MF22	Données prestation du résumé de la facture	01	Code prestation		903
		02	Date d'exécution de la prestation		903
		03	Montant calculé des honoraires de la prestation		903
EF_MF96	« données stockées de la FSE enrichie réservées à l'OCT »				MF12

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

6 Annexe 1 : Règles de valorisation de la FSE et de la DRE

Annexe1Règles de valorisation de la FSE et de la DRE

[CG_MF002] Enchainement des prestations

L'enchaînement des prestations (EF_IP04) doit suivre strictement l'ordre de présentation des prestations issues du processus d'élaboration de la facture (fonctionnalités IP, CF, VF), les contraintes éventuelles d'ordonnancement étant précisées au cours du processus d'élaboration, à savoir :

- Une prestation de type secondaire facturée doit être positionnée après d'éventuelles indemnités de déplacement.
- Toute prestation d'honoraire simple doit succéder **immédiatement** le médicament à laquelle elle se rapporte
- Les prestations d'honoraires globaux doivent apparaitre en fin de facture après tous les médicaments et leurs honoraires simples, 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. VF05)
- La prestation de supplément APIAS doit apparaître en fin de facture (cf. VF07)

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_MFxx012] N° immatriculation assuré = EF_BS03_01

~~Cas particuliers~~

~~[CP1] Anonymisation de la facture pour délivrance d'un contraceptif d'urgence à la mineure~~

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

~~Lors de la délivrance du contraceptif d'urgence à la mineure une bénéficiaire acceptant l'anonymisation de la facture (EF_IP01_04 = « contraceptif d'urgence » EF_IP01_08 = « Anonymisation de la facture contraception d'urgence »), il convient de transmettre un NIR fictif, afin d'assurer la confidentialité du bénéficiaire : 2 55 55 55 xxx 041 042, où xxx représente le numéro de caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM) de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie.~~

~~Lors de la délivrance à la mineure d'un contraceptif autre que le contraceptif d'urgence, si la mineure souhaite bénéficier de la confidentialité (EF_IP01_04 = « contraceptif hors urgence avec confidentialité »), il convient de transmettre un NIR fictif de valeur : 2 55 55 55 xxx 042, où xxx représente le numéro de caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM) de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie.~~

~~[CP2] Anonymisation des examens de la facture pour santé sexuelle contraception des mineures~~

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

~~Si la patiente ou le patient a demandé à bénéficier de n'a pas remis en cause la confidentialité pour ses examens médicaux ou de biologie médicale ou de produits de santé (y compris les préservatifs pris en charge par l'Assurance Maladie) relatifs à la santé sexuelle contraception, (EF_IP01_05 = « Anonymisation des examens pour contraception des mineures Anonymisation de la facture santé sexuelle »), il convient de transmettre un NIR fictif de valeur :~~

- ~~2 55 55 55 xxx 042, où xxx représente le numéro de caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM) de rattachement du Professionnel de Santé (EF_PS04_04) ou le numéro de caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM) de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie, pour une bénéficiaire féminine ;~~
- ~~1 55 55 55 xxx 042, où xxx représente le numéro de caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM) de rattachement du Professionnel de Santé (EF_PS04_04) ou le numéro de caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM) de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie, pour un bénéficiaire masculin.~~

~~[CP3] Anonymisation des prestations d'IVG~~

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

~~Dans le cas de la facturation d'actes relatifs à l'IVG (EF_IP05_03 = IVG), si le PS a choisi l'anonymisation de la facture, (EF_IP01_06 = « OUI »), il convient de transmettre un NIR fictif de valeur : 2 55 55 55 xxx 030, où xxx représente le numéro de caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM) de rattachement du Professionnel de Santé (EF_PS04_04).~~

Situations spécifiques

[SP10] Facture anonymisée

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas d'une facture anonymisée (Top Anonymisation (EF_IP01_10) = OUI), le NIR fictif à utiliser présente la structure suivante : A 55 55 55 CCC zzz avec :

- CCC = numéro de caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM) de rattachement du Professionnel de Santé (EF_PS04_04) dans tous les cas.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

A noter que pour une facture pharmacien, la caisse de rattachement correspond à la CPAM de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie.

- et A et zzz dépendent du contexte d'anonymisation potentielle conformément au tableau ci-après, avec A :
  - a) soit prend une valeur fixe : soit 1, soit 2 ;
  - b) soit dépend du sexe du bénéficiaire :
    valeur 1 ou 2 déduite du NIR du Bénéficiaire des Soins (EF_BS02_04) si renseigné, ~~soit~~ ou à défaut demandée au PS.

Contexte d'anonymisation potentielle		NIR fictif à utiliser : A 55 55 55 CCC zzz	
libellé	EF_IP01_09	A	zzz
Délivrance de contraceptif d'urgence	CTX_CU	2	042
Prévention Santé sexuelle	CTX_SS	1 ou 2 selon BS: cf. b) supra	042
TP IVG	CTX_IVG	2	030
expérimentation THC	CTX_THC	1	026
Délivrance de préservatif remboursés à 100%	CTX_P100	1 ou 2 selon BS: cf. b) supra	042

[RG_MFxx025] Clé du N° immatriculation = EF_BS03_02

Cas particuliers

~~***[CP1] Délivrance d'un contraceptif à la mineure***~~

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

~~Lors de la délivrance du contraceptif d'urgence à la mineure (EF_IP01_04 = « contraceptif d'urgence ») la clé du NIR transmise est calculée à partir du NIR fictif transmis. (cf. RG_MFxx012)~~

~~Il en est de même dans le cas de la délivrance d'un contraceptif autre que le contraceptif d'urgence si la mineure demande à bénéficier de la confidentialité (EF_IP01_04 = « contraceptif hors urgence avec confidentialité »).~~

Situations spécifiques

[SP10] Facture anonymisée

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas d'une facture anonymisée (Top Anonymisation (EF_IP01_10) = OUI), la clé du NIR transmise est calculée à partir du NIR fictif transmis. (cf. RG_MFxx012[CP10])

[RG_MFxx027] N° Facture

Renseigné à partir du numéro attribué par le Professionnel de Santé (incrémenté de un en un jusqu'à utilisation de l'ensemble des positions puis réinitialisé à la première position dès que l'ensemble des positions a été utilisé. Ce numéro doit être différent de zéro).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Remarque

Les identifiants de la FSE et de la DRE élaborées dans le cadre de l'éclatement à la source sont différents.

Ils sont constitués d'une valeur numérique unique commune à la FSE et à la DRE (n° de facture) et différenciés par le type de facture (lettre distinguant FSE et DRE)

Cas particuliers

[CP1] DRE d'annulation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas de facturation de type « DRE d'annulation », la DRE reprend le même numéro que celui de la facture initiale.

Situations spécifiques

[SP02] N° Facture

Le système de facturation assure l'incrémentation de la numérotation des factures élaborées par le Professionnel de santé remplaçant dans la continuité de celles élaborées par le Professionnel de Santé titulaire.

[RG_MF2A038] Indicateur de forçage de la tarification de la part AMO

Données utilisées

• Code indicateur de forçage service AMO famille	EF_BS05_04
• Code situation particulière du bénéficiaire de soins	EF_BS08_01
• Code support situation particulière du bénéficiaire de soins	EF_BS08_04
• Code indicateur de forçage de la situation particulière du bénéficiaire de soins	EF_BS08_05
• Code mode de gestion complémentaire	EF_BS16_01
• Code indicateur de forçage organisme complémentaire	EF_BS16_03
• Indicateur de forçage des données liées au parcours de soins	EF_CF02_98
• Indicateur de forçage des données liées aux accidents	EF_CF02_99
• code indicateur de forçage droit complémentaire	EF_CF03_12
• code indicateur de forçage droits situation particulière ouverts	EF_CF15_99
• Indicateur de forçage du code ALD	EF_CF08_95
• Indicateur de forçage du code tiers payant AMO par rapport aux droits AMO	EF_CF02_97
• Code indicateur de forçage de SD_SMG dans la facture	EF_VF02_99

Règle

Dans le cas où aucune des données utilisées n'indique un forçage, l'indicateur de forçage de la tarification de la part AMO est à renseigner à blanc.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

☞ **[SP11]** Cette règle a un comportement spécifique si l'une des données utilisées indique un forçage.

[RG_MF2A039] Nature d'opération = Valeur '1'

[RG_MF2A040] Date de Facturation

Données utilisées

• Date de la facture	EF_IP01_01

Règle

Renseignée sous la forme AAMMJJ à partir de la date de la facture.

☞ Remarque : L'heure d'élaboration des factures ne doit pas être renseignée

[RG_MF2A074] Régime de Prestation de l'Assuré = Valeur blanc

[RG_MF2A095] Présence d'une CPS de Remplaçant pour sécurisation de la facture = Valeur blanc

Situations spécifiques

[SP02] Indicateur signature Remplaçant = « X »

[RG_MF2A096] Date de Naissance du Bénéficiaire

Données utilisées

• date de naissance	EF_BS02_07

Règle

Renseignée sous la forme AAMMJJ à partir de la date de naissance du bénéficiaire (EF_BS02_07)

Cas particuliers

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

~~***[CP1] Délivrance du contraceptif d'urgence à la mineure Anonymisation de la facture pour délivrance d'un contraceptif d'urgence***~~

~~Lors de la délivrance du contraceptif d'urgence à la une mineure acceptant l'anonymisation de la facture (EF_IP01_04 = « contraceptif d'urgence OUI » **ET** EF_IP01_08 = « Anonymisation de la facture contraception d'urgence »), la date de naissance est renseignée~~

- ~~soit avec la date de naissance du bénéficiaire (si elle accepte de la communiquer),~~
- ~~soit avec la date de naissance fictive.~~
  ~~Cette date correspond au premier jour du premier mois de l'année en cours diminuée de 16 ans.~~

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

~~Dans les autres cas (EF_IP01_04 = « contraceptif d'urgence avec confidentialité » ou « contraceptif d'urgence sans confidentialité ») la date de naissance est renseignée à partir de la prescription.~~

~~CDC 1.40 3.2.2.5~~

Situations spécifiques

[SP10] Facture anonymisée

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas d'une facture anonymisée (Top Anonymisation (EF_IP01_10) = OUI), le renseignement de la date de naissance dépend du contexte d'anonymisation potentielle de la facture (EF_IP01_09) conformément au tableau ci-après :

Contexte d'anonymisation potentielle		Date de naissance à transmettre dans la facture
libellé	EF_IP01_09	
Délivrance de contraceptif d'urgence	CTX_CU	date réelle : EF_BS02_07 si la patiente accepte ou date de naissance fictive(1) sinon
Prévention Santé sexuelle	CTX_SS	date réelle : EF_BS02_07 si renseignée ou 31/12/1955 sinon
TP IVG	CTX_IVG	date réelle : EF_BS02_07
expérimentation THC	CTX_THC	date réelle : EF_BS02_07
Délivrance de préservatif remboursés à 100%	CTX_P100	date réelle : EF_BS02_07

(1) La date de naissance fictive correspond au premier jour du premier mois de l'année en cours diminuée de 16 ans.

[RG_MF2A119] N° d'organisme complémentaire

Données utilisées

• type de facturation	EF_MF01_01
• code mode de gestion complémentaire	EF_BS16_01
• identifiant de l'organisme complémentaire en gestion unique (MUTNUM)	EF_BS13_01
• identifiant de l'organisme complémentaire en gestion séparée	EF_BS17_01

Cette donnée est cadrée à droite et complétée avec des 0 (zéros) à gauche si la longueur du champ est inférieure à 10.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

FSE

Type de facturation	Règle
FSE AMO seule	Valeur blanc
FSE + DRE	Valeur blanc
FSE gestion unique	Dans le cas d'un contrat complémentaire en gestion unique (EF_BS13 et EF_BS16_01), renseignée à partir de l'identifiant de l'organisme complémentaire en gestion unique (MUTNUM) (EF_BS13_01)

DRE

Renseignée à partir de l'identifiant de l'organisme complémentaire en gestion séparée (EF_BS17_01).

Situations spécifiques

[SP03] N° d'organisme complémentaire

Données utilisées

• type de facturation	EF_MF01_01
• code mode de gestion complémentaire	EF_BS16_01
• identifiant de l'organisme complémentaire en gestion séparée	EF_BS17_01

Règle

Cette donnée est cadrée à droite et complétée avec des 0 à gauche si la longueur du champ est inférieure à 10.

FSE

Type de facturation	Règle
FSE AMO seule	Valeur blanc
FSE + DRE	Valeur blanc
FSE gestion unique	Le système de facturation doit valoriser le champ « N° organisme complémentaire » à « M ». Le champ « N° organisme complémentaire » doit être rempli par le système de facturation à blanc aux 9 premières positions et le M à la 10ème position ('--------M')

DRE

Renseignée à partir de l'identifiant de l'organisme complémentaire en gestion séparée (EF_BS17_01).

[SP06] N° Organisme complémentaire

Données utilisées

• type de facturation	EF_MF01_01
• Code situation spécifique	EF_BS08_01

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règle

Cette donnée est cadrée à droite et complétée avec des 0 à gauche si la longueur du champ est inférieure à 10.

FSE

Type de facturation	Règle
FSE AMO seule	sans objet
FSE + DRE	sans objet
FSE gestion unique	75500017

En AME le type de facturation est nécessairement une FSE en gestion unique et l'identifiant mutuelle à transmettre est toujours la valeur 75500017.

DRE

Sans objet

Situations spécifiques

[SP12] N° d'organisme complémentaire en cas de FSE enrichie

Idem DRE

[RG_MF2S122] Option de coordination

Données utilisées

• code conventionnel	EF_PS03_13
• contrat tarifaire PS	EF_PS04_03

Règle

Renseigner à partir du code conventionnel et du contrat tarifaire PS comme suit :

Code conventionnel	Contrat tarifaire PS		Valeur de l'Option de coordination
1	OPTAM	➔	« O »
	OPTAM-CO		
	Aucun		
0,2,3	OPTAM		
	OPTAM-CO		
	Aucun	➔	blanc

[RG_MF2M094] Code forçage de la tarification de la part AMC

Données utilisées

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

• type de facturation	EF_MF01_01
• code indicateur de forçage période de droit complémentaire	EF_CF03_12

Règle

Dans le cas où aucune des données utilisées n'indique un forçage, le code forçage de la tarification de la part AMC est à renseigner à blanc.

☞ **[SP11]** Cette règle a un comportement spécifique si l'une des données utilisées indique un forçage.

Situations Spécifiques

[SP12] Code forçage de la tarification de la part AMC en cas de FSE enrichie

Idem DRE.

[RG_MF2P037] N° d'opérateur de Règlement

Données utilisées

• type de facturation	EF_MF01_01
• informations administratives et de routage	EF_CF16_01
• Identifiant de l'organisme complémentaire en gestion séparée	EF_BS17_01
• Identifiant de l'organisme complémentaire	EF_BS13_05

Règle

FSE

Type de facturation	Règle
FSE AMO seule	Non renseigné
FSE + DRE	Valeur blanc
FSE gestion unique	Non renseigné

DRE

Ce champ est renseigné à partir du n° d'opérateur de règlement issu des informations administratives et de routage si celui-ci est présent. En absence de cette information, ce champ est renseigné à partir du numéro AMC.

Situations Spécifiques

[SP12] N° d'opérateur de Règlement en cas de FSE enrichie

Idem DRE.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_MF2P047] Contexte conventionnel AMC = 0

Le champ « Contexte conventionnel AMC » est valorisé par le système de facturation avec les informations suivantes en présence d'une part complémentaire.

Données utilisées

• type de facturation	EF_MF01_01
• informations administratives et de routage	EF_CF16
• code conventionnel	EF_PS03_13
• code spécialité	EF_PS03_14
• code spécialité de l'exécutant salarié	EF_IP07_03

Règle

Description du champ « contexte conventionnel AMC »

Position	Donnée	Présence	Règles de renseignement
1 – 2	N° de version de la structure de contexte conventionnel	Obligatoire	« 01 »
3 – 4	Code spécialité du Professionnel de Santé	Obligatoire	Code spécialité de l'exécutant salarié (EF_IP07_03). Si absent, code spécialité du Professionnel de Santé réalisant la Facture (issu de la Carte du Professionnel de Santé) (EF_PS03_14). Cette information est renseignée même si une convention n'a pas été sélectionnée.
5	Code conventionnel du Professionnel de Santé	Obligatoire	Code conventionnel du Professionnel de Santé réalisant la Facture, au regard de l'AMO (issu de la Carte du Professionnel de Santé) (EF_PS03_13). Cette information est renseignée même si une convention n'a pas été sélectionnée.
6 – 7	Code type de convention	Facultatif	Code type de convention (EF_CF16_10)
8 – 16	Critère secondaire	Facultatif	En gestion séparée : issu des informations administratives et de routage (EF_CF16_09) (annuaire ou convention sélectionnée par le Professionnel de Santé (en cas de regroupement). En gestion unique : issu des informations administratives et de routage (EF_CF16_09) (selon convention sélectionnée par le Professionnel de Santé pour la Facture (cette information peut comporter des caractères génériques à remplacer par le caractère alphanumérique « X »).
17 – 19	Code norme retour attendu	Facultatif	Non utilisé.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Position	Donnée	Présence	Règles de renseignement
20	Origine du contexte conventionnel	Obligatoire	Origine du contexte conventionnel (EF_CF16_11) : origine de l'information soit Annuaire AMC, soit table de conventions
21-34	Zone disponible	Facultatif	Non utilisé.

Exemple 1 (gestion séparée) : «01191XXA»

1 – 2	N° de version de la structure de contexte conventionnel	01
3 – 4	Code spécialité du Professionnel de Santé	19
5	Code conventionnel du Professionnel de Santé	1
6 – 7	Code type de convention	XX
8 – 16	Critère secondaire	non renseigné
17 – 19	Code norme retour attendu	non renseigné
20	Origine du contexte conventionnel	Annuaire AMC

Exemple 2 (gestion unique) : «01191RO02XX1XXXXC»

1 – 2	N° de version de la structure de contexte conventionnel	01
3 – 4	Code spécialité du Professionnel de Santé	19
5	Code conventionnel du Professionnel de Santé	1
6 – 7	Code type de convention	RO
8 – 16	Critère secondaire	02XX1XXXX
17 – 19	Code norme retour attendu	non renseigné
20	Origine du contexte conventionnel	Table de convention

Situations Spécifiques

[SP12] Contexte conventionnel AMC en cas de FSE enrichie = 0

Idem DRE.

[RG_MF4A074] Code Acte

Données utilisées

• Code prestation	EF_IP04_01
• Code complément prestation	EF_IP08_01
• Groupe fonctionnel général	EF_IP05_03
• Groupe fonctionnel détail	EF_IP05_04

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règle

Renseigner à partir de la concaténation du code prestation (EF_IP04_01), d'un caractère 'blanc' et du code complément prestation (EF_IP08_01).

En aucun cas cette information ne peut être égale à une suite de 4 caractères blancs (0x20).

Cas particuliers

[CP1] Code complément de prestation non renseigné

Si le code complément de prestation (EF_IP08_01).n'est pas renseigné, renseigner la dernière position du code acte avec un caractère 'blanc'.

[CP2] Code prestation « réservé PS »

Si la prestation est caractérisée par un code réservé PS (Groupe fonctionnel général EF_IP05_03 = « réservé PS »), renseigner à partir de la concaténation

- du Groupe fonctionnel détail (EF_IP05_04) qui correspond au code à transmettre,
- d'un caractère 'blanc'
- et du code complément prestation (EF_IP08_01).

Les prestations de type « réservées PS » concernent les Professionnels de Santé Médecins et Chirurgiens-dentistes.

[RG_MF4S071] Indicateur de forçage de la tarification de la part AMO

Données utilisées

• Indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation	EF_IP04_98
• Indicateur de forçage du code prestation	EF_IP04_99
• Indicateur de forçage du code regroupement en base	EF_IP09_94
• Indicateur de forçage du code regroupement	EF_IP09_95
• Indicateur de forçage modificateur CCAM	EF_IP09_96
• Indicateur de forçage de compatibilité avec l'acte CCAM	EF_IP09_97
• Indicateur de forçage phase de traitement	EF_IP09_98
• Indicateur de forçage du code acte CCAM	EF_IP09_99
• Indicateur de forçage du code ALD	EF_CF08_95
• Indicateur de forçage du code remboursement exceptionnel CCAM	EF_CF08_96
• Indicateur de forçage du code qualificatif de la dépense	EF_CF08_97

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

• Indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation non CCAM	EF_CF08_98
• Indicateur de forçage de compatibilité pour une prestation CCAM	EF_CF08_99
• Indicateur de forçage du plafond des honoraires	EF_VF05_85
• Indicateur de forçage des tarifs opposables	EF_VF05_86
• Indicateur de forçage en base CCAM impactant le PU	EF_VF05_87
• Indicateur de forçage en base CCAM impactant la BR	EF_VF05_88
• Indicateur de forçage en base CCAM impactant le taux de remboursement	EF_VF05_89
• Indicateur de forçage de montants lié au parcours de soins	EF_V05_90
• Indicateur de forçage du montant remboursable AMO	EF_V05_91
• Indicateur de forçage du taux de remboursement lié à l'individu	EF_V05_92
• Indicateur de forçage du taux de remboursement de base pour un prestation non CCAM	EF_V05_93
• Indicateur de forçage du taux de remboursement de base pour un prestation CCAM	EF_V05_94
• Indicateur de forçage du taux de majoration de remboursement CRPCEN	EF_V05_95
• Indicateur de forçage du justificatif d'exonération pour une prestation CCAM	EF_V05_96
• Indicateur de forçage du taux de remboursement pour une prestation CCAM	EF_V05_97
• Indicateur de forçage de la BR pour une prestation CCAM	EF_V05_98
• Indicateur de forçage du PU pour une prestation CCAM	EF_V05_99

Règle

Dans le cas où aucune des données utilisées n'indique un forçage, l'indicateur de forçage de la tarification de la part AMO est à renseigner à blanc.

☞ **[SP11]** Cette règle a un comportement spécifique si l'une des données utilisées indique un forçage.

[RG_MF4S100] Indicateur de forçage de la tarification de la part AMC

Données utilisées

• type de facturation	EF_MF01_01
• code indicateur de forçage montant théorique remboursable organisme complémentaire	EF_VF06_02

Règle

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Dans le cas où aucune des données utilisées n'indique un forçage, l'indicateur de forçage de la tarification de la part AMC est à renseigner à blanc.

☞ **[SP11]** Cette règle a un comportement spécifique si l'une des données utilisées indique un forçage.

Situations Spécifiques

[SP12] Indicateur de forçage de la tarification de la part AMC en cas de FSE enrichie

Idem DRE.

[RG_MF4E064] Identifiant RPPS de l'exécutant

Données utilisées

• type d'identification nationale	EF_PS02_01
• numéro d'identification nationale	EF_PS02_02
• clé du numéro d'identification nationale	EF_PS02_03
• numéro RPPS de l'exécutant salarié	EF_IP07_08
• clé du numéro RPPS de l'exécutant salarié	EF_IP07_09

Règle

Si la facture a été réalisée par un exécutant (EF_IP07 renseignée), renseigné à partir de la concaténation du numéro RPPS de l'exécutant salarié (EF_IP07_08) et de la clé du RPPS de l'exécutant salarié (EF_IP07_09).

Dans le cas contraire :

- si le numéro d'identification nationale du PS facturant est un numéro RPPS, i.e. si le type d'identification nationale (EF_PS02_01) est égal à « RPPS », renseigner à partir de la concaténation du numéro d'identification nationale du PS facturant (EF_PS02_02) et de la clé du numéro d'identification nationale PS facturant (EF_PS02_03)
- dans le cas contraire, renseigner à zéro.

[RG_MF4R065] Conditionnement déconditionné (occurrence 1)

Données utilisées

• type de facturation	EF_MF01_01
• Top Conditionnement déconditionné	EF_IP17_03 (occ. impaire)

FSE

Renseigner avec la valeur **D**, si le top conditionnement déconditionné (EF_IP17_03 occurrence impaire) indique qu'au moins un des conditionnements appartenant au lot est déconditionné.

DRE

Valeur blanc

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_MF4R108] Conditionnement déconditionné (occurrence 2)

Données utilisées

• type de facturation	EF_MF01_01
• Top Conditionnement déconditionné	EF_IP17_03 (occ. paire)

FSE

Renseigner avec la valeur **D**, si le top conditionnement déconditionné (EF_IP17_03 occurrence paire) indique qu'au moins un des conditionnements appartenant au lot est déconditionné.

DRE

Valeur blanc

[RG_MF50042] Zone réservée AMC 1

Données utilisées

• type de facturation	EF_MF01_01
• référence de prise en charge complémentaire	EF_CF03_05
• « DRE » du domaine d'information « Sauvegarde des éléments constitutifs de la facture » - numéro de facture	EF_MF03 – Type 2

Règle

FSE

Type de facturation	Règle
FSE AMO seule	Non renseigné
FSE + DRE	Valeur blanc
FSE gestion unique	Renseignée avec la référence de prise en charge complémentaire

DRE

Type de facturation	Règle
DRE	Renseignée avec la référence de prise en charge complémentaire

Cas particuliers

[CP1] DRE d'annulation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

A blanc

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Situations Spécifiques

[SP12] Zone réservée AMC 1 en cas de FSE enrichie

Idem DRE

[RG_MF50091] Zone réservée SESAM-Vitale

Données utilisées

• type de facturation	EF_MF01_01
• code tiers payant complémentaire	EF_CF03_03
• code sens comptable	EF_CF03_08
• code accord de l'entente préalable	EF_CF09_01

Règle

FSE

Type de facturation	Règle
FSE AMO seule	Non renseigné
FSE + DRE	Valeur blanc
FSE gestion unique	Idem DRE

DRE

Renseigné selon règles ci-dessous

Renseignement de la donnée

La zone réservée AMC2 est décomposée de la façon suivante :

Position	Donnée	Présence	Renseignement
1	Situation accord préalable AMO	Obligatoire	« D » lorsque « réponse défavorable à accord préalable AMO ». Dans les autres cas, renseigné cette zone à blanc.
2	Type de service AMC	Obligatoire	Renseigné à partir du code tiers payant complémentaire. Valeurs possibles : T pour tiers payant H pour hors tiers payant
3	Sens comptable	Obligatoire	Renseigné à partir du code sens comptable.

Situations Spécifiques

[SP12] Zone réservée SESAM-Vitale en cas de FSE enrichie

Idem DRE

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

7 Liste des règles de gestion

MF Mettre en forme la FSE et/ou la DRE 7

MF01 Déterminer les paramètres de mise en forme de la FSE et/ou de la DRE 9

MF01.01 Déterminer le type de facturation et le type de flux 11

[RG_MF001] Déterminer le type de facturation (EF_MF01_01) 12
[CP1] Aucune données administratives et de routage 13
[RG_MF002] Déterminer les flux à transmettre (EF_MF01_04) 14

MF01.02 Déterminer la norme d'échange de la FSE et/ou de la DRE 16

[RG_MF004] Déterminer le code norme d'échange (EF_MF01_03) 16

MF01.03 Déterminer le marquage de la FSE et/ou de la DRE 17

[RG_MF012] Déterminer le marquage de la FSE et/ou de la DRE (EF_MF01_08) 17
[SP09] Déterminer le marquage de la FSE et/ou de la DRE (EF_MF01_08) 17

MF02 Déterminer le mode de sécurisation de la FSE et/ou de la DRE 18

[RG_MF003] Déterminer le mode de sécurisation (EF_MF01_02) 19
[CP1] Laboratoires d'analyse, médecins en anatomo-cyto-pathologie, directeurs de laboratoire médecins 19
[CP2] Délivrances de certains produits LPP 19
[CP3] Prestations de télémédecine 20
[CP4] Dépistage de la rétinopathie diabétique 20
[CP5] FSE anonymisées 20
[CP6] Bénéficiaire de la Cavimac 21
[CP7] Risque Accident du Travail et organisme gestionnaire de l'AT non issu du support de droits AMO 21
[CP8] Absence de code couverture 21
[CP9] Facturation des prestations d'IVG 21
[SP09] Déterminer le mode de sécurisation (EF_MF01_02) en l'absence de support Vitale 22
[SP09][CP1] Choix du PS du circuit papier traditionnel 22
[SP10] Facture anonymisée 22
[RG_MF008] Acquérir le mode de synchronisation de signature (EF_MF01_05) 22

MF03 Constituer la FSE et/ou la DRE 23

[RG_MF007] Formater la FSE et/ou la DRE 24

MF04 Chiffrer les données de la FSE et/ou de la DRE 25

[RG_MF554] Chiffrer les données confidentielles de la FSE (EF_MF02)et/ou de la DRE (EF_MF03) 25

MF05 Signer la FSE et/ou la DRE avec la carte Vitale 26

MF05.02 Contrôler la carte Vitale avant signature 27

MF05.02.01 Relire la carte Vitale 28

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

MF05.02.02 Contrôler la similitude des informations liées au bénéficiaire de soins 28

[RG_MF011] Contrôler la similitude de l'identification du bénéficiaire des soins (EF_MF01_93) 30
[CE1] Absence de similitude 30
[CP1] Nature d'assurance SMG 30
[CP2] Nature d'assurance AT 30
[CP3] Informations du bénéficiaire de soins acquises avec le service ADRi 30

MF05.05 Signer la FSE et/ou la DRE avec la carte Vitale 31

[RG_MF555] Signer la FSE et/ou la DRE avec la carte Vitale 31
[CE1] Problème de compatibilité de la carte avec le marquage de la facture (EF_MF01_94) 31

MF07 Déterminer les critères de regroupement en lot de la FSE et/ou de la DRE 32

[RG_MF033] Déterminer le N° organisme destinataire regroupement (EF_MF04_04) 32
[CE1] critère de recherche non trouvé dans la TOD 34

MF09 Sauvegarder les éléments constitutifs de la facture 35

[RG_MF066] Sauvegarder les éléments constitutifs de la facture 35
[CP1] Facture issue de codes prestation « réservés PS » 35

MF10 Finaliser la facturation 36

MF10.01 Mettre à disposition des informations à destination du bénéficiaire de soins 38

[RG_MF067] Mettre à disposition une copie de la FSE et de la DRE 39
[RG_MF068] Mettre à disposition une quittance de paiement 39
[RG_MF071] Mettre à disposition une attestation de vaccination 40

MF10.02 Mettre à disposition des informations à destination du Professionnel de Santé 41

[RG_MF069] Mettre à disposition les références de la FSE pour l'ordonnance papier (EF_MF13) 41
[RG_MF070] Mettre à disposition le contexte du parcours coordonné de soins pour l'ordonnance papier (EF_MF12) 43
[RG_MF075] Mettre à disposition les informations relatives au bon d'examen (EF_MF11) 44

MF10.03 Mettre à disposition la Feuille de soins papier pour le mode dégradé 46

[RG_MF500] Inscrire une mention sur la feuille de soins papier en mode dégradé (EF_MF01_02) 47

MF13 Déterminer le statut de la FSE et/ou de la DRE 48

[RG_MF010] Déterminer le statut de la FSE et le statut de la DRE 48

MF15 Signer la FSE et/ou la DRE avec la CPS 49

[RG_MF556] Signer la FSE et/ou la DRE avec la carte PS 49

MF16 Signer la FSE et/ou la DRE avec l'ApCV 50

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

MF16.01 Contrôler la validité du contexte ApCV 52

[RG_MF900] Contrôler la date de fin de validité du contexte ApCV (EF_BS26_04) 52
[CE1] Contexte ApCV périmé 53

MF16.02 Contrôler la validité du support de droits AMO 54

[RG_MF901] Contrôler la validité du support de droits AMO 54
[CP1] Nature d'assurance SMG 54
[CE1] Support de droits AMO incorrect 54

MF16.03 Calculer l'empreinte de la FSE et/ou la DRE 55

[RG_MF902] Calculer l'empreinte de la FSE (EF_MF15_01) et/ou l'empreinte de la DRE (EF_MF16_01) 55

MF16.04 Préparer les données du résumé de la facture 56

[RG_MF903] Préparer les données du résumé de la facture (EF_MF20) 56
[SP02] Préparer les données du résumé de la facture (EF_MF17) en cas de remplacement 57

MF16.05 Demander la signature Vitale de la FSE et/ou la DRE 58

[RG_MF904] Appeler le service de demande de signature Vitale de la FSE et/ou de la DRE avec une ApCV (WS_ApCV11) 58
[RG_MF905] Récupérer la réponse à la demande de signature Vitale de la FSE et/ou de la DRE (WS_ApCV11) 59
[CE1] Contexte ApCV non valide 59
[CE2] NIR OD incohérent 60
[CE3] Marquage de la facture incohérent 60
[CE4] Nombre maximal de factures atteint 60

MF16.06 Ajouter la signature Vitale à la FSE et/ou la DRE 61

[RG_MF906] Ajouter la signature Vitale à la FSE et/ou la DRE 61

SP11 Forçage 62

[RG_MF2A038] [SP11] Indicateur de forçage de la tarification de la part AMO 62
[RG_MF2M094] [SP11] Code forçage de la tarification de la part AMC 65
[RG_MF4S071] [SP11] Indicateur de forçage de la tarification de la part AMO 66
[RG_MF4S100] [SP11] Indicateur de forçage de la tarification de la part AMC 72

Annexe1 Règles de valorisation de la FSE et de la DRE 78

[CG_MF002] Enchainement des prestations 78
[RG_MFxx012] N° immatriculation assuré 79
~~[CP1]~~ ~~Anonymisation de la facture pour délivrance d'un contraceptif d'urgence à la mineure~~ 79
~~[CP2]~~ ~~Anonymisation des examens de la facture pour santé sexuelle contraception des mineures~~ 79
~~[CP3]~~ ~~Anonymisation des prestations d'IVG~~ 79
[SP10] Facture anonymisée 79
[RG_MFxx025] Clé du N° immatriculation 80
~~[CP1]~~ ~~Délivrance d'un contraceptif à la mineure~~ 80
[SP10] Facture anonymisée 80
[RG_MFxx027] N° Facture 80
[CP1] DRE d'annulation 81
[SP02] N° Facture 81
[RG_MF2A038] Indicateur de forçage de la tarification de la part AMO 81
[RG_MF2A039] Nature d'opération 82

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_MF2A040] Date de Facturation 82
[RG_MF2A074] Régime de Prestation de l'Assuré 82
[RG_MF2A095] Présence d'une CPS de Remplaçant pour sécurisation de la facture 82
[SP02] Indicateur signature Remplaçant 82
[RG_MF2A096] Date de Naissance du Bénéficiaire 82
~~[CP1] Délivrance du contraceptif d'urgence à la mineure Anonymisation de la facture pour délivrance d'un contraceptif d'urgence~~ 82
[SP10] Facture anonymisée 83
[RG_MF2A119] N° d'organisme complémentaire 83
[SP03] N° d'organisme complémentaire 84
[SP06] N° Organisme complémentaire 84
[SP12] N° d'organisme complémentaire en cas de FSE enrichie 85
[RG_MF2S122] Option de coordination 85
[RG_MF2M094] Code forçage de la tarification de la part AMC 85
[SP12] Code forçage de la tarification de la part AMC en cas de FSE enrichie 86
[RG_MF2P037] N° d'opérateur de Règlement 86
[SP12] N° d'opérateur de Règlement en cas de FSE enrichie 86
[RG_MF2P047] Contexte conventionnel AMC 87
[SP12] Contexte conventionnel AMC en cas de FSE enrichie 88
[RG_MF4A074] Code Acte 88
[CP1] Code complément de prestation non renseigné 89
[CP2] Code prestation « réservé PS » 89
[RG_MF4S071] Indicateur de forçage de la tarification de la part AMO 89
[RG_MF4S100] Indicateur de forçage de la tarification de la part AMC 90
[SP12] Indicateur de forçage de la tarification de la part AMC en cas de FSE enrichie 91
[RG_MF4E064] Identifiant RPPS de l'exécutant 91
[RG_MF4R065] Conditionnement déconditionné (occurrence 1) 91
[RG_MF4R108] Conditionnement déconditionné (occurrence 2) 92
[RG_MF50042] Zone réservée AMC 1 92
[CP1] DRE d'annulation 92
[SP12] Zone réservée AMC 1 en cas de FSE enrichie 93
[RG_MF50091] Zone réservée SESAM-Vitale 93
[SP12] Zone réservée SESAM-Vitale en cas de FSE enrichie 93

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Facturation SESAM-Vitale

Ordonnance du 24/04/1996

1.40 - Addendum 8

Mai 2024

AP : Administrer le système de facturation - partie Poste de Travail

Version	8.50
Date	05/01/2024
Référence	FACT-SFG-022
Information	RESTREINTE
Etat	PROVISOIRE

GIE SESAM-Vitale
5, boulevard Marie et Alexandre Oyon – 72 019 LE MANS Cedex 2
www.sesam-vitale.fr

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.

TABLE DES MATIERES

1 INTRODUCTION 6

1.1 OBJET DU DOCUMENT 6
1.2 POSITIONNEMENT DU DOCUMENT 6
1.3 CONTENU DU DOCUMENT 6
1.4 DOCUMENTS DE REFERENCE 6
1.5 ABREVIATIONS 6
1.6 DEFINITIONS 6
1.7 GUIDE DE LECTURE 6

2 PRESENTATION DE LA FONCTIONNALITE « AP : ADMINISTRER LE SYSTEME DE FACTURATION – PARTIE POSTE DE TRAVAIL » 7

2.1 POSITIONNEMENT DE LA FONCTIONNALITE 7
2.2 ACTEURS ET OBJECTIFS D'UTILISATION DU SYSTEME 7
2.3 DEFINITION DU SYSTEME ET DE SON CONTEXTE STATIQUE 15

3 DESCRIPTION DETAILLEE DE LA FONCTIONNALITE « AP : ADMINISTRER LE SYSTEME DE FACTURATION – PARTIE POSTE DE TRAVAIL » 17

3.1 AP01 : RENSEIGNER LES INFORMATIONS RELATIVES AU PROFESSIONNEL DE SANTE SUR LE POSTE DE TRAVAIL 17
3.1.1 AP01.01 : Renseigner les informations conventionnelles pour les Professionnels de Santé salarié d'un Centre de Santé 17
3.1.2 AP01.03 : Renseigner les informations conventionnelles pour les Professionnels de Santé fournisseurs 18
3.2 AP02 : CONSULTER ET ADMINISTRER LA BASE CCAM 19
3.2.1 AP02.01 : Activer/Désactiver la saisie de prestations CCAM 19
3.2.2 AP02.02 : Consulter les données de la base CCAM 20
3.2.3 AP02.03 : Rechercher des codes actes CCAM 23
3.2.4 AP02.04 : Mettre à jour manuellement les données de la base CCAM 26
3.2.5 AP02.05 : Restituer le n° de version de la base CCAM 30
3.2.6 AP02.06 : Mettre à jour la base CCAM 30
3.3 AP03 : ADMINISTRER LES TABLES POUR LA GESTION DES CONVENTIONS 34
3.3.1 AP03.01 : Mise à jour manuelle des tables des conventions et des regroupements 40
3.3.2 AP03.02 : Mettre à jour les tables des conventions, des regroupements et de correspondance à partir de fichiers normés 43
3.3.3 AP03.03 : Consulter les tables de conventions, de regroupements, et de correspondance 45
3.4 AP04 : ADMINISTRER LES TABLES DE L'ANNEXE 2BIS 46
3.4.1 AP04.01 : Modifier manuellement les tables de l'Annexe 2bis 46
3.5 AP05 : ADMINISTRER LA TABLE DES ORGANISMES DESTINATAIRES (TOD) 47
3.5.1 AP05.01 : Mettre à jour la table des organismes destinataire (TOD) 47
3.6 AP06 : ADMINISTRER LES COMPOSANTS LIES A LA TARIFICATION COMPLEMENTAIRE 48
3.6.1 AP06.01 : Paramétrer l'activation des services de tarification complémentaire 48
3.6.2 AP06.03 : Paramétrer l'affichage libellé de la formule AMC appliquée 49
3.7 AP07 : ADMINISTRER L'OPPOSITION 50
3.7.1 AP07.01 : Paramétrer l'activation du service d'opposition 50
3.7.2 AP07.02 : Administrer la liste d'opposition Incrémentale (LOI) 51
3.7.3 AP07.03 : Acquérir la référence et le support de la liste d'opposition Vitale 52
3.8 AP10 : ADMINISTRER UNE SESSION DE REMPLACEMENT 52
3.8.1 AP10.01 : Préparer le poste de travail à une session de remplacement 53
3.8.2 AP10.02 : Clore une session de remplacement 55
3.9 AP14 - FONCTIONS D'ADMINISTRATION TECHNIQUES DE « AP : ADMINISTRER LE SYSTEME DE FACTURATION – PARTIE POSTE DE TRAVAIL » 56
3.9.1 AP14.01 : Déterminer la date du jour 56
3.9.2 AP14.02 : Administrer le socle fonctionnel de référence du système de facturation 57
3.9.3 AP14.05 : Afficher les informations de Configuration du Poste de Travail 58
3.10 AP15 : EDITER LES BORDEREAUX D'ACCOMPAGNEMENT DES ORDONNANCES 59

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.11 AP16 : ADMINISTRER LE REFERENTIEL PS 64
3.11.1 AP16.01 : Mettre à jour le référentiel PS 64
3.12 AP17 : GERER LES FACTURES SECURISEES AVANT TRANSMISSION A L'AM 65
3.13 AP18 : ADMINISTRER LES FACTURES CONTENANT DES PRESTATIONS « RESERVEES PS » 66
3.13.1 AP18.01 : Consulter les factures issues de codes « réservés PS » 66
3.13.2 AP18.02 : Paramétrer les éléments de sauvegarde des factures 68
3.14 AP19 : PARAMETRER L'ANONYMISATION DES FACTURES 69
3.14.1 AP18.01 : Consulter les factures issues de codes « réservés PS » 69

4 SITUATIONS SPECIFIQUES 70

5 DOMAINE D'INFORMATION « AP : ADMINISTRER LE SYSTEME DE FACTURATION – PARTIE POSTE DE TRAVAIL » 71

5.1 MODELE DE DONNEES « AP : ADMINISTRER LE SYSTEME DE FACTURATION – PARTIE POSTE DE TRAVAIL » 71
5.1.1 DF_AP01 : Modèle de données « Renseigner les informations relatives au Professionnel de Santé sur le poste de travail » 71
5.1.2 DF_AP02 : Modèle de données « Administrer la base CCAM » 72
5.1.3 DF_AP03 : Modèle de données « Administrer les tables pour la gestion des conventions » 72
5.1.4 DF_AP03.02 : Modèle de données « Administrer les tables liées aux fichiers de correspondance normés » 73
5.1.5 DF_AP05 = DF_TOD : Modèle de données « Administrer la table des organismes destinataires (TOD) » 73
5.1.6 DF_AP06 Modèle de données « Administrer les composants liés à la tarification complémentaire » 73
5.1.7 DF_AP07 = DF_LOI : Modèle de données de l'opposition 74
5.1.8 DF_AP10 : Modèle de données « Sessions de remplacement » 75
5.1.9 DF_AP15 : Modèle de données des Bordereaux d'accompagnement des ordonnances 75
5.2 LISTE DES DONNEES FONCTIONNELLES POUR CHAQUE ENTITE 76

6 LISTE DES REGLES DE GESTION 79

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

TABLE DES ILLUSTRATIONS

FIGURE 1 : DIAGRAMME DE CONTEXTE STATIQUE DU SYSTEME....16
FIGURE 2 : [SC_AP02.03] ENCHAINEMENT DE AP02.03 : RECHERCHER DES CODES ACTES CCAM....23
FIGURE 3 : [SC_AP02.04] ENCHAINEMENT DE AP02.04 : METTRE A JOUR MANUELLEMENT LES DONNEES DE LA BASE CCAM....26
FIGURE 4 : [SC_AP02.06] ENCHAINEMENT D'AP02.06 : METTRE A JOUR LA BASE CCAM....31
FIGURE 5 : [SC_AP03] ENCHAINEMENT DE AP03 : ADMINISTRER LES TABLES POUR LA GESTION DES CONVENTIONS....36
FIGURE 6 : [SC_AP03.01] ENCHAINEMENT DE AP03.01 : MISE A JOUR MANUELLE DES TABLES DES CONVENTIONS ET DES REGROUPEMENTS....41
FIGURE 7 : [DF_AP01] MODELE DE DONNEES « RENSEIGNER LES INFORMATIONS RELATIVES AU PROFESSIONNEL DE SANTE SUR LE POSTE DE TRAVAIL »....71
FIGURE 8 : [DF_AP02] MODELE DE DONNEES « ADMINISTRER LA BASE CCAM »....72
FIGURE 9 : [DF_AP03] MODELE DE DONNEES « ADMINISTRER LES TABLES POUR LA GESTION DES CONVENTIONS »....72
FIGURE 10 : [DF_AP03.02] MODELE DE DONNEES « ADMINISTRER LES TABLES LIEES AUX FICHIERS DE CORRESPONDANCE NORMES »....73
FIGURE 11 : [DF_AP05] MODELE DE DONNEES « ADMINISTRER LA TABLE DES ORGANISMES DESTINATAIRES (TOD) »....73
FIGURE 12 : [DF_AP06] MODELE DE DONNEES « ADMINISTRER LES COMPOSANTS LIES A LA TARIFICATION COMPLEMENTAIRE»....74
FIGURE 13 : [DF_AP07] MODELE DE DONNEES DE L'OPPOSITION....74
FIGURE 14 : [DF_AP10] MODELE DE DONNEES « ADMINISTRER UNE SESSION DE REMPLACEMENT »....75
FIGURE 15 : [DF_AP15] MODELE DE DONNEES DES BORDEREAUX D'ACCOMPAGNEMENT DES ORDONNANCES....75

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

1 Introduction

1.1 Objet du document

Ce document a pour but de spécifier la fonctionnalité « AP : Administrer le système de facturation – partie Poste de Travail ».

1.2 Positionnement du document

Cf. Guide de lecture référencé FACT-SFG-009.

Il a pour vocation d'être un document d'accompagnement aux SFG de facturation, permettant d'appréhender les fonctions de gestion et d'administration du poste de travail liés à la facturation.

1.3 Contenu du document

Outre ce chapitre introductif, ce document de spécifications fonctionnelles générales comporte les chapitres suivants :

- le chapitre 2 présente la fonctionnalité « AP : Administrer le système de facturation – partie Poste de Travail »,
- le chapitre 3 décrit les opérations de la fonctionnalité « AP : Administrer le système de facturation – partie Poste de Travail »,
- le chapitre 4 décrit les situations spécifiques,
- le chapitre 5 contient la synthèse des entités fonctionnelles utilisées,
- le chapitre 6 contient la synthèse des règles de gestion.

1.4 Documents de référence

Les documents de référence sont présentés dans le document GD (référencé FACT-SFG-009) du package documentaire.

1.5 Abréviations

Les abréviations utilisées sont répertoriées dans le document GD (référencé FACT-SFG-009) du package documentaire.

1.6 Définitions

Les définitions sont répertoriées dans le document GD (référencé FACT-SFG-009) du package documentaire.

1.7 Guide de lecture

Cf. document spécifique GD (référencé FACT-SFG-009).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

2 Présentation de la fonctionnalité « AP : Administrer le système de facturation – partie Poste de Travail »

2.1 Positionnement de la fonctionnalité

L'objet de cette fonctionnalité est d'administrer les « éléments » sur le poste de travail utilisés ou exploités dans le processus de facturation SESAM-Vitale.

Cette fonctionnalité n'intervient pas directement dans le processus de facturation, mais de façon indépendante. Elle est indispensable au bon déroulement de la facturation sur le poste de travail.

2.2 Acteurs et objectifs d'utilisation du système

Introduction

L'administration du système SESAM-Vitale est une fonction essentielle pour assurer un fonctionnement conforme aux objectifs de qualité fixés.

En tant qu'organisme spécificateur et fournisseur de matériel et logiciel, le GIE SESAM-Vitale est partie prenante dans le fonctionnement et l'évolution de l'équipement du Professionnel de Santé.

Acteurs externes

Nom	Définition du rôle	Type d'acteurs
Fournisseur Base CCAM	Rôle : • Transmettre ou mettre à disposition la base CCAM au système de facturation Rôle pouvant être tenu par : • Professionnel de Santé ; • Editeurs ; • Industriels.	Acteur système ou Acteur humain
Fournisseur fiches de saisie	Rôle : • Fournir les fiches de saisie pour les modifications directes des tables de conventions et de regroupements ; Rôle pouvant être tenu par : • Signataires de conventions.	Acteur système ou Acteur humain
Fournisseur fichiers correspondances normés	Rôle : • Transmettre ou mettre à disposition les fichiers de correspondances normés Rôle pouvant être tenu par : • GIE SESAM-Vitale ;	Acteur système ou Acteur humain

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Nom	Définition du rôle	Type d'acteurs
Fournisseur fichiers Normés	Rôle : • Transmettre ou mettre à disposition les fichiers normés Rôle pouvant être tenu par : • GIE SESAM-Vitale (en cas de gestion unique) ; • Signataires de conventions ou organisme désigné par le signataire, • Ou éventuellement par un OCT ou éditeurs, qui le souhaiteraient,	Acteur système ou Acteur humain
Fournisseurs Tables	Rôle : • Transmettre ou mettre à disposition la TOD au système de facturation ; • Transmettre ou mettre à disposition les tables STS ; • Transmettre ou mettre à disposition les tables de l'Annexe 2bis ; Rôle pouvant être tenu par : • Editeurs ; • Industriels,	Acteur système ou Acteur humain
ASIPSanté	Le serveur de l'ASIP Santé est en charge de mettre à disposition : • les certificats de classe 4 (aux OCT et aux Postes de Travail) ; • la liste de révocation des certificats de classe 4 révoqués (aux OCT et aux Postes de Travail) ; • les certificats CPS (aux OCT); la liste de révocation des certificats CPS (aux OCT).	Acteur système
Annuaire OSI	L'annuaire OSI est en charge de mettre à disposition des PS et OCT les certificats de chiffrement de pièce jointe et la CRL associée	Acteur système

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Nom	Définition du rôle	Type d'acteurs

Professionnel Santé	• Paramètre l'activation de certaines fonctions du système de facturation
	• Modifie ponctuellement (manuellement) les tables :
	  ○ de conventions
	  ○ de regroupements
	  ○ de l'Annexe 2bis
	  ○ de la base CCAM
	• Met à jour la table des émetteurs de confiance
	• Consulte l'ensemble des tables disponibles dans le système de facturation.
		Acteur humain

Administrateur OCT	Rôle : • Configurer certains paramètres OCT • Paramétrer l'activation de certaines fonctions du système de facturation chez l'OCT.	Acteur humain
Administrateur LOI	Rôle : • Diffuser ou mettre à disposition la liste LOI ; • Diffuser ou mettre à disposition les incréments dLOI ; Rôle pouvant être tenu par : • Opérateur de diffusion LOI (pour la LOI) ; • Distributeur d'Opposition (pour la dLOI).	Acteur humain

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Pour information

Le GIE SESAM Vitale :

- Publie le modèle de fiche de saisie pour les modifications directes des tables de conventions et de regroupements ;
- Filtre la base nationale CCAM reçu de la CNAM avant d'en diffuser une version SESAM-Vitale (base CCAM SESAM-Vitale) aux Editeurs. Cette base CCAM SESAM-Vitale est communément appelée la base CCAM (DF_CCAM) ;
- Diffuse aux Editeurs et aux Industriels les tables STS ;
- Met à disposition la table TOD aux Editeurs et aux Industriels ;
- Met à disposition des opérateurs LOI (Editeurs, des Industriels et des OCT) la LOI ;
- Met à disposition des distributeurs d'opposition (OCT) les incréments dLOI.

Les industriels ou les Editeurs peuvent fournir une nouvelle version lecteur incluant les clés de chiffrement de données.

Objectifs d'utilisation du système

Le système de mise à jour des composants SESAM-Vitale du Poste du Professionnel de Santé a pour objectif de définir, caractériser et mettre en place les services nécessaires à la mise à jour de l'équipement des Professionnels de Santé afin d'offrir au système l'évolutivité en particulier du fait de l'introduction de la CCAM, de la tarification de la part complémentaire.

L'objectif de cette fonctionnalité est de gérer les différents éléments du système de facturation permettant le bon fonctionnement de la facturation SESAM-Vitale sur le poste de travail du Professionnel de Santé.

Cette fonctionnalité contient 49 opérations indépendantes regroupées par thèmes :

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Tableau croisé opérations / acteurs externes

Acteurs externes / Objectifs d'utilisation	Fournisseur fichiers Normés	Fournisseur fichiers correspondances	Fournisseur fiches de saisie	Fournisseur Tables	Fournisseurs Base CCAM	ASIP Santé	Annuaire OSI	Administrateur LOI	Administrateur LOE	Administrateur OCT	Professionnel Santé
AP01 : Renseigner les informations relatives au Professionnel de Santé sur le poste de travail											
AP01.01 : Renseigner les informations conventionnelles pour les Professionnels de Santé salarié d'un Centre de Santé											P
AP01.02 : Renseigner les informations de facturation du Professionnel de Santé titulaire pour les pharmaciens multi-employeur											P
AP01.03 : Renseigner les informations conventionnelles pour les Professionnels de Santé fournisseurs											P
AP02 : Administrer manuellement la base CCAM (DF_CCAM)											
AP02.01 : Paramétrer l'activation du service de saisie d'actes CCAM											P
AP02.02 : Consulter les données de la base CCAM											P
AP02.03 : Rechercher de codes actes CCAM											P
AP02.04 : Mettre à jour manuellement les données de la base CCAM					P						
AP02.05 : Restituer le n° de version de la base CCAM											P
AP02.06 : Mettre à jour la base CCAM					P						
AP03 : Administrer les tables **pour la gestion des conventions**											
AP03.01 : **Mise à jour manuelle des tables des conventions et des regroupements**			I								P

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Acteurs externes / Objectifs d'utilisation	Fournisseur fichiers Normés	Fournisseur fichiers correspondances	Fournisseur fiches de saisie	Fournisseur Tables	Fournisseurs Base CCAM	ASIP Santé	Annuaire OSI	Administrateur LOI	Administrateur LOE	Administrateur OCT	Professionnel Santé
AP03.02 : **Mettre à jour les tables des conventions, des regroupements et de correspondance à partir de fichiers normés**											P
AP03.03 : **Consulter les tables de conventions, de regroupements et de correspondance**											P
AP03.04 : Paramétrer le mode d'application des conventions											P
AP04 : Administrer les tables de l'Annexe 2bis											
AP04.01 : Modifier manuellement les tables de l'Annexe 2bis											P
AP04.02 : Mettre à jour les tables de l'Annexe 2bis				P							
AP05: Administrer la table des organismes destinataires (TOD)											
AP05.01 : Mettre à jour la table des organismes destinataire (TOD)				P							
AP06 : Administrer les composants liés à la tarification complémentaire											
AP06.01 : Paramétrer l'activation des services de tarification complémentaire											P
AP06.02 : Paramétrer l'affichage du libellé du diagnostique de niveau 1											P
AP06.03 : Paramétrer l'affichage libellé de la formule AMC appliquée											P
AP06.04 : Mettre à jour les tables STS				P							
AP07: Administrer l'opposition											
AP07.01 : Paramétrer l'activation du service d'opposition											P
AP07.02 : Administrer la liste d'opposition Electronique (LOE)									P		
AP07.03 : Administrer la liste d'opposition Incrémentale (LOI)								P			
AP07.04 : Récupérer la référence de la liste d'opposition Vitale											P

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Acteurs externes / Objectifs d'utilisation	Fournisseur fichiers Normés	Fournisseur fichiers correspondances	Fournisseur fiches de saisie	Fournisseur Tables	Fournisseurs Base CCAM	ASIP Santé	Annuaire OSI	Administrateur LOI	Administrateur LOE	Administrateur OCT	Professionnel Santé
AP07.05 : Déterminer le support de la liste d'opposition Vitale											P
AP08 : Administrer les traitements liés aux messages											
AP08.01 : Paramétrer l'activation de la compression des fichiers											P
AP08.03 : Administrer les éléments liés aux certificats							S				P
AP15 : Editer les Bordereaux d'accompagnement des ordonnances											
AP15 : Editer les Bordereaux d'accompagnement des ordonnances											P
AP10 : Administrer une session de remplacement											
AP10.01 : Préparer le poste de travail à une session de remplacement											P
AP10.02 : Clore une session de remplacement											P
AP11 : Administrer les choix de l'OCT											
AP11.01 : Administrer l'identifiant et l'adresse émetteur de l'OCT										P	
AP11.02 : Paramétrer l'activation du chiffrement de pièce jointe OCT										P	
AP11.03 : Paramétrer l'activation de la compression des fichiers OCT										P	
AP12 : Administrer les composants OCT liés à la sécurité											
AP12.01 : Mettre à disposition des PS le certificat de chiffrement de pièce jointe de l'OCT										P	S
AP12.02 : Mettre à disposition des PS la liste de révocation des certificats de chiffrement de pièce jointe de l'OCT										P	S
AP12.03 : Récupérer les certificats de classe 4						I				P	
AP12.04 : Récupérer la liste de révocation des certificats de classe 4						I				P	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Acteurs externes / Objectifs d'utilisation	Fournisseur fichiers Normés	Fournisseur fichiers correspondances	Fournisseur fiches de saisie	Fournisseur Tables	Fournisseurs Base CCAM	ASIP Santé	Annuaire OSI	Administrateur LOI	Administrateur LOE	Administrateur OCT	Professionnel Santé
AP12.05 : Administrer la chaîne de certification						I	S			P	
AP13 : Administrer l'opposition OCT											
AP13.01 : Administrer la LOE									P	I	S
AP13.02 : Administrer la LOI								P		I	S
AP13.03 : Administrer la liste des PS devant recevoir la LOE										P	
AP18 : Administrer les factures sauvegardées											
AP18.01 : Consulter les factures issues de codes « réservés PS »											P
AP18.02 : Paramétrer les éléments de sauvegarde des factures											P

P : Acteur Principal

I : Acteur Intermédiaire

S : Acteur Secondaire

Autres fonctions d'administrations

Certaines fonctions administrations sont nécessaires dans l'utilisation du système mais sont hors cas d'utilisation du système. Ce sont les fonctions d'administrations techniques. Elles sont décrites dans l'opération AP14.

Certaines fonctions d'administration sont nécessaires dans l'utilisation du système mais sont hors cas d'utilisation du système. Ce sont les fonctions d'administrations techniques. Elles sont décrites dans l'opération AP14.

Ces fonctions sont les suivantes :

- AP14.01 : Déterminer la date du jour ;
- AP14.02 : Renseigner le socle fonctionnel de référence du système de facturation ;
- AP14.03 : Mettre à jour les clés de chiffrement de données

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

2.3 Définition du système et de son contexte statique

Définition du système

Le système doit :

- permettre au Professionnel de Santé de :
  - paramétrer son poste de travail ;
  - modifier manuellement certaines tables présentes sur son poste de travail ;
  - consulter les tables présentes sur son poste de travail ;
- permettre une mise à jour automatique des tables présentes sur le poste de travail ;
- permettre d'administrer les composants liés à la sécurité ;
- administrer la liste d'opposition incrémentale ;

Le tableau ci-dessous liste l'ensemble des sous-systèmes composant le système :

Nom	Description
Base CCAM	Ensemble des tables CCAM. Ces tables contiennent les informations spécifiques aux actes CCAM.
Table des conventions	Table contenant les propriétés des conventions signées par le Professionnel de Santé
Tables des regroupements	Table permettant d'identifier l'organisme signataire de la convention pour un n° d'organisme complémentaire
Table de correspondance	Table permettant, dans le cas d'une gestion unique, d'associer un n° d'organisme complémentaire à un n° MUTNUM
Table des émetteurs de confiance	Table répertoriant les adresses SMTP des émetteurs de fichiers normés dont le Professionnel de Santé accepte de recevoir des messages.
Table des organismes destinataires	Table contenant pour chaque organisme destinataire : le code régime, la caisse gestionnaire, le centre gestionnaire, le libellé, l'organisme destinataire, le code centre informatique.
Tables de l'annexe 2bis	Tables regroupant les données permettant la mise en œuvre de règles : • vérifiant la bonne application de la réglementation ; • de calcul permettant la détermination de la part remboursable par l'assurance maladie obligatoire.
LOI	Liste d'opposition mise à jour de manière incrémentale et permettant le contrôle de l'opposition d'une carte Vitale
Certificat de chiffrement de transport	Certificat utilisé pour chiffrer les messages SMTP
Liste de Révocation des certificats classe 4	Liste contenant l'ensemble des certificats révoqués ne devant plus être utilisés

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Contexte statique

Le schéma ci-dessous recense les liens entre le système et les acteurs externes.

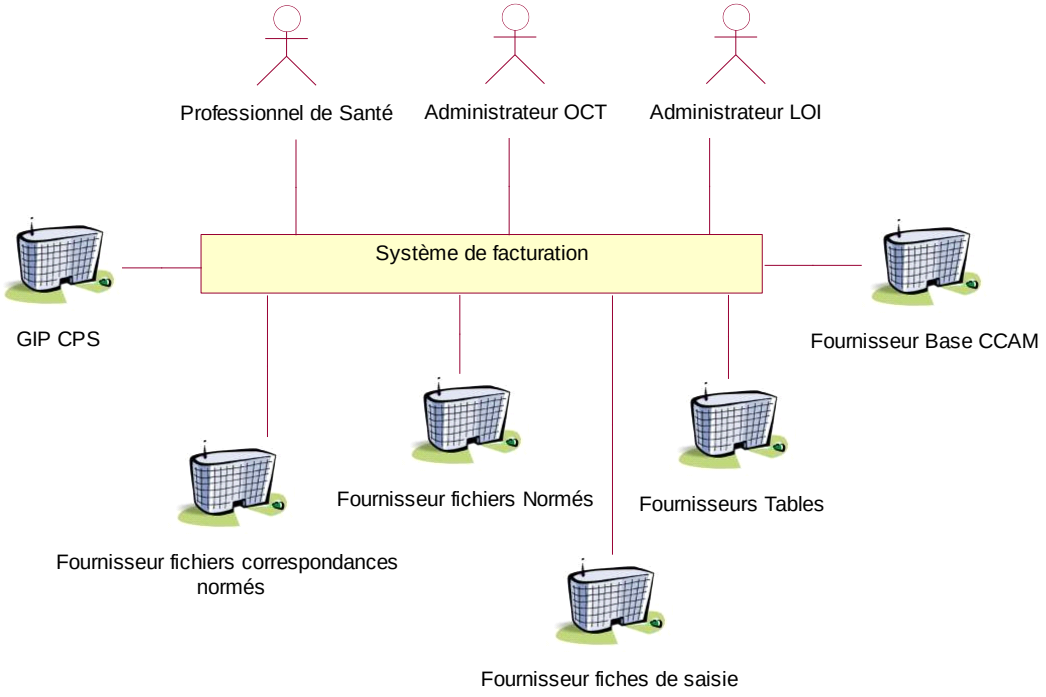


Figure 1 : Diagramme de contexte statique du système

Exigences

Pour que le Professionnel de Santé puisse élaborer des flux de production corrects au niveau de son progiciel, le système de mise à jour doit permettre de mettre à jour les composants SESAM-Vitale présents sur son Poste de Travail avec les éléments les plus récents disponibles.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3 Description détaillée de la fonctionnalité « AP : Administrer le système de facturation – partie Poste de Travail »

3.1 AP01 : Renseigner les informations relatives au Professionnel de Santé sur le poste de travail

3.1.1 AP01.01 : Renseigner les informations conventionnelles pour les Professionnels de Santé salarié d'un Centre de Santé

Vue générale

Nom ***AP01.01*** ***Renseigner les informations conventionnelles pour les centres de Santé***

Description Pour les Professionnels de Santé salarié d'un Centre de Santé, les informations conventionnelles contenues dans le Domaine de l'Assurance Maladie (DAM) de la CPS sont banalisées. En conséquence, les informations conventionnelles à prendre en compte sont celles qui sont contenues sur le poste de travail ou sur des serveurs ce qui nécessite leur paramétrage préalable.
Les informations de la carte ne sont pas significatives. A savoir :

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

Entrées

Sorties Informations conventionnelles PdT Centres de Santé **EF_AP36**

Situations spécifiques

Règles de gestion **CENTRE DE SANTE**

[RG_AP001] Renseigner les informations conventionnelles pour les centres de Santé

Le système de facturation d'un Centre de Santé doit prévoir l'enregistrement sur le poste de travail du Professionnel de Santé salarié des informations conventionnelles :

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

La procédure d'enregistrement n'est pas décrite dans ce document.

Pour le code spécialité, les valeurs des spécialités correspondant aux familles Pharmacien et Fournisseurs ne sont pas autorisées.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.1.2 AP01.03 : Renseigner les informations conventionnelles pour les Professionnels de Santé fournisseurs

Vue générale

Nom ***AP01.03*** ***Renseigner les informations conventionnelles pour les Professionnels de Santé fournisseurs***

Description Pour les professionnels de santé Fournisseurs, lors de l'élaboration d'une feuille de soins électronique, le système de facturation doit utiliser les informations conventionnelles contenues sur les postes de travail. A savoir :

le **code spécialité**,

le **code conventionnel**,

le **code zone tarifaire**,

le **code zone IK**.

En effet, les informations, restituées par la fonction **« Lecture carte Professionnel de Santé »** ne sont pas significatives,

sauf le numéro de facturation et sa clé, et les habilitations à signer.

Entrées

Sorties Informations conventionnelles PdT Fournisseurs **EF_AP38**

Situations spécifiques

Règles de gestion

FOURNISSEURS

[RG_AP003] Renseigner les informations conventionnelles pour les fournisseurs

Le système de facturation d'un professionnel de santé Fournisseurs doit prévoir l'enregistrement sur le poste de travail des informations conventionnelles :

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

La procédure d'enregistrement n'est pas décrite dans ce document.

Exemple

Exemple de paramétrage possible pour les données conventionnelles correspondant au Fournisseurs :

- code spécialité : valeur 60 à 68
- code conventionnel : "0" ou "1"
  (Les deux valeurs sont admises. "0" : pas de convention, "1" : convention)
- code zone tarifaire : valeur « 00 »,
- code zone IK : valeur « 00 ».

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.2 AP02 : Consulter et Administrer la base CCAM

3.2.1 AP02.01 : Activer/Désactiver la saisie de prestations CCAM

Vue générale

Nom ***AP02.01*** ***Activer/Désactiver la saisie de prestations CCAM***

Description Cette opération a pour but d'activer ou de désactiver la possibilité de saisir des prestations CCAM au cours du processus FACTURER.

Le Professionnel de Santé décide de l'activation ou de la désactivation de la saisie de prestations CCAM sur son poste de travail

Entrées Aucune

Sorties Informations Base CCAM **EF_AP19**

- Top saisie de données CCAM active **EF_AP19_01**

Situations spécifiques

Règles de gestion

[RG_AP004] Activer/Désactiver la saisie de prestations CCAM

Le progiciel doit offrir la possibilité au Professionnel de Santé d'activer ou de désactiver la saisie de prestations CCAM, se cumulant avec la saisie de prestations NGAP.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.2.2 AP02.02 : Consulter les données de la base CCAM

Vue générale

Nom ***AP02.02 Consulter les données de la base CCAM***

Description Cette tâche permet au Professionnel de Santé de consulter des données de la nomenclature CCAM contenues dans la base CCAM :

- D'une part des données associées à un acte CCAM: Ces données sont rattachées :
  - Soit au code de l'acte CCAM
  - Soit au code de l'acte + code activité
  - Soit au code de l'acte + code activité + code phase

  Chacune de ces données est caractérisée par un identifiant de type CCAM-xx (avec xx correspondant au numéro de la donnée dans la base CCAM)
- D'autre part des données de tables connexes. Par définition, une donnée connexe est une donnée non associée à un code acte CCAM.

  Chacune de ces données est caractérisée par un identifiant de type TBxx.

Pour chaque donnée consultée, il est nécessaire de préciser systématiquement la date à laquelle la valeur est recherchée.

Entrées	Date d'interrogation Base CCAM	**EF_AP10**
	Date de référence	**EF_AP10_01**
	Identifiant CCAM	**EF_AP11**
	Identifiant Champ CCAM	**EF_AP11_01**
	Identifiant Table TB	**EF_AP11_02**
	Données Interrogation Base CCAM	**EF_AP13**
	Base CCAM PdT	**EF_AP47=DF_CCAM**
Sorties	Données sorties base CCAM	**EF_AP16**
Situations spécifiques		

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

[RG_AP006] Consulter les données associées à un acte CCAM (identifiant CCAM-xx)

Le système de facturation permet au Professionnel de Santé de consulter certaines données associées à un acte CCAM en spécifiant:

- nécessairement :
  - L'identifiant de la donnée consultée (CCAM-xx)
  - La date de référence de consultation
  - Le code de l'acte
- et éventuellement (selon la donnée consultée) :
  - Le code activité
  - Le code phase
  - Le numéro de caisse de l'exécutant (cas particulier de la donnée CCAM-47a)
  - Le contexte tarifaire PS et le contexte tarifaire BS ;
    ces 2 informations permettent de déterminer dans la base CCAM la grille tarifaire à utiliser pour la donnée recherchée. Cette détermination se fait à l'identique de la règle RG_VF_BC10 spécifiée pour le processus de facturation.

Le système de facturation affiche les données de sortie correspondant à la consultation demandée.

La mise en œuvre de cette règle s'appuie sur la fonction **SRT_ConsulterDonnee** du module SRT : cf. A1-A1

Cas particulier

[CP1] Consultation de données de la nomenclature CCAM issue d'une modification effectuée par le Professionnel de Santé

Dans le cas particulier où le résultat de la consultation est une valeur issue d'une modification effectuée par le PS, la fonction retourne alors la date d'effet de la modification.

Cas d'erreur

[CE1] Donnée inconnue à la date de référence

La date de référence spécifiée doit être comprise entre la date de création de l'acte et sa date de fin éventuelle, à l'exception des consultations CCAM-1, CCAM-18 et CCAM-19.

Dans le cas contraire, le système de facturation ne trouve pas d'information à la date de référence et en informe le Professionnel de Santé que la date de référence spécifiée est soit antérieure à la date de création de l'acte soit postérieure à la date de fin de l'acte.

[RG_AP007] Consulter les données des tables connexes de la nomenclature CCAM (identifiant TBxx)

Le système de facturation permet au Professionnel de Santé de consulter certaines données contenues dans les tables connexes de la base CCAM en spécifiant:

- nécessairement :

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- L'identifiant de la donnée consultée (TB-xx)
- La date de référence de consultation

- et éventuellement, selon la donnée consultée :
  - Un voire deux codes modificateurs
  - Le numéro de caisse de l'exécutant
  - Le code association
  - Le contexte tarifaire PS et le contexte tarifaire BS
    ces 2 informations permettent de déterminer dans la base CCAM la grille tarifaire à utiliser pour la donnée recherchée. Cette détermination se fait à l'identique de la règle RG_VF_BC10 spécifiée pour le processus de facturation.

Le système de facturation affiche les données de sortie correspondant à la consultation demandée.

La mise en œuvre de cette règle s'appuie sur la fonction **SRT_ConsulterDonnee** du module SRT : cf. A1-A1

Cas particulier

[CP1] Consultation de données connexes à la nomenclature CCAM issue d'une modification effectuée par le Professionnel de Santé

Dans le cas particulier où le résultat de la consultation est une valeur issue d'une modification effectuée par le PS, la fonction retourne alors la date d'effet de la modification.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.2.3 AP02.03 : Rechercher des codes actes CCAM

Vue générale

Nom ***AP02.03 Rechercher des codes actes CCAM***

Description Cette opération consiste à rechercher dans la base CCAM les codes actes CCAM répondant au critère de recherche spécifié par le Professionnel de Santé.

Cette recherche va permet au Professionnel de Santé de retrouver les codes CCAM attribués aux actes réalisés auprès du bénéficiaire afin d'en saisir la codification correcte.

La recherche d'actes CCAM peut se faire suivant deux modes :

1. Recherche par mot clé ;
2. Recherche par filtre.

Entrées	Identifiant CCAM	**EF_AP11**
	Données Interrogation Base CCAM	**EF_AP13**
	Base CCAM PdT	**EF_AP47=DF_CCAM**
Sorties	Données sorties base CCAM	**EF_AP16**
Situations spécifiques		

Schéma

Le schéma ci-dessous présente l'enchaînement de l'opération « Rechercher des codes actes CCAM ».

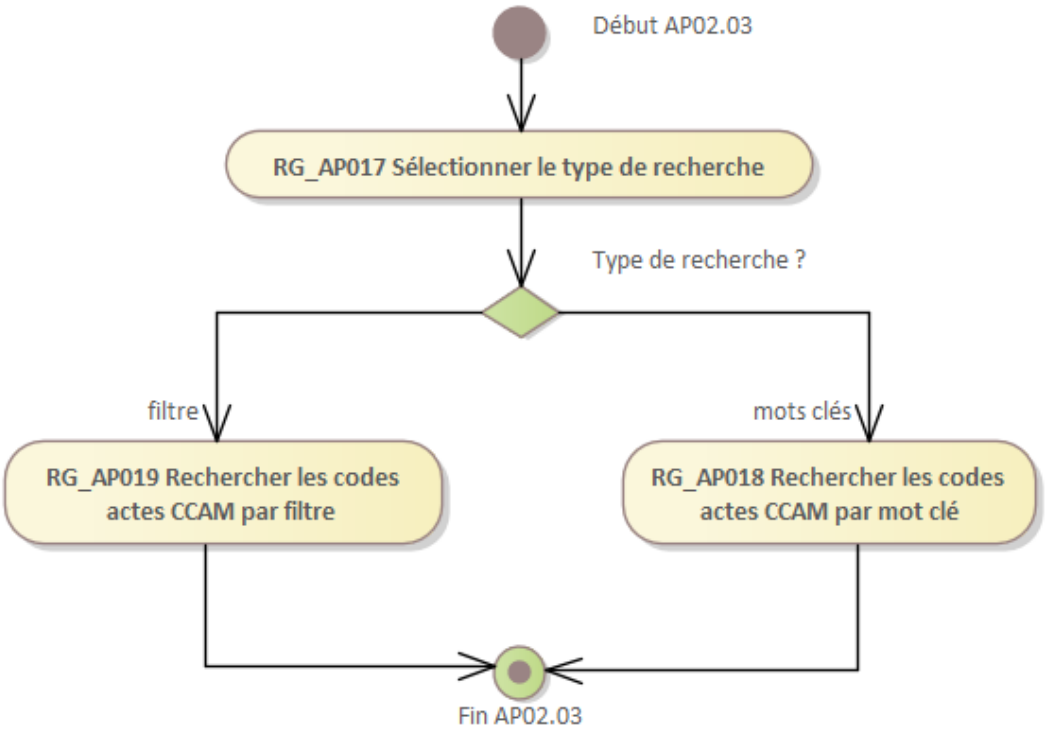


Figure 2 : [SC_AP02.03] Enchaînement de AP02.03 : Rechercher des codes actes CCAM

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

[RG_AP008] Sélectionner le type de recherche (EF_AP13_08)

Le Professionnel de Santé sélectionne le type de recherche d'actes CCAM qu'il désire effectuer :

- recherche par mot-clé ;
- recherche par filtre.

[RG_AP009] Rechercher les codes actes CCAM par mot clé

Le Professionnel de Santé :

- donne un mot clé ;
- précise le ou les champs dans lesquels la recherche doit être effectuée.

La recherche peut porter sur les champs suivants :

Champ à examiner
• tous les champs,
• les libellés courts,
• les libellés longs,
• les conditions générales,
• les notes de type « à l'exclusion de …»
• les notes de type « comprend …»
• les notes de type « avec ou sans …»
• les notes de type « par…, on entend …»
• les notes de type « par exemple …»
• les notes de type « coder éventuellement …»
• les notes de type « modificateur implicite …»
• les notes de type « inclut …»
• les notes non structurées.
• toutes les notes,

Le système de facturation retourne les codes de tous les actes qui font référence à ce mot clé.

On dit qu'un acte fait référence à un mot clé si ce dernier est présent dans l'un des champs textuels associés à cet acte, à savoir les libellés (court et long), le champ «conditions générales» et les notes.

Cette règle s'appuie sur le glossaire de la base CCAM.

Cas particulier

[CP1] Aucun champ précisé

La recherche s'effectue dans tous les champs textuels.

La mise en œuvre de cette règle s'appuie sur la fonction **SRT_RechercherParMotCle** du module SRT : cf. A1-A1

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_AP010] Rechercher les codes actes CCAM par filtre

Le Professionnel de Santé précise les *n* premiers caractères des codes acte CCAM recherchés.

Le système de facturation retourne la liste de tous les actes dont les codes commencent par ces caractères.

Comme, dans la CCAM, les 4 premiers caractères d'un code de l'acte indiquent une topographie, une action, une voie d'abord ou une technique, cette recherche s'apparente à une recherche sur les typologies d'actes.

La mise en œuvre de cette règle s'appuie sur la fonction **SRT_RechercherParFiltre** du module SRT : cf. A1-A1

Cas particulier

[CP1] Filtre vide

Si le filtre est vide, le système de facturation retourne les codes affinés de tous les actes CCAM.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.2.4 AP02.04 : Mettre à jour manuellement les données de la base CCAM

Vue générale

Nom ***AP02.04*** ***Mettre à jour manuellement les données de la base CCAM***

Description Cette opération offre au Professionnel de Santé la possibilité :

- de modifier des données contenues dans la base CCAM ;
- d'annuler les modifications manuelles faites sur une donnée.

Entrées	Date d'interrogation Base CCAM	**EF_AP10**
	Date d'effet de la modification	**EF_AP10_02**
	Identifiant CCAM	**EF_AP11**
	Identifiant Champ CCAM	**EF_AP11_01**
	Identifiant Table TB	**EF_AP11_02**
	Données Interrogation Base CCAM	**EF_AP13**
	Base CCAM PdT	**EF_AP47=DF_CCAM**
Sorties	Base CCAM PdT « modifiée »	**EF_AP47=DF_CCAM**

Situations spécifiques

Schéma

Le schéma ci-dessous présente l'enchaînement de l'opération « Rectifier les données de la base CCAM ».

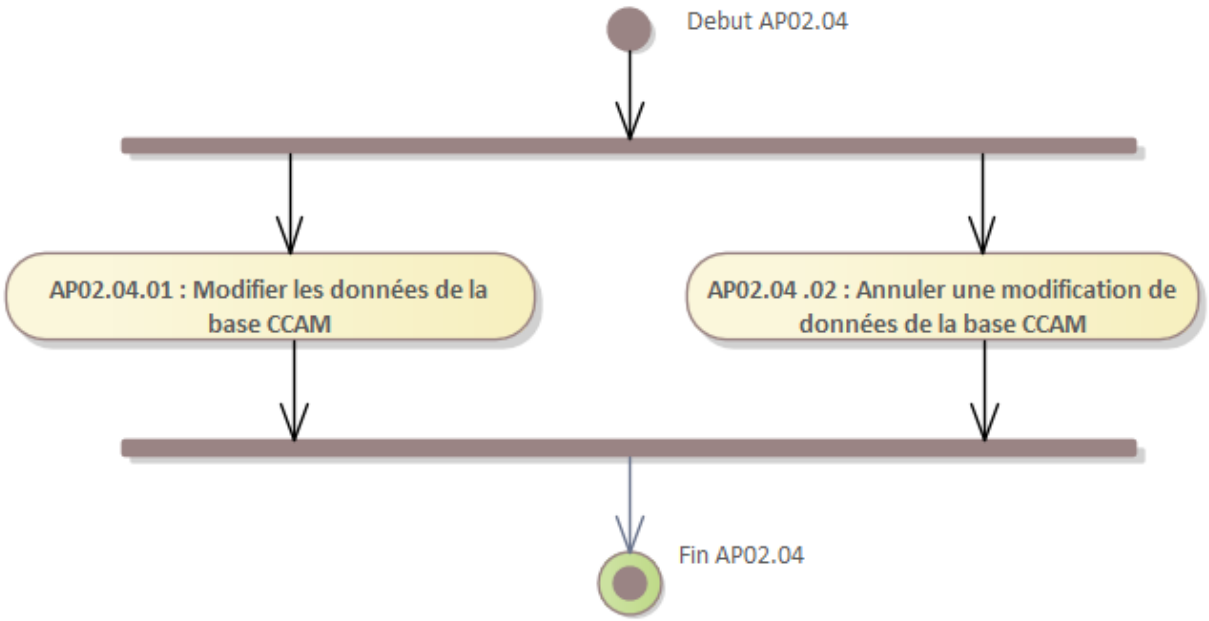


Figure 3 : [SC_AP02.04] Enchaînement de AP02.04 : Mettre à jour manuellement les données de la base CCAM

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.2.4.1 AP02.04.01 : Modifier les données de la base CCAM

Vue générale

Nom ***AP02.04.01 Modifier les données de la base CCAM***

Description Cette opération permet au Professionnel de Santé de modifier la valeur de certaines données de la nomenclature CCAM contenues dans la base CCAM.

Le système de facturation utilisera alors les nouvelles données lors de l'application des règles et du contrôle complet. Ces modifications sont pérennes et restent valables tant que la base CCAM n'est pas mise à jour sur le poste de travail
(Cf. § 3.2.6 AP02.06 : Mettre à jour la base CCAM)

Entrées	Date d'interrogation Base CCAM	**EF_AP10**
	Date d'effet de la modification	**EF_AP10_02**
	Identifiant CCAM	**EF_AP11**
	Identifiant Champ CCAM	**EF_AP11_01**
	Identifiant Table TB	**EF_AP11_02**
	Données Interrogation Base CCAM	**EF_AP13**
	Base CCAM PdT	**EF_AP47=DF_CCAM**
Sorties	Base CCAM PdT « modifiée »	**EF_AP47=DF_CCAM**
Situations spécifiques		

Règles de gestion

[RG_AP014] Modifier la donnée de la base CCAM

Le système de facturation :

- contrôle la date d'effet de la modification par rapport à la période de validité de l'acte (cf. RG_AP011)
- contrôle la date d'effet de la modification par rapport à la date de la dernière modification effectuée (cf. RG_AP012)
- que l'identifiant spécifié est connu et qu'il fait bien partie des données modifiables (cf. RG_AP013)

Si ces contrôles sont passants alors le système de facturation effectue la modification de la donnée dans la base CCAM,

Le système de facturation détermine la grille tarifaire à utiliser en base CCAM en fonction du contexte tarifaire PS et le contexte tarifaire BS. Cette détermination se fait à l'identique de la règle RG_VF_BC10 spécifiée pour le processus de facturation.

Le système de facturation affecte une nouvelle date d'effet modification PS à la donnée modifiée en copiant la date d'effet de la modification dans cette nouvelle date d'effet modification PS.

Cas d'erreur

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[CE1] Date d'effet de la modification postérieure à la date de fin de l'acte

La modification n'est pas effectuée et le message d'erreur « *La date d'effet est postérieure à la date de fin de l'acte* » est remonté au Professionnel de Santé.

[CE2] Date d'effet de la modification antérieure à la date de création de l'acte

La modification n'est pas effectuée et le message d'erreur « *La date d'effet est antérieure à la date de création de l'acte* » est remonté au Professionnel de Santé.

[CE3] Date d'effet de la modification antérieure à la dernière date de modification

La modification n'est pas effectuée.

[CE4] Identifiant spécifié inconnu ou non modifiable

La modification n'est pas effectuée et le message d'erreur « *Identifiant de champ inconnu ou donnée non modifiable* » est remonté au Professionnel de Santé.

Cas particulier

[CP1] Modification du code regroupement relatif à un acte CCAM

La modification du code regroupement d'un acte CCAM se traduit par la modification du champ 42 de cet acte (identifiant CCAM-42).

Cependant, tout code regroupement utilisé dans la base CCAM doit être répertorié dans la table TB13 des codes regroupement. Dans le cas où la modification demandée du code regroupement d'un acte correspond à une nouvelle valeur de code regroupement, il est nécessaire pour des raisons de cohérence d'ajouter ce code regroupement dans la table TB13. Pour cela il convient d'effectuer la modification de l'identifiant TB13-1.

Le code regroupement demandé doit exister dans la table des codes regroupements existants (TB13) à la date d'effet de la modification.

De plus, il est nécessaire que tout code regroupement ajouté soit différent d'une lettre clé NGAP. Dans le cas contraire, le système de facturation refusera la modification du champ TB13-1 et retournera un code erreur.

[CP2] Modification de la majoration du prix unitaire pour un DOM

La modification de la majoration du prix unitaire pour un DOM d'un acte CCAM se traduit par la modification du champ 47 de cet acte (identifiant CCAM-47).

Il est nécessaire que la caisse de l'exécutant fournie en entrée soit située dans un DOM.

[CP3] Modification du seuil minimum pour exonération du TM

La modification de la majoration du seuil minimum pour exonération du TM se traduit par la modification de la donnée TB07-1 de la base CCAM.

La valeur de seuil donnée correspondant à la caisse exécutant donnée en entrée.

Il existe 4 seuils différents :

- Seuil métropole
- Seuil Antilles (Martinique et Guadeloupe)
- Seuil Guyane
- Seuil Réunion.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[CP4] Modification du forfait ou taux associé à un modificateur

La modification du forfait associé à un modificateur se traduit par la modification de la donnée TB11-1 de la base CCAM et la modification du taux associé à un modificateur se traduit par la modification de la donnée TB11-2 de la base CCAM.

Taux et forfait sont exclusifs. Si un nouveau forfait est donné en entré cela revient à modifier le forfait courant ou à supprimer le taux en cours.

[CP5] Modification du forfait ou taux à appliquer à un modificateur

La modification du forfait à appliquer à un modificateur se traduit par la modification de la donnée TB12-1 de la base CCAM ;

La modification du taux à appliquer à un modificateur se traduit par la modification de la donnée TB12-2 de la base CCAM.

Taux et forfait sont exclusifs. Si un nouveau forfait est donné en entrée cela revient à modifier le forfait courant ou à supprimer le taux en cours.

3.2.4.2 AP02.04.02 : Annuler une modification de données de la base CCAM

Vue générale

Nom	***AP02.04.02 Annuler une modification de données de la base CCAM***	
Description	Cette opération supprime toutes les modifications effectuées sur la donnée spécifiée en entrée.	
Entrées	Date d'interrogation Base CCAM	**EF_AP10**
	Date d'effet de la modification	**EF_AP10_02**
	Identifiant CCAM	**EF_AP11**
	Identifiant Champ CCAM	**EF_AP11_01**
	Identifiant Table TB	**EF_AP11_02**
	Données Interrogation Base CCAM	**EF_AP13**
	Base CCAM PdT	**EF_AP47=DF_CCAM**
Sorties	Base CCAM PdT « remodifiée avec annulation des modifications pour une donnée »	**EF_AP47=DF_CCAM**
Situations spécifiques		

Règles de gestion

[RG_AP015] Annuler une modification de données de la base CCAM

Le Professionnel de Santé précise le champ sur lequel porte l'annulation.

La valeur d'origine de la donnée est rétablie telle qu'elle était dans la base CCAM lors de la dernière mise à jour de celle-ci.

La mise en œuvre de cette règle s'appuie sur la fonction **SRT_AnnulerModification** du module SRT : cf. A1-C

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Cas d'erreur

[CE1] le champ spécifié inconnu ou non-modifiable

Le message d'erreur « *Identifiant de champ inconnu ou donnée non modifiable* » est remonté au Professionnel de Santé.

[CE2] le champ spécifié n'a pas été modifié

Le message d'erreur « *La donnée n'a pas été modifiée par le PS* » est remonté au Professionnel de Santé.

3.2.5 AP02.05 : Restituer le n° de version de la base CCAM

Vue générale

Nom	***AP02.05***	***Restituer le n° de version de la base CCAM***
Description	Cette fonction a pour objet de restituer les informations de version (le n°) de la base CCAM présente sur le poste de travail du Professionnel de Santé.	
Entrées	Base CCAM PdT	**EF_AP47=DF_CCAM**
Sorties	Donnée Sortie base CCAM « N° de version de la base CCAM »	**EF_AP16**
Situations spécifiques		

Règles de gestion

[RG_AP016] Restituer le n° de version de la base CCAM

Le système de facturation restitue au Professionnel de Santé le n° de version de la base CCAM présente sur son poste de travail.

Cette version correspond à la dernière version de la base CCAM **mise à jour** sur le poste de travail.

3.2.6 AP02.06 : Mettre à jour la base CCAM

Vue générale

Nom	***AP02.06***	***Mettre à jour la base CCAM***
Description	Cette opération permet au système de facturation de mettre à jour la base CCAM. Pour cela, il doit: • récupérer la base CCAM, • contrôler le fichier contenant la base CCAM, • mettre à jour la base CCAM i.e. l'ensemble des tables CCAM.	
Entrées	Base CCAM reçue	DF_CCAM_EXT
Sorties	Base CCAM PdT « mise à jour »	**EF_AP47 = DF_CCAM**
Situations spécifiques		

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

Le schéma ci-dessous présente l'enchaînement de l'opération « Mettre à jour la base CCAM ».

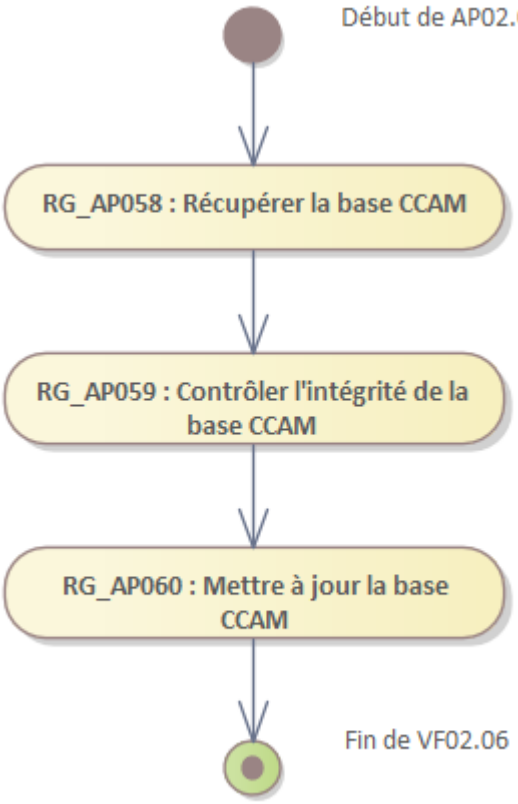


Figure 4 : [SC_AP02.06] Enchaînement d'AP02.06 : Mettre à jour la base CCAM

Règles de gestion

[RG_AP017] Récupérer la base CCAM

La mise à disposition par les « Fournisseurs CCAM » du fichier contenant la base CCAM aux Professionnels de Santé n'est pas décrite dans le présent document.

[RG_AP018] Calculer le CRC du fichier contenant la base CCAM

Calcul du CRC16 – Algorithme

(calcul du reste de la division des données du fichier par le polynôme : $x^{16} + x^{12} + x^5 + 1$) :
Début
Initialiser le CRC16 à 0 ;
Se positionner sur le cinquième caractère du fichier ;
TantQue fin du fichier non atteinte, faire :
Calculer le CRC16 pour le caractère courant :
MOT ← caractère courant enregistré sur un entier court non signé (2 octets)
Boucler 8 fois sur :
Décaler CRC16 d'une position à gauche ;

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Décaler MOT d'une position à gauche ;
Si bit 8 du MOT vaut 1, alors
Incrémenter CRC16 de 1 ;
FinSi.
Si le bit 16 du CRC16 courant vaut 1, alors :
CRC16 ← CRC16 ou exclusif 0x1021 ;
FinSi
FinBoucle
Passer au caractère suivant
FinTantQue

Fin

[RG_AP019] Récupérer le CRC du fichier contenant la base CCAM

Le système de facturation récupère le CRC du fichier contenant la base CCAM à partir des 2 premiers octets du fichier.

[RG_AP020] Contrôler l'intégrité du fichier contenant la base CCAM

Le système de facturation calcule le CRC du fichier contenant la base CCAM qu'il compare au CRC fourni avec le fichier contenant la base CCAM.

Si les deux CRC sont égaux alors le fichier contenant la base CCAM est intègre.

[RG_AP021] Contrôler le fichier contenant la base CCAM

Le système de facturation doit :

- Ouvrir le fichier ;
- Vérifier le CRC du fichier ;
- Vérifier que toutes les tables ont été initialisées ;
- Vérifier le type des valeurs des champs des tables chargées.

Cas d'erreur

[CE1] Fichier inaccessible

Le système de facturation informe le Professionnel de Santé en affichant le message « *Le fichier du référentiel est inaccessible en lecture (inexistant ou pas de droit d'accès)* ».

[CE2] Fichier contenant la base CCAM non intègre

Le système de facturation informe le Professionnel de Santé en affichant le message « *Le fichier du référentiel n'est pas intègre (erreur de checksum)* ».

[CE3] Fichier non valide

Le système de facturation informe le Professionnel de Santé en affichant le message « *La structure interne ou le contenu du fichier du référentiel est invalide* ».

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[CE4] Base CCAM non complète

Le système de facturation informe le Professionnel de Santé en affichant le message « *Le référentiel n'est pas complet* ».

[RG_AP022] Mettre à jour la base CCAM

Le système de facturation annule et remplace la base CCAM présente sur le poste de travail du Professionnel de Santé par celle qu'il vient de récupérer et contrôler.

Si des modifications ont été faites sur des données de la base CCAM, elles seront perdues lors du déchargement de la nouvelle base CCAM.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.3 AP03 : Administrer les tables pour la gestion des conventions

Vue générale

Nom **AP03 Administrer les tables pour la gestion des conventions**

Description Cette fonction a comme objectif principal de modifier et/ou de mettre à jour les tables des conventions, des regroupements et de correspondance et également d'administrer les opérations annexes conduisant à cet objectif.

Les conditions d'élaboration de la part complémentaire dépendent du fait que le Professionnel de Santé ait signé une convention avec un organisme gérant la part complémentaire,

Dans le cadre de ses relations conventionnelles le professionnel de santé gère ses conventions sur son poste de travail pour calculer la part complémentaire ou télétransmettre des DRE.

Les organismes d'Assurance Maladie peuvent mettre à disposition des fichiers normés :

- contenant les conventions signées entre les Professionnels de Santé et les organismes d'Assurance Maladie ;
- recensant les organismes faisant l'objet d'un regroupement dans le contexte d'une convention ;
- contenant la correspondance entre un « MUTNUM » et un numéro d'organisme complémentaire. Ce fichier normé est fourni par le GIE SESAM-VITALE.

La mise à jour des tables des conventions et des regroupements relève de la responsabilité du Professionnel de Santé. Les conventions précisent les données techniques à y inscrire.

Le système de facturation doit (en fonction du code action) :

- ajouter des lignes dans sa table des conventions et des éventuels regroupements associés ;
- modifier les lignes concernées de sa table des conventions et de sa table des regroupements :
- supprimer des lignes dans sa table des conventions et des éventuels regroupements associés.

Il dispose pour cela de processus disponibles à partir de son poste, pour gérer cette relation avec les signataires.

Ces processus sont :

- la saisie manuelle,

  Celle-ci se fait sur la base de fiches de saisie selon les modèles publiés sur le site du GIE SESAM-VITALE et utilisés par tous les signataires de conventions.

- le chargement des fichiers normés,

  Lors des relations conventionnelles bilatérales, les signataires de convention (Professionnel de Santé / AMC) conviennent d'un processus de chargement. Ce sera par exemple un site internet à partir duquel le professionnel de santé pourra télécharger les fichiers normés sur son poste.

- la réception d'un message SMTP (contenant les fichiers normés) émis dans la boîte aux lettres SESAM-Vitale du Professionnel de Santé par le signataire de convention :

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Le système de facturation récupère ces fichiers pour mettre à jour les tables de conventions et regroupements.

Il est recommandé d'assurer une continuité avec les informations concernant la génération des flux AMC existants, afin d'éviter au Professionnel de Santé de les ressaisir complètement lorsque celui-ci bascule en SESAM-Vitale.

Entrées	Le message SMTP contenant le fichier normé	**EF_AP48**
	Fichier normé	**EF_AP49**
	Fiches de saisie « tables des conventions »	
	Fiches de saisie « tables des regroupements »	
	Table des conventions PdT	**EF_AP01**
	Table des regroupements PdT	**EF_AP02**
	Table des émetteurs de confiance	**EF_AP03**
	Information PS	**EF_AP04**
	Mode d'application des conventions	**EF_AP05**
	Informations Fichier Normé	**EF_AP06**
	Code action	**EF_AP07_01**
Sorties	Table des conventions PdT « modifiée »	**EF_AP01**
	Table des regroupements PdT « modifiée »	**EF_AP02**
	Table des émetteurs de confiance « modifiée »	**EF_AP03**
Situations spécifiques		

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

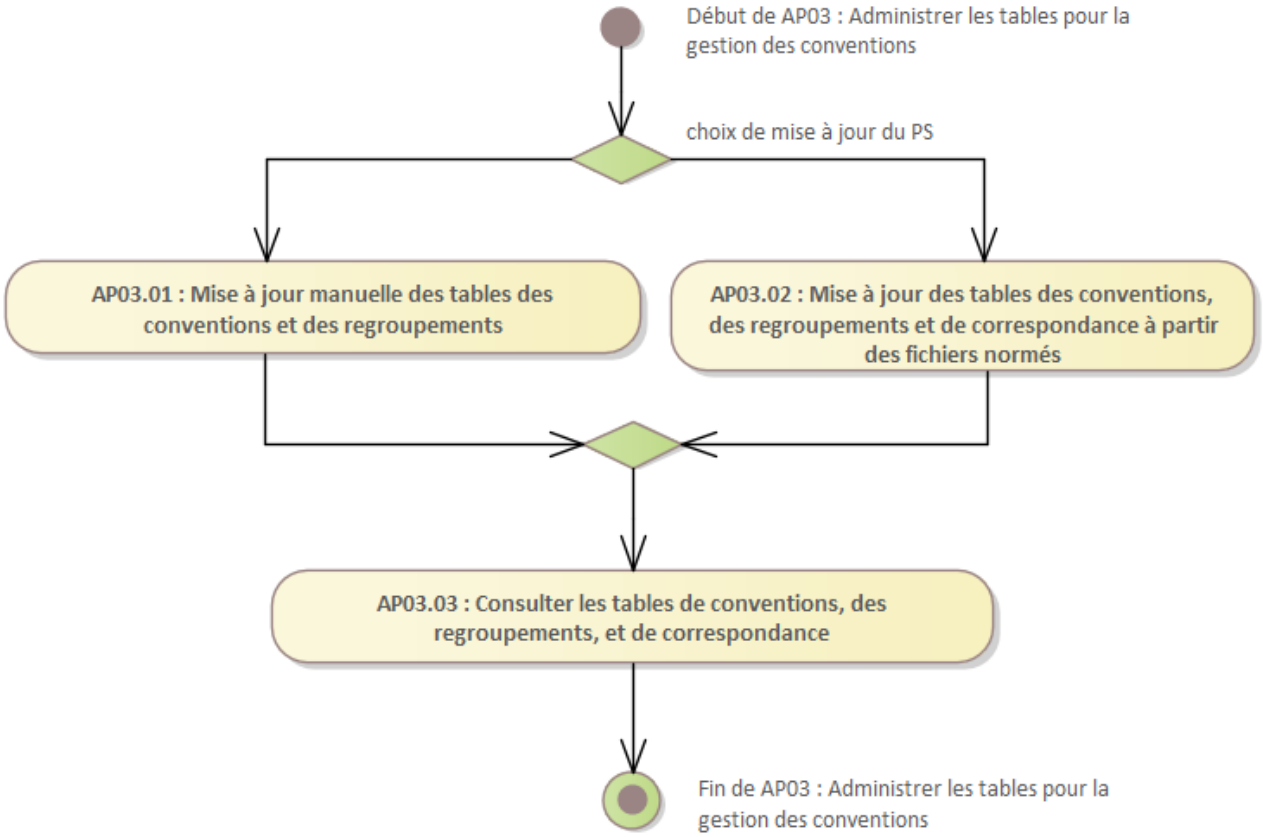


Figure 5 : [SC_AP03] Enchaînement de AP03 : Administrer les tables pour la gestion des conventions

Préambule

Données de la table de correspondance

Les données contenues dans la table de correspondance sont :

- Le MUTNUM,

  Cette donnée peut être exprimée à l'aide de caractères génériques. Le progiciel utilise ces caractères génériques lors de la comparaison avec la donnée issue de la carte Vitale ou d'un autre support éventuel.

- Le code organisme obligatoire associé (code régime, caisse, centre),

  Cette donnée peut être exprimée à l'aide de caractères génériques. Le progiciel utilise ces caractères génériques lors de la comparaison avec les données issues de la carte Vitale ou d'un autre support éventuel. Le code régime est toujours renseigné.

- Le numéro d'organisme complémentaire,
- Le libellé de l'organisme complémentaire,

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- Eventuellement d'autres données utiles, mises à disposition du Professionnel de Santé pour lui permettre de mettre à jour, au fil de l'eau, sa table des conventions. Ces données seront fournies dans le fichier de correspondance normé.

Les critères d'accès à la table de correspondance sont :

- Le MUTNUM,
- Le code organisme obligatoire associé (code régime, caisse, centre).

Présentation des tables pour la recherche de la convention applicable

La recherche de la convention applicable sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé nécessite :

- une table contenant les conventions signées par le Professionnel de Santé ou ses représentants ;
- une table des regroupements permettant d'identifier l'organisme signataire de la convention pour un numéro d'organisme complémentaire.

Chaque table est présentée avec ses données et ses critères d'accès. Cependant, n'importe quelle autre donnée peut être utilisée pour faciliter la recherche ou la sélection.

Dans ce chapitre, on appelle critères d'accès les données que le système de facturation doit, au minimum, implémenter pour la recherche dans ces tables.

Données de la table des conventions et critères d'accès

Les données nécessaires à SESAM-Vitale et contenues dans la table des conventions sont, pour un organisme complémentaire :

- L'identifiant de l'organisme signataire de la convention
- Le libellé de l'organisme signataire de la convention
- L'indicateur de convention « groupée » : cet indicateur permet de distinguer :
  - les conventions signées directement par l'organisme AMC ou par un organisme AMO pour le compte d'un seul organisme complémentaire (valeur égale à « 0 ») ;
  - les conventions signées par un organisme mandaté (organisme signataire de la convention) pour le compte de plusieurs organismes complémentaires (valeur égale à « 1 »).
- Le type de convention lié à la structure signataire des conventions :
  - convention Professionnel de Santé avec un AMO ou un AMC pour un organisme en gestion unique,
  - convention Professionnel de Santé avec un AMC pour un organisme en gestion séparée,
  - convention Professionnel de Santé avec un organisme mandaté par un ou plusieurs AMC pour un organisme en gestion séparée.
- Le critère secondaire permettant de sectoriser une population d'assurés.
- Dans le cadre de la gestion unique, cette donnée prend la valeur code régime, code caisse gestionnaire et centre gestionnaire. Elle peut être exprimée à l'aide de caractères génériques. Le progiciel utilise ces caractères génériques lors de la comparaison avec les données issues de la carte Vitale ou d'un autre support de droits éventuel. Le code régime est toujours renseigné.
- Ceci permet d'exprimer qu'une convention est associée à :

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- un régime quels que soient la caisse gestionnaire et le centre gestionnaire,
- un régime et une partie des caisses gestionnaires quel que soit le centre gestionnaire,
- un régime et une partie des centres gestionnaires quelle que soit la caisse gestionnaire,
- un régime et une caisse gestionnaire et un centre gestionnaire.

- Le type d'accord défini précisant les traitements conventionnels acceptés par l'organisme complémentaire : Tiers Payant ou Hors Tiers Payant
- Le numéro d'organisme complémentaire (n° AMC)
- Le libellé de l'organisme complémentaire
- L'indicateur de désactivation des STS. Pour une convention donnée, le progiciel doit appeler les STS pour calculer la part complémentaire, sauf si cet indicateur est positionné.
- Le code aiguillage STS.

En gestion séparée :

- L'indicateur d'usage de l'attestation papier n'est pas utilisé
- L'indicateur d'acceptation de DRE d'annulation (accord conventionnel)
- En tiers payant, l'identifiant de l'opérateur de règlement[1]. Cette donnée est utilisée dans les critères de regroupement des DRE en lots
- En tiers payant, les données d'adressage du destinataire des flux[2] (code routage, identifiant de l'hôte, nom de domaine). Ces données d'adressage peuvent aussi être renseignées en hors tiers payant.

Les critères d'accès à la table des conventions sont :

- L'identifiant de l'organisme signataire de la convention,
- L'indicateur de convention « groupée »,
- Le type de convention pour la gestion de la complémentaire,
- Le critère secondaire précisant le périmètre de la convention,
- Le numéro d'organisme complémentaire (n° AMC),
- Le type d'accord de la convention.

Ces critères d'accès sont renseignés en fonction du contexte de facturation.

Données de la table des regroupements et critères d'accès

Les données contenues dans la table des regroupements sont :

- Le numéro d'organisme complémentaire,
- Le libellé de l'organisme complémentaire,
- Le type de convention,

[1] L'« opérateur de règlement » est l'opérateur qui rembourse au Professionnel de Santé les prestations complémentaires en tiers payant pour le compte de l'organisme complémentaire.

[2] L'« opérateur destinataire des flux complémentaires » est l'opérateur qui reçoit les flux contenant la part complémentaire pour le compte de l'organisme complémentaire.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- Le libellé du type de convention,
- Le critère secondaire permettant de sectoriser une population d'assurés,
- Dans le cadre de la gestion unique, cette donnée prend la valeur code régime, code caisse gestionnaire et centre gestionnaire. Elle peut être exprimée à l'aide de caractères génériques. Le progiciel utilise ces caractères génériques lors de la comparaison avec les données issues de la carte Vitale ou d'un autre support de droits éventuel. Le code régime est toujours renseigné.
- L'identifiant de l'organisme signataire de la convention,
- Le libellé de l'organisme signataire de la convention,

NB : dans cette table, un organisme signataire d'une convention est associé à plusieurs complémentaires couvertes par cette convention.

Les critères d'accès à la table des regroupements sont :

- Le numéro d'organisme complémentaire,
- Le type de convention,
- Le critère secondaire permettant de sectoriser une population d'assurés.

Ces critères d'accès sont renseignés en fonction du contexte de facturation.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.3.1 AP03.01 : Mise à jour manuelle des tables des conventions et des regroupements

Vue générale

Nom	***AP03.01***	***Mise à jour manuelle des tables des conventions et des regroupements***
Description	Les tables des conventions et des regroupements peuvent être mises à jour par le Professionnel de Santé par saisie manuelle. Le système de facturation doit permettre de modifier sur le poste de travail la table des conventions et la table des regroupements par saisie manuelle. La modification des tables des conventions et des regroupements relève de la responsabilité du Professionnel de Santé. Les conventions précisent les données techniques à y inscrire. Afin de faciliter la mise à jour manuelle des tables, le système de facturation doit permettre au Professionnel de Santé de prendre en compte les fichiers normés directement sur son poste de travail. 📖	
Entrées	Fiches de saisie « tables des conventions »	
	Fiches de saisie « tables des regroupements »	
	Table des conventions PdT	**EF_AP01**
	Table des regroupements PdT	**EF_AP02**
Sorties	Table des conventions PdT « modifiée »	**EF_AP01**
	Table des regroupements PdT « modifiée »	**EF_AP02**
Situations spécifiques		

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Schéma

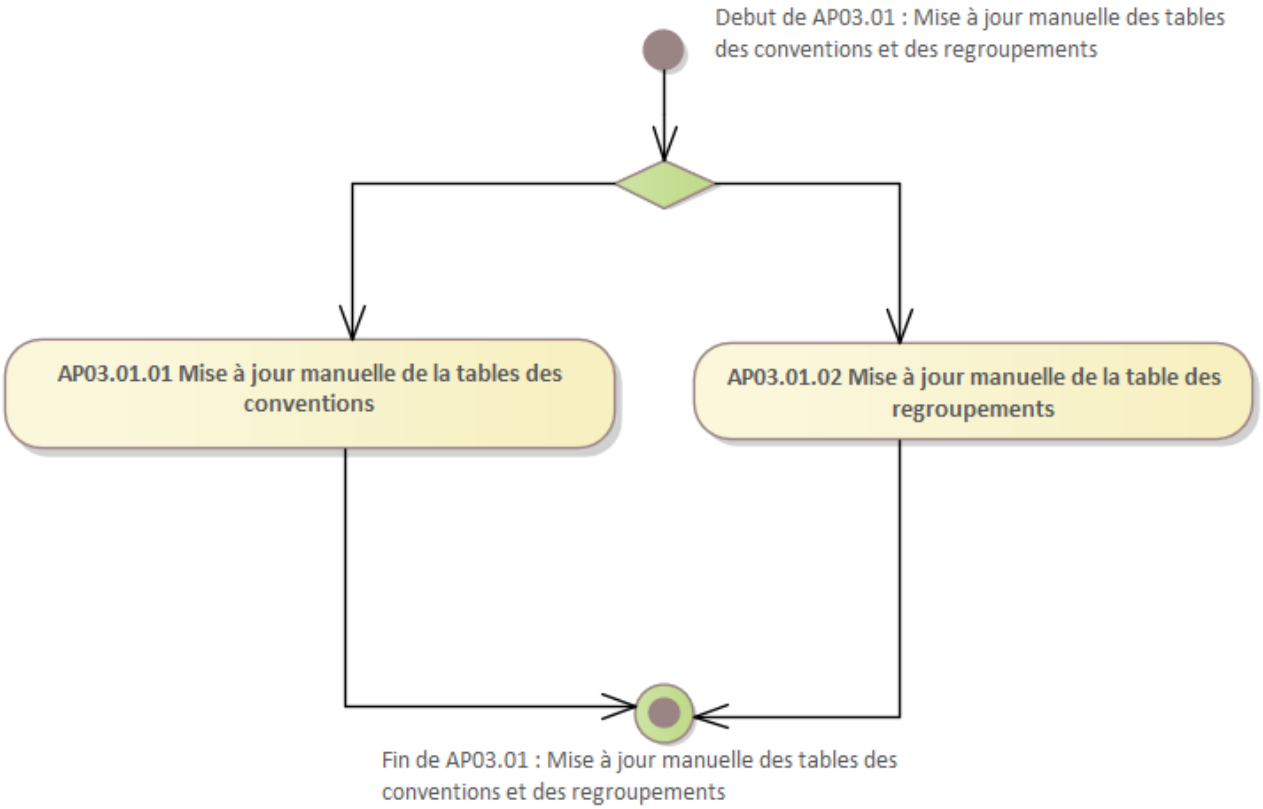


Figure 6 : [SC_AP03.01] Enchaînement de AP03.01 : Mise à jour manuelle des tables des conventions et des regroupements

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.3.1.1 AP03.01.01 : Mise à jour manuelle de la table des conventions

Vue générale

Nom	***AP03.01.01 Mise à jour manuelle de la table des conventions***	
Description	Cette fonction a pour objet de permettre au Professionnel de Santé de modifier manuellement sa table des conventions à partir de la fiche de saisie « tables des conventions » qu'il a reçue.	
Entrées	Table des conventions PdT	**EF_AP01**
Sorties	Table des conventions PdT « modifiée »	**EF_AP01**
Situations spécifiques		

[RG_AP023] Mise à jour manuelle de la table des conventions

Le système de facturation doit mettre à disposition du Professionnel de Santé des fonctions de création, modification, suppression de la table des conventions permettant d'aboutir à la recherche de convention applicable. Toutes ces fonctions doivent être accessibles à toutes les étapes de la facturation.

3.3.1.2 AP03.01.02 : Mise à jour manuelle de la table des regroupements

Vue générale

Nom	***AP03.01.02 Mise à jour manuelle de la table des regroupements***	
Description	Cette fonction permet au Professionnel de Santé de modifier manuellement sa table des regroupements à partir de la fiche de saisie « tables des regroupements » qu'il a reçue.	
Entrées	Table des regroupements PdT	**EF_AP02**
Sorties	Table des regroupements PdT « modifiée »	**EF_AP02**
Situations spécifiques		

Règles de gestion

[RG_AP024] Mise à jour manuelle de la table des regroupements

La table des regroupements, utilisée par le système de facturation dans la recherche des conventions applicables, peut être modifiée à tout moment par le Professionnel de Santé uniquement pour des modifications ponctuelles (cas où le Professionnel de Santé a connaissance d'un regroupement et que la table des regroupements n'est pas actualisée).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.3.2 AP03.02 : Mettre à jour les tables des conventions, des regroupements et de correspondance à partir de fichiers normés

Vue générale

Nom ***AP03.02*** ***Mettre à jour les tables des conventions, des regroupements et de correspondance à partir de fichiers normés***

Description Cette tâche permet au Professionnel de Santé de mettre à jour sa table des conventions, des regroupements et de correspondance.

Les tables de conventions peuvent être mises à jour par le Professionnel de Santé soit par saisie manuelle, soit par récupération de fichiers normés. Ces fichiers de Conventions et de Regroupements normés sont transmis ou mis à disposition par les organismes signataires de conventions.

Les fichiers de Conventions et de correspondance normés sont transmis par le GIE SESAM-VITALE dans le cas des conventions en gestion unique.

Plusieurs circuits de diffusion des fichiers normés sont possibles :

- Envoi des fichiers de conventions et de regroupements normés dans une BAL et plus particulièrement la BAL SESAM-Vitale du Professionnel de Santé,
- Chargement des fichiers de conventions et de regroupements normés par le Professionnel de Santé à partir de support de l'Assurance Maladie (serveurs, CD, etc …) *(procédure non décrite dans ce document),*

Le Professionnel de Santé est invité par le signataire à mettre à jour sa table de conventions ou de regroupements. La démarche est le plus souvent à l'initiative du signataire qui informe le Professionnel de Santé de la nécessité d'une mise à jour.

Le système de facturation doit :

- Initialiser la transmission des fichiers normés,
- Administrer une table des émetteurs de confiance,
- Télécharger les fichiers normés ou les réceptionner par messagerie SMTP,
- Mettre à jour la table des conventions et des regroupements à partir des fichiers normés,
- Mettre à jour la table de correspondance,

Entrées	Message SMTP contenant un Fichier Normé	EF_AP48
	Fichier Normé	EF_AP49
Sorties	Table des conventions PdT	EF_AP01
	Table des regroupements PdT	EF_AP02
	Table des émetteurs de confiance	EF_AP03
	Information PS	EF_AP04
	Informations Fichier Normé	EF_AP06
	Table de correspondance	EF_AP08
	Table des conventions PdT	EF_AP01
	Table des regroupements PdT	EF_AP02
	Table des émetteurs de confiance	EF_AP03
	Table de correspondance	EF_AP08

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

	Information PS	EF_AP04
Situations spécifiques		

Cette opération fait l'objet de l'Annexe3 du CDC-Editeurs

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.3.3 AP03.03 : Consulter les tables de conventions, de regroupements, et de correspondance

Vue générale

Nom	***AP03.03***	***Consulter les tables de conventions, de regroupements et de correspondance***
Description	Cette opération permet au Professionnel de Santé de consulter : • la table de conventions, • la table de regroupements.	
Entrées	Table des conventions PdT	**EF_AP01**
	Table des regroupements PdT	**EF_AP02**
Sorties		
Situations spécifiques		

Règles de gestion

[RG_AP026] Consulter la table de conventions

Le système de facturation doit mettre à disposition du Professionnel de Santé une fonction de consultation.

Cette fonction doit être accessible à toutes les étapes du processus de facturation.

Par exemple, la consultation peut restituer une liste des conventions pour un même signataire de convention, et/ou une liste de convention pour un même organisme complémentaire.

[RG_AP027] Consulter la table de regroupements

Le système de facturation peut mettre à disposition du Professionnel de Santé un outil de consultation à tout moment du contenu de la table des regroupements. Cette consultation peut, par exemple, restituer une liste des organismes complémentaires pour un même signataire de convention, et/ou une liste des signataires de convention pour un même organisme complémentaire.

[RG_AP058] Visualiser la table de correspondance

Le Professionnel de Santé peut visualiser la table de correspondance.

[RG_AP066] Visualiser le répertoire des fichiers de conventions et de regroupement

Le progiciel doit offrir au Professionnel de Santé la visualisation du nom du « répertoire de stockage des fichiers de conventions et de regroupements normés » (cf. Annexe 3).

📖 CDC 1.40 4.1.2.2

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.4 AP04 : Administrer les tables de l'Annexe 2bis

3.4.1 AP04.01 : Modifier manuellement les tables de l'Annexe 2bis

Vue générale

Nom	***AP04.03 Modifier manuellement les tables de l'Annexe 2bis***	
Description	Cette opération permet au Professionnel de Santé de modifier manuellement certaines tables de l'Annexe 2bis.	
Entrées	Tables de l'Annexe 2bis PdT	**DF_A2**
Sorties	Tables de l'Annexe 2bis PdT« modifiées »	**DF_A2**
Situations spécifiques		

Règles de gestion

[RG_AP059] Modifier manuellement les tables de l'Annexe 2bis

Le système de facturation doit permettre la mise à jour manuelle des tables (excepté les tables 1.1, 8.x, 11.1 et 50.x, 60, 61 et la colonne « Origine prestation » de la table 1) dans le poste du professionnel de santé de façon à pouvoir prendre en compte dans un délai réduit les modifications réglementaires, en attente de la mise à jour du système de facturation.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.5 AP05 : Administrer la table des organismes destinataires (TOD)

3.5.1 AP05.01 : Mettre à jour la table des organismes destinataire (TOD)

Vue générale

Nom ***AP05.01*** ***Mettre à jour la table des organismes destinataire (TOD)***

Description Cette opération permet au système de facturation de mettre à jour la table des organismes destinataires.

Pour cela, il doit :

- récupérer la table des organismes destinataires,
- mettre à jour la table des organismes destinataires sur le poste de travail.

Entrées	Table des organismes destinataires	**DF_TOD_EXT**
	Table des organismes destinataires PdT « mise à jour »	**EF_AP45 = DF_TOD**
Sorties	Table des organismes destinataires PdT « mise à jour »	**EF_AP45 = DF_TOD**

Situations spécifiques

Règles de gestion

[RG_AP060] Récupérer la table des organismes destinataires

Le « Fournisseur TOD » se connecte au site du GIE SESAM-Vitale (www.sesam-vitale.fr) afin de récupérer la nouvelle table des organismes destinataires et de la mettre à disposition du système de facturation.

Les procédures :

- de récupération de la nouvelle table des organismes destinataires par le « Fournisseur TOD » et
- de mise à disposition par le « Fournisseur TOD » de la nouvelle table des organismes destinataires au système de facturation,

ne sont pas décrites dans ce document.

[RG_AP061] Mettre à jour la table des organismes destinataires sur le poste de travail

Le système de facturation met à jour la table des organismes destinataires en effectuant un annule/remplace de la table présente sur la poste de travail par celle fournie par le « Fournisseur TOD ».

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.6 AP06 : Administrer les composants liés à la tarification complémentaire

3.6.1 AP06.01 : Paramétrer l'activation des services de tarification complémentaire

Vue générale

Nom	***AP06.01***	***Paramétrer l'activation des services de tarification complémentaire***	
Description	Cette opération a pour but d'activer l'utilisation des services de tarification complémentaire.		
Entrées	Code activation des services de tarification complémentaire par le PS		**EF_AP34_01**
Sorties	Code activation des services de tarification complémentaire par le PS		**EF_AP34_01**
Situations spécifiques			

Règles de gestion

[RG_AP062] Paramétrer l'activation des services de tarification complémentaire

Le Professionnel de Santé décide de l'activation ou non du service de tarification complémentaire.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.6.2 AP06.03 : Paramétrer l'affichage libellé de la formule AMC appliquée

Vue générale

Nom	***AP06.03 Paramétrer l'affichage libellé de la formule AMC appliquée***	
Description	Cette opération permet au Professionnel de Santé d'activer l'affichage du libellé de la formule AMC appliqué de niveau acte et de niveau facture.	
Entrées	Formule Complémentaire	**EF_AP35**
	Code affichage libellé de la formule AMC appliquée	**EF_AP35_01**
Sorties	Formule Complémentaire	**EF_AP35**
	Code affichage libellé de la formule AMC appliquée « paramétré »	**EF_AP35_01**
Situations spécifiques		

Règles de gestion

[RG_AP064] Paramétrer l'affichage du libellé de la formule AMC appliquée

Les libellés de la formule AMC appliquée sont de deux niveaux :

- libellé de la formule AMC de niveau acte ;
- libellé de la formule AMC de niveau facture.

Le système de facturation doit permettre le paramétrage de l'affichage des libellés au Professionnel de Santé

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.7 AP07 : Administrer l'opposition

3.7.1 AP07.01 : Paramétrer l'activation du service d'opposition

Vue générale

Nom	***AP07.01***	***Paramétrer l'activation du service d'opposition***
Description	Cette opération a pour but d'activer le service d'opposition sur le poste de travail du Professionnel de Santé.	
Entrées	Top activation des services de la liste d'opposition par le PS	EF_AP33_01
Sorties	Top activation des services de la liste d'opposition par le PS	EF_AP33_01
Situations spécifiques		

Règles de gestion

[RG_AP067] Paramétrer l'activation du service d'opposition

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé décide de l'activation ou de la désactivation du service d'opposition sur son poste de travail.

Dès l'activation du service de la liste d'opposition par le Professionnel de Santé sur son poste de travail, celui-ci doit être alerté dans le cas de non réception.

[RG_AP068] Afficher le nom de la boite aux lettres Opposition

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si la liste d'opposition est activée, le progiciel doit offrir au Professionnel de Santé, la visualisation du nom de sa « **boîte aux lettres Opposition** » si différente de la « boîte aux lettres SESAM-Vitale » de facturation.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.7.2 AP07.02 : Administrer la liste d'opposition Incrémentale (LOI)

Vue générale

Nom	***AP07.02***	***Administrer la liste d'opposition Incrémentale (LOI)***
Description	Cette opération permet au système de facturation d'administrer la liste d'opposition Incrémentale (LOI) sur le poste de travail. Les fonctions d'administration de la liste d'opposition Incrémentale sont décrites dans l'Annexe 6 du CDC SESAM-Vitale	
Entrées		
Sorties	Liste d'opposition PdT	**EF_AP51**
Situations spécifiques		

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.7.3 AP07.03 : Acquérir la référence et le support de la liste d'opposition Vitale

Vue générale

Nom ***AP07.03*** ***Acquérir la référence et le support de la liste d'opposition Vitale***

Description Cette opération permet au système de facturation d'acquérir la référence et le support de la liste d'opposition Vitale présente sur le poste de travail du Professionnel de santé.

Entrées	Liste d'opposition PdT	Cf. Annexe 6 du CDC SESAM-Vitale
	Top activation des services de la liste d'opposition par le PS	EF_AP33_01
Sorties	Référence de la liste d'opposition	EF_AP51_01
	Support de la liste d'opposition Vitale	EF_AP51_02

Situations spécifiques

Règles de gestion

[RG_AP069] Déterminer la référence de la liste d'opposition Vitale (EF_AP51_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si la liste d'opposition Vitale est activée (selon top activation de la liste d'opposition par le PS – EF_AP33_01) et valide (signature LOI valide selon § 4.3.2 de l'annexe 6), le système de facturation détermine la référence de la liste d'opposition Vitale à partir du champ *Référence* de l'En-tête de la liste d'opposition selon la description présente au §3.2 de l'Annexe 6.

Cas d'erreur

[CE1] Liste d'opposition non activée ou non valide

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si la liste d'opposition est non activée ou non valide alors le système de facturation renseigne la référence de la liste d'opposition Vitale à zéro (valeur 0000).

[RG_AP070] Consulter la référence de la liste d'opposition Vitale (EF_AP51_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le progiciel doit offrir la possibilité au Professionnel de Santé de consulter à tout moment les références de la liste d'opposition active sur son Poste de Travail.

3.8 AP10 : Administrer une session de remplacement

Vue générale

Nom ***AP10*** ***Administrer une session de remplacement***

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Description L'opération d'administration d'une session de remplacement est gérée entièrement par le Professionnel de Santé titulaire.

Elle lui permet, dans le cas d'une situation de remplacement, de :

- préparer, au préalable, le poste de travail à une session de remplacement en mettant à disposition les informations concernant les situations d'exercice et de facturation pouvant faire l'objet d'une situation de remplacement et l'identifiant national du PS remplaçant;
- clore la session de remplacement, à la fin du remplacement.

Cette opération s'applique également à un professionnel de santé Pharmacien dits « multi-employeurs ». Il agit alors en tant que professionnel de santé titulaire.

Entrées	Informations situation facturation PS titulaire sur PdT	**EF_AP20**
Sorties		
Situations spécifiques		

3.8.1 AP10.01 : Préparer le poste de travail à une session de remplacement

Vue générale

Nom ***AP10.01*** ***Préparer le poste de travail à une session de remplacement***

Description Cette opération permet au Professionnel de Santé titulaire de préparer le poste de travail à une session de remplacement.

Elle se déroule en deux temps :

- copier l'ensemble des informations de facturation du Professionnel de Santé titulaire lu en carte ;
- saisir ou lire en carte l'identifiant national du PS remplaçant.

Entrées	Données lues en carte PS (cf. opération PS01)	**DF_CPS**
Sorties	Informations situation facturation PS titulaire sur PdT	**EF_AP20**
	Informations déclarées du remplaçant	**EF_AP21**
Situations spécifiques		

Préambule

Recommandation :

« L'ergonomie du progiciel de santé doit permettre un accès rapide et simple à cette fonctionnalité. L'accès à cette fonctionnalité doit se situer au même niveau que les fonctionnalités principales du progiciel »

Il est nécessaire, avant la création d'une session de remplacement, que :

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

- le Professionnel de Santé, qui souhaite se faire remplacer, connaisse au préalable l'identifiant national de son remplaçant pour pouvoir en effectuer la saisie ou puisse utiliser la Carte du Professionnel de Santé remplaçant pour permettre au progiciel de santé d'en faire l'acquisition en carte.
- si nécessaire, le Professionnel de Santé remplacé, fournisse à son remplaçant les éléments nécessaires à l'accès à sa (ses) boîte(s) aux lettres électroniques et/ou demande le (les) autorisation(s) d'accès à son fournisseur d'accès. Le Professionnel de Santé remplaçant utilisera la (les) boîte(s) aux lettres du remplacé pour la transmission des fichiers de FSE et de DRE.

Le progiciel de santé doit permettre, pour un Professionnel de Santé titulaire, le paramétrage de plusieurs sessions de remplacement, correspondant à des PS remplaçants différents. Ces sessions doivent pouvoir être réutilisées pour des remplacements ultérieurs, effectués par les mêmes PS remplaçants.

Par ailleurs, le progiciel de santé doit également permettre le paramétrage d'un remplacement régulier (par exemple, le PS titulaire est remplacé tous les mercredis par le PS remplaçant A et à chaque période de vacances par le PS remplaçant B).

Règles de gestion

[RG_AP081] Copier l'ensemble des informations de facturation du Professionnel de Santé titulaire sur le poste de travail lu en carte

Le système de facturation doit permettre au Professionnel de santé titulaire de copier sur le poste de travail l'ensemble des informations de facturation contenues dans le Domaine d'Assurance Maladie de sa Carte de Professionnel de Santé, pour toutes les situations de facturation du Professionnel de Santé titulaire :

- le mode d'exercice,
- le type d'identification de la structure,
- le numéro d'identification de la structure et sa clé,
- la raison sociale de la structure,
- le numéro d'identification de facturation et sa clé,
- le code conventionnel,
- le code spécialité,
- le code zone tarifaire,
- le code zone IK,
- le code agrément 1, 2 et 3,
- le type et le numéro d'identification nationale.

[RG_AP082] Saisir ou lire en carte l'identifiant national du Professionnel de Santé remplaçant

Le système de facturation doit permettre au Professionnel de Santé titulaire de saisir ou de lire dans la Carte de Professionnel de Santé remplaçant l'identifiant national du Professionnel de Santé remplaçant.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.8.2 AP10.02 : Clore une session de remplacement

Vue générale

Nom ***AP10.02*** ***Clore une session de remplacement***

Description Cette opération permet au Professionnel de Santé titulaire de clore la session de remplacement.

Entrées Informations situation facturation PS titulaire sur PdT **EF_AP20**

Informations déclarée du remplaçant **EF_AP21**

Sorties Aucune

Situations spécifiques

Préambule

Avant la fermeture définitive de la session de remplacement, il est conseillé que le système de facturation vérifie que toutes les FSE et DRE réalisées par le Professionnel de santé remplaçant sont mises en lots.

Règles de gestion

[RG_AP083] Clore une session de remplacement

Le système de facturation doit permettre au Professionnel de santé titulaire de clore la session de remplacement et de proposer la suppression de l'ensemble des informations mémorisées lors de la phase de préparation par le Professionnel de Santé titulaire.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.9 AP14 - Fonctions d'administration techniques de « AP : Administrer le système de facturation – partie Poste de Travail »

3.9.1 AP14.01 : Déterminer la date du jour

Vue générale

Nom ***AP14.01 Déterminer la date du jour***

Description Le système de facturation détermine ou contrôle un certain nombre de dates à partir de la date du jour :

- Date de fin de validité de la carte Vitale ;
- Date de consultation des données de la carte Vitale ;
- Date de fin de droits AMO ;
- Date de prescription ;
- Date de facturation :
- Date de l'exécution des soins
- Date de référence ;
- Date d'élaboration de la feuille de soins ;
- Date de création des lots ;
- …

La date du jour est déterminée à partir de la date système. Il est donc très important que la date système soit à jour.

Cette fonction a pour but de permettre au Professionnel de Santé de déterminer la date du jour.

Entrées

Information Système	**EF_AP42**
Date système	**EF_AP42_01**

Sorties

Informations Technique	**EF_AP43**
Date du jour	**EF_AP43_01**

Situations spécifiques

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

[RG_AP108] Déterminer la date du jour

La date du jour correspond à la date système.

Il est donc recommandé que le Professionnel de Santé puisse vérifier que la date système de son poste de travail soit à jour afin d'éviter la lecture des droits en carte d'un bénéficiaire ou l'élaboration de FSE et/ou DRE, et de lots à des dates antérieures ou postérieures à la vraie date du jour (sources de rejet).

3.9.2 AP14.02 : Administrer le socle fonctionnel de référence du système de facturation

Vue générale

Nom	***AP14.02***	***Administrer le socle fonctionnel de référence du système de facturation du système de facturation***
Description	Cette fonction a pour but de renseigner le socle fonctionnel de référence du système de facturation.	
Entrées		
Sorties	Informations Technique	EF_AP43
	Référence du socle fonctionnel de référence (SFR)	EF_AP43_02
Situations spécifiques		

Règles de gestion

[RG_AP109] Renseigner le socle fonctionnel de référence (EF_AP43_02)

L'Editeur renseigne le socle fonctionnel de référence du système de facturation lors de l'installation d'une nouvelle version du système de facturation.

La valeur du socle fonctionnel de référence (EF_AP43_02) correspond à la valeur présentée dans le document GD avec suppression des points.

Exemple

SFR 1.40.800 → valeur de EF_AP43_02 =140800

[RG_AP107] Afficher le socle fonctionnel de référence (EF_AP43_02)

Le système de facturation doit offrir au professionnel de santé la visualisation du numéro de version du CDC SESAM-Vitale pour lequel le progiciel a obtenu l'agrément.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.9.3 AP14.05 : Afficher les informations de Configuration du Poste de Travail

Vue générale

Nom	***AP14.05***	***Afficher les informations de configuration du Poste de Travail***
Description	Les informations de configuration du Poste de Travail correspondent aux données relatives aux fournitures SESAM-Vitale utilisées par le système de facturation.	
Entrées	Aucune	
Sorties	Données de sortie du service SSV_Lire Config	
Situations spécifiques		

Règles de gestion

[RG_AP112] Afficher les données de configuration du Poste de Travail

Le progiciel doit offrir au Professionnel de Santé la visualisation des données relatives aux fournitures SESAM-Vitale associées au système de facturation.

La mise en œuvre de cette règle s'appuie sur la fonction **SSV_Lire Config** du module SSV : cf. A1-C

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.10 AP15 : Editer les Bordereaux d'accompagnement des ordonnances

Vue générale

Nom	***AP15***	***Editer les Bordereaux d'accompagnement des ordonnances***
Description	Cette opération permet l'édition des bordereaux d'ordonnances pour toutes les professions prescrites tenues d'adresser les ordonnances aux organismes AMO.	
Entrées	Domaine d'informations «Mettre en forme la FSE et/ou la DRE	DF_MF
Sorties	Bordereau d'accompagnement des Ordonnances	**EF_AP12**
Situations spécifiques		

Préambule

BORDEREAU D'ACCOMPAGNEMENT DES ORDONNANCES

Les ordonnances sont accompagnées d'un bordereau pour toutes les professions prescrites tenues d'adresser les ordonnances aux organismes AMO.

Ce bordereau d'accompagnement récapitule l'ensemble des FSE correspondantes.

Le système de facturation doit donc permettre l'édition de ce bordereau.

Lorsque les ordonnances sont télétransmises via le système SCOR, le bordereau n'est pas nécessaire.

Toutes professions prescrites

Pour toutes les professions prescrites tenues d'adresser les ordonnances aux organismes AMO.

Le bordereau d'accompagnement des ordonnances récapitule l'ensemble des FSE correspondantes.

Pharmaciens

Mise en œuvre pour les Pharmaciens

L'arrêté du 11 juillet 2006 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie fixe les modalités de transmission des FSE entre les régimes d'assurance maladie et les pharmaciens et précise en son article 49.1 " des ordonnances" les modalités de tri des ordonnances devant être adressées aux caisses.

Le format d'édition du « **bordereau d'accompagnement** » des paquets d'ordonnances ainsi établis, est décrit ci-après.

Constitution des paquets d'ordonnances relatifs aux FSE pour les Pharmaciens

Les duplicata des ordonnances (hors cas de renouvellement) sont mis à disposition, selon le cas, de la caisse primaire du ressort géographique de la pharmacie, des autres caisses ou des différents organismes conventionnés, accompagnés d'un bordereau récapitulatif des FSE. Ils sont classés, autant que faire se peut, dans le même ordre que celui des FSE répertoriées sur le bordereau.

Le pharmacien met à disposition les ordonnances dans les conditions fixées par la convention.

A savoir, exemple de tri :

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Régime Général : 01 – Distinction des assurés de la circonscription de ceux hors circonscription.

Régimes Agricoles : 02 – Distinction des assurés de la circonscription de ceux hors circonscription.

Régime RSI : 03 – Pour les assurés qui dépendent de la caisse régionale compétente pour le lieu d'exercice du pharmacien, constituer un paquet par organisme conventionné.

Pour les autres assurés, trier les ordonnances par caisse régionale et par organisme conventionné.

Sections Locales Mutualistes : 91 à 99 : - Distinction par mutuelle de rattachement (MGEN, MG, CMCAS…) sans séparation, sauf demande expresse, entre les assurés de la circonscription et ceux hors circonscription.

Constitution des paquets d'ordonnances relatifs au mode « SESAM-Vitale dégradé » pour les Pharmaciens

Le Professionnel de Santé pharmacien transmet la feuille de soins SESAM « dégradé » correspondant à sa facturation à la caisse d'affiliation de l'assuré bénéficiant de la dispense d'avance de frais. Parallèlement à l'envoi de la feuille de soins « dégradé », le pharmacien adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré les pièces justificatives papier (feuille de soins sous forme papier, duplicata de l'ordonnance hors cas de renouvellement).

En cas de transmission de feuilles de soins SESAM dégradé (mode SESAM-Vitale dégradé selon chapitre sur les Cas particuliers de fonctionnement), le pharmacien bénéficie du dispositif de ramassage visé à l'article 49 de l'arrêté du 11 juillet 2006 pour la seule transmission des pièces justificatives papier concernant les assurés affiliés à la caisse du même ressort géographique que lui.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Auxiliaires Médicaux et Fournisseurs

Présentation des bordereaux d'accompagnement pour les Masseurs kinésithérapeutes

Les masseurs kinésithérapeutes s'engagent à éditer un bordereau **mensuel** récapitulatif accompagnant chacun des paquets d'ordonnances, selon leur destination, en fonction des critères de tri cités ci après.
Le progiciel des masseurs kinésithérapeutes doit donc éditer un bordereau récapitulant les FSE transmises, quelle que soit la caisse d'affiliation de l'assuré, selon le tri suivant :

- Régime général,
- Régime agricole :: distinction des régimes MSA, GAMEX,
- RSI
- Sections Locales Mutualistes (91 à 99)
- Autres

L'ensemble des ordonnances correspondant aux FSE est transmis à la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire de rattachement du masseur kinésithérapeute.

Le modèle du bordereau est unique. Les informations à éditer sont les suivantes :

Un en-tête :

- un titre : « Bordereau récapitulatif des ordonnances pour le régime XX »,
- identification du partenaire de santé (Numéro de facturation),

Les régimes « Autres » sont réunis sur un bordereau unique. Il convient alors de reproduire cet en-tête autant de fois que de régimes concernés.

Sur l'ensemble des bordereaux, le classement se décline par organisme sur la base d'un classement numérique croissant, puis par lots à l'intérieur de l'organisme. Les lots sont classés par ordre chronologique.

Les numéros de lot et date de création du lot précèdent le détail de niveau ligne décrit infra.

Une ligne par facture par ordre croissant des numéros de facture.

Pour chaque facture du lot écrire une ligne indiquant les éléments suivants :

- n° de facture,
- n° d'immatriculation de l'assuré (NIR),
- nom et prénom du bénéficiaire,
- date de naissance du bénéficiaire,
- montant total de la facture,
- type de destinataire de règlement (Information codée sur 3 caractères au plus),

Valeurs possibles du type de destinataire de règlement : « **A »** pour paiement à l'assuré, **« TP »** pour tiers payant sur les parts obligatoire et complémentaire, **« TPO »** pour tiers payant sur la part AMO seule, **« TPC »** pour tiers payant sur la part complémentaire seule. Ces valeurs s'appuient sur le cadre de remboursement donné dans l'annexe 1-A0 (groupe 1410) comme indiqué dans le tableau de correspondance ci-après.

Valeur à imprimer sur le bordereau	*Signification*	A partir du **Destinataire du règlement** des FSE (type 2A pos.115)
« **A** »	*paiement à l'assuré*	**00**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

« TP »	*tiers payant sur les parts obligatoire et complémentaire*	**15**
« TPO »	*tiers payant sur la part obligatoire seule*	**05 o**u **06**
« TPC »	*tiers payant sur la part complémentaire seule*	**25**

☞ **Remarque** : pour la profession des masseurs kinésithérapeutes seules les ordonnances correspondant aux FSE élaborées en tiers payant sur la part obligatoire ou en tiers payant sur les parts obligatoire et complémentaire doivent être adressées par le Professionnel de Santé à l'AMO.

- Motif de l'absence de l'ordonnance (Information codée sur 3 caractères au plus),

Valeurs possible du motif de l'absence de l'ordonnance : "**PFR**" pour paiement fractionné; « **AP** », en cas d'ordonnance transmise avec une demande d'accord préalable. Cette liste est évolutive, elle doit être adaptée aux besoins de la profession.

Une ligne « total général »

- nombre total des FSE correspondant au bordereau,
- nombre total des ordonnances correspondant au bordereau.

Application de ces dispositions

Ces dispositions sont applicables à toutes les spécialités des Auxiliaires Médicaux ainsi qu'à la famille des Fournisseurs. Toutefois et s'agissant de la famille Fournisseurs, la fréquence d'édition des bordereaux est définie conventionnellement.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Règles de gestion

[RG_AP080] Editer les Bordereaux d'accompagnement des ordonnances	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

Le système de facturation doit permettre l'édition d'un bordereau d'accompagnement des ordonnances.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.11 AP16 : Administrer le référentiel PS

3.11.1 AP16.01 : Mettre à jour le référentiel PS

Nom	***AP16.01***	***Mettre à jour le référentiel PS***
Description	Cette opération a pour but de mettre à jour le référentiel PS (DF_REF_PS) sur le poste de travail du Professionnel de Santé.	
Entrées	Référentiel PS	DF_REF_PS
Sorties	Référentiel PS	DF_REF_PS
Situations spécifiques		

Règles de gestion

[RG_AP113] Mettre à jour le référentiel PS (DF_REF_PS) sur le poste de travail du Professionnel de Santé

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le LPS met à jour le référentiel PS (DF_REF_PS) sur le poste de travail du Professionnel de Santé à partir des informations obtenues par l'éditeur (cf. Guide d'intégration et d'utilisation du Référentiel PS : [FACT-GU-001])

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.12 AP17 : Gérer les factures sécurisées avant transmission à L'AM

Vue générale

Nom ***AP17*** ***Gérer les factures sécurisées avant transmission à L'AM***

Description Cette opération permet d'offrir aux PS un service de visualisation et de suppression des factures sécurisées avant leurs transmissions à l'assurance maladie.

Entrées Domaine d'informations «Mettre en forme la FSE et/ou la DRE » DF_MF

Sorties

Situations spécifiques

Règle de gestion

[RG_AP084] Gérer les factures sécurisées avant transmission à L'AM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation doit proposer une fonction permettant au Professionnel de Santé de visualiser les factures sécurisées (FSE et/ou DRE) en attente de transmission à l'Assurance Maladie, et ce à n'importe quel moment de sa journée de facturation. Le système de facturation doit également offrir la possibilité au Professionnel de Santé de supprimer les factures consultées (FSE et/ou DRE).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.13 AP18 : Administrer les factures contenant des prestations « réservées PS »

Les prestations de type « réservées PS », et par conséquent cette fonctionnalité, concernent les Professionnels de Santé Médecins et Chirurgiens-dentistes.

3.13.1 AP18.01 : Consulter les factures issues de codes « réservés PS »

Vue générale

Nom ***AP18.01*** ***Consulter les factures issues de codes « réservés PS »***

Description Cette opération permet au Professionnel de Santé de rechercher parmi les factures constituées de prestation réservées PS et sauvegardées sur son poste, les factures correspondant à des critères de recherche spécifiques, et de consulter les éléments constitutifs de ces factures trouvées.

Entrées Pour toute facture issues de codes « réservés PS » :

Domaine d'information « Sauvegarde des éléments constitutifs de la facture »

Sorties Pour toute facture trouvée :

Domaine d'information « Sauvegarde des éléments constitutifs de la facture »

Situations spécifiques

Règles de gestion

[RG_AP114] Rechercher des Factures issues de codes « réservés PS »

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation doit permettre de réaliser une recherche multi critères, a minima selon les critères suivants :

- N° de facture (RG_MFxx037)
- Date de la facture ou période de date de facture (EF_IP01_01)
- NIR de l'assuré (EF_BS03_01)
- NIR du bénéficiaire (EF_BS02_04)
- Date de naissance du bénéficiaire (EF_BS02_07)
- Rang de naissance du bénéficiaire (EF_BS09_01)
- Période de dates de soins (EF_IP04_02)
- Code régime EF_CF12_01
- Caisse gestionnaire EF_CF12_02
- Centre gestionnaire de la facture EF_CF12_03
- Pour chaque prestation de la facture :
  - Code prestation saisi par le PS (EF_IP04_01)
  - Code de remplacement transmis (EF_IP05_04)
  - Date des soins (EF_IP04_02)

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_AP115] Restituer les Factures issues de codes « réservés PS »

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour chaque facture trouvée par la recherche précédente (RG_AP115), le système de facturation doit restituer les éléments suivants :

- N° de facture (RG_MFxx037)
- Date de la facture (EF_IP01_01)
- NIR de l'assuré (EF_BS03_01)
- NIR du bénéficiaire (EF_BS02_04)
- Date de naissance du bénéficiaire (EF_BS02_07)
- Rang de naissance du bénéficiaire (EF_BS09_01)
- Code régime EF_CF12_01
- Caisse gestionnaire EF_CF12_02
- Centre gestionnaire de la facture EF_CF12_03
- Pour chaque prestation de la facture :
  - Code prestation saisi par le PS (EF_IP04_01)
  - Code de remplacement transmis (EF_IP05_04)
  - Date des soins (EF_IP04_02)

Le système de facturation doit permettre un export sous format csv de ces éléments, dans l'ordre énuméré ci-dessus.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.13.2 AP18.02 : Paramétrer les éléments de sauvegarde des factures

Vue générale

Nom ***AP18.02*** ***Paramétrer les éléments de sauvegarde des factures***

Description Cette opération permet au Professionnel de Santé de paramétrer la durée de sauvegarde des factures élaborées avec des prestations réservées PS.

Entrées Aucune

Sorties Durée de sauvegarde des factures à prestations réservées PS EF_AP09_01

Situations spécifiques

Règles de gestion

[RG_AP116] Paramétrer la durée de sauvegarde des factures à prestations réservées PS (EF_AP09_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation doit permettre au Professionnel de Santé de modifier la durée de sauvegarde des factures à prestations réservées PS.

Par défaut cette durée est de 36 mois.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

3.14 AP19 : Paramétrer l'anonymisation des factures

Les prestations de type « réservées PS », et par conséquent cette fonctionnalité, concernent les Professionnels de Santé Médecins et Chirurgiens-dentistes.

3.14.1 AP18.01 : Consulter les factures issues de codes « réservés PS »

Vue générale

Nom	***AP19***	***Paramétrer l'anonymisation des factures***
Description	Cette opération permet au LPS de définir un comportement par défaut au regard de l'anonymisation de certaines factures A noter que pour l'instant ce paramétrage concerne uniquement les factures d'IVG	
Entrées		
Sorties	Code Anonymisation par défaut des factures IVG	EF_AP55_01
Situations spécifiques		

Règles de gestion

[RG_AP090] ***Paramétrer le code anonymisation par défaut des factures IVG (EF_AP55_01)***

PR			AM	LB	PH	FR	DE
M	CD	SF					

Le système de facturation permet au PS de définir un comportement par défaut pour toute facture d'IVG.

La donnée peut prendre les valeurs :

- OUI : anonymisation par défaut
- NON : pas d'anonymisation par défaut

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

4 Situations spécifiques

Sans objet

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

5 Domaine d'Information « AP : Administrer le système de facturation – partie Poste de Travail »

5.1 Modèle de données « AP : Administrer le système de facturation – partie Poste de Travail »

5.1.1 DF_AP01 : Modèle de données « Renseigner les informations relatives au Professionnel de Santé sur le poste de travail »

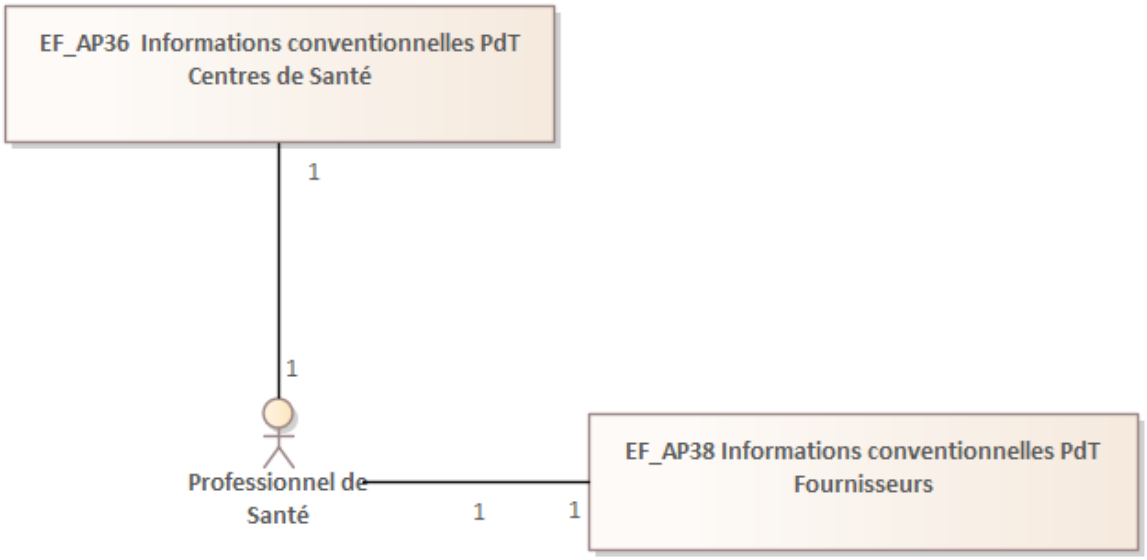


Figure 7 : [DF_AP01] Modèle de données « Renseigner les informations relatives au Professionnel de Santé sur le poste de travail »

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

5.1.2 DF_AP02 : Modèle de données « Administrer la base CCAM »

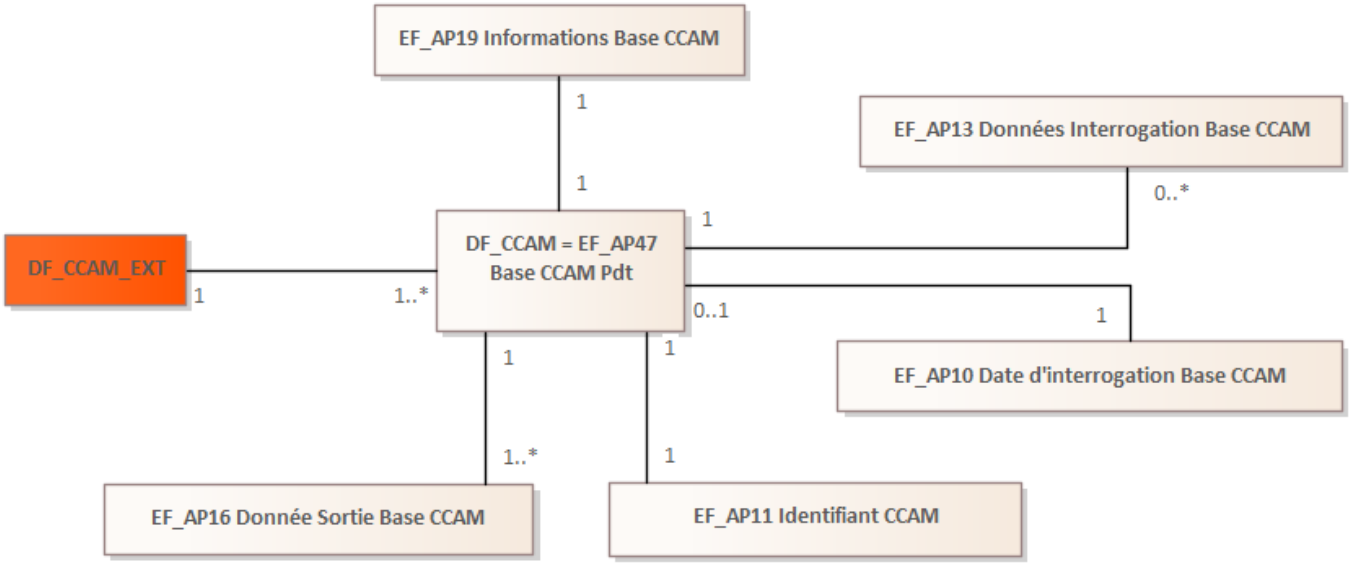


Figure 8 : [DF_AP02] Modèle de données « Administrer la base CCAM »

5.1.3 DF_AP03 : Modèle de données « Administrer les tables pour la gestion des conventions »

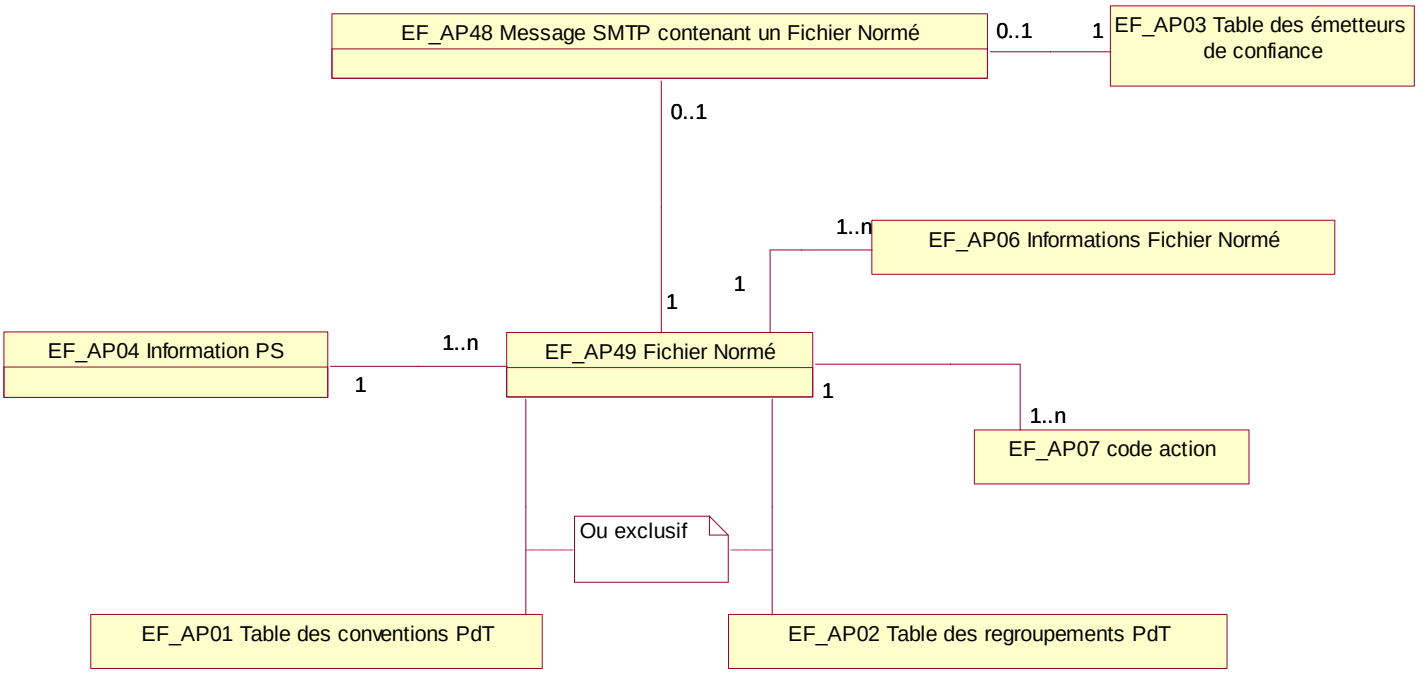


Figure 9 : [DF_AP03] Modèle de données « Administrer les tables pour la gestion des conventions »

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

5.1.4 DF_AP03.02 : Modèle de données « Administrer les tables liées aux fichiers de correspondance normés »

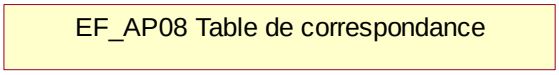


Figure 10 : [DF_AP03.02] Modèle de données « Administrer les tables liées aux fichiers de correspondance normés »

5.1.5 DF_AP05 = DF_TOD : Modèle de données « Administrer la table des organismes destinataires (TOD) »

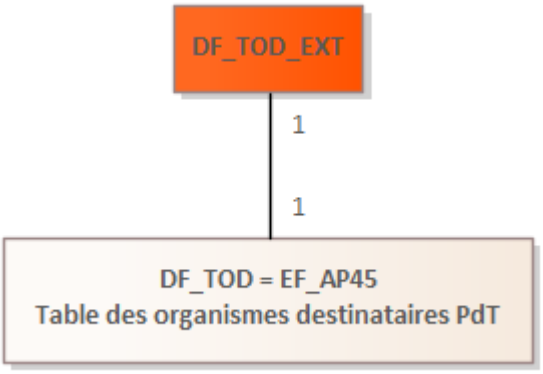


Figure 11 : [DF_AP05] Modèle de données « Administrer la table des organismes destinataires (TOD) »

5.1.6 DF_AP06 Modèle de données « Administrer les composants liés à la tarification complémentaire »

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

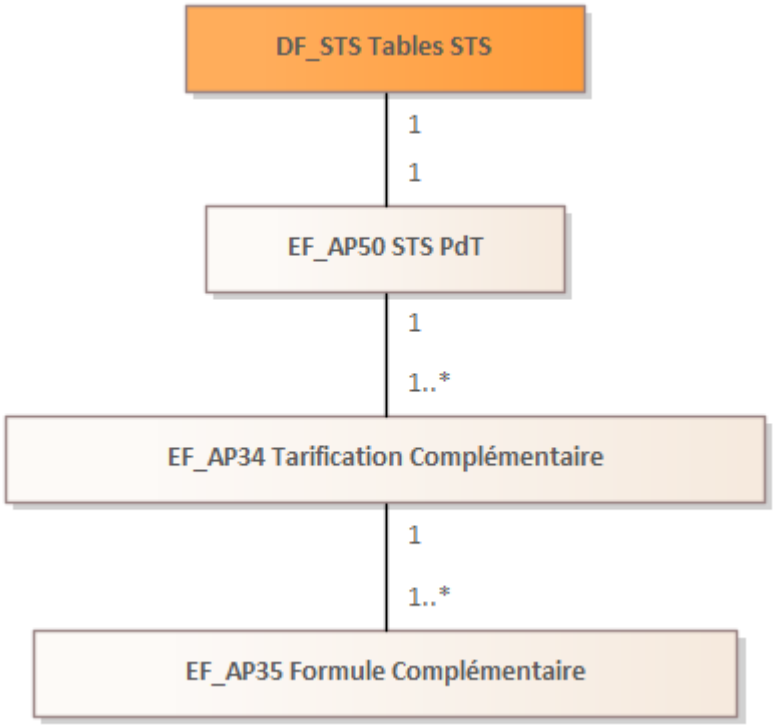


Figure 12 : [DF_AP06] Modèle de données « Administrer les composants liés à la tarification complémentaire»

5.1.7 DF_AP07 = DF_LOI : Modèle de données de l'opposition

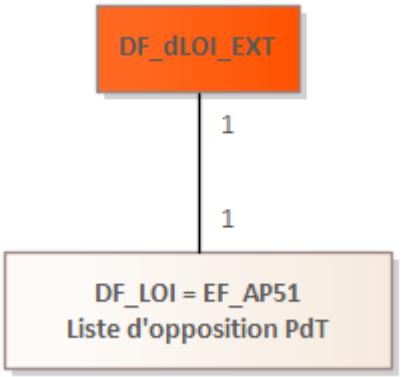


Figure 13 : [DF_AP07] Modèle de données de l'opposition

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

5.1.8 DF_AP10 : Modèle de données « Sessions de remplacement »

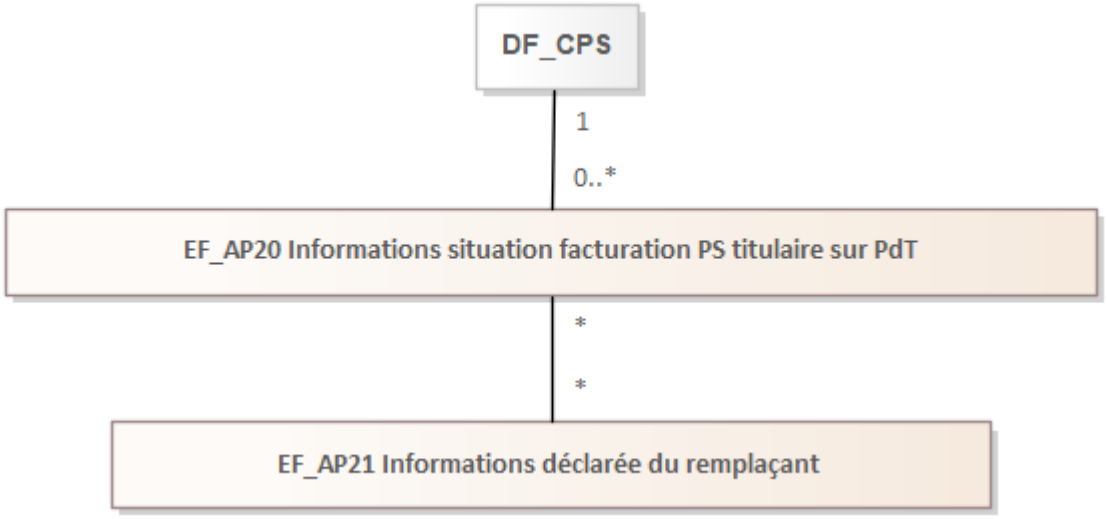


Figure 14 : [DF_AP10] Modèle de données « Administrer une session de remplacement »

5.1.9 DF_AP15 : Modèle de données des Bordereaux d'accompagnement des ordonnances

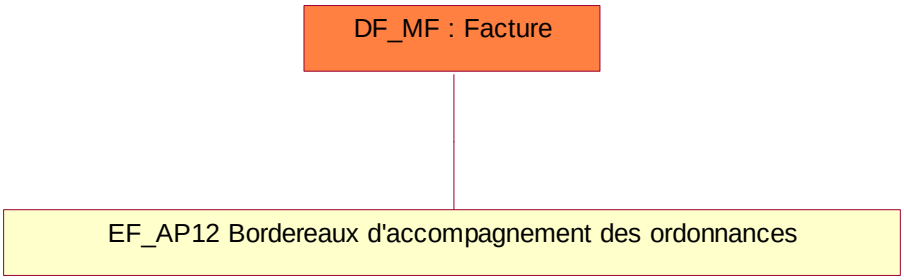


Figure 15 : [DF_AP15] Modèle de données des Bordereaux d'accompagnement des ordonnances

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

5.2 Liste des données fonctionnelles pour chaque entité

N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG ou Opération	Modèle DF_APxx
EF_AP01	Table des conventions PdT				AP01.01 AP03	DF_AP03
EF_AP02	Table des regroupements PdT				AP01.03 AP03	DF_AP03
EF_AP03	Table des émetteurs de confiance				AP03	DF_AP03
EF_AP04	Information PS	01	Catégorie du PS		AP03	DF_AP03
		02	Spécialité du PS			
EF_AP05	Mode d'application de la convention				AP03	
EF_AP06	Informations Fichier Normé	01	Type de Fichier Normé		AP03	DF_AP03
		02	Mode de réception Fichier Normé			
EF_AP07	Code action	01	Code action		AP03	DF_AP03
EF_AP08	Table de correspondance				AP03.02 RG_AP057	DF_AP03.02
EF_AP09	Informations de sauvegarde des factures	01	Durée de sauvegarde des factures à prestations réservées PS		AP18.02 RG_AP116	
EF_AP10	Date d'interrogation Base CCAM	01	Date de référence		AP02	DF_AP02
		02	Date d'effet de la modification			
EF_AP11	Identifiant CCAM	01	Identifiant Champ CCAM		AP02	DF_AP02
		02	Identifiant Table TB			
EF_AP12	Bordereau d'accompagnement des Ordonnances				AP15	DF_AP15
EF_AP13	Données Interrogation Base CCAM	01	Code acte		AP02	DF_AP02
		02	Code activité			
		03	Code phase			
		04	Code association			
		05	Code modificateur 1			
		06	Code modificateur 2			
		07	Numéro de caisse de l'exécutant			
		08	Type de recherche d'actes CCAM			
		09	Contexte tarifaire PS			
		10	Contexte tarifaire BS			
EF_AP14	Liste d'opposition LOE				AP13	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG ou Opération	Modèle DF_APxx
EF_AP16	Donnée Sortie base CCAM				AP02	DF_AP02
EF_AP17	Liste d'opposition LOI (n)				AP13.02.01	
EF_AP18	Liste d'opposition dLOI (n)				AP13.02.01	
EF_AP19	Informations Base CCAM	01	Top saisie de données CCAM active		AP01.01	DF_AP02
EF_AP20	Informations situation facturation PS titulaire sur PdT	01	Mode d'exercice		AP10	DF_AP10
		02	type d'identification de la structure			
		03	numéro d'identification de la structure et sa clé			
		04	raison sociale de la structure			
		05	numéro d'identification de facturation et sa clé			
		06	Code spécialité			
		07	Code conventionnel			
		08	Code zone tarifaire			
		09	Code zone IK			
		10	Code agrément 1			
		11	Code agrément 2			
		12	Code agrément 3			
		13	Type d'identification nationale			
		14	Numéro d'identification nationale			
		15	Clé du numéro d'identification nationale			
EF_AP21	Informations déclarées du remplaçant	01	identifiant national du PS remplaçant		AP10	DF_AP10
EF_AP22	Liste de PS devant recevoir la LOE				AP13	
EF_AP23	Message de service contenant la LOE				AP13.02	
EF_AP24	Message aux PS contenant la LOE				AP13.03	
EF_AP25	Paramètres de connexion http LOI	01	login		AP13.02.01	
		02	mot de passe			
EF_AP26	Certificat CPS					
EF_AP27	Liste des certificats CPS révoqués				AP13.02.02	
EF_AP33	Information Liste d'opposition	01	Code activation des services de la liste d'opposition		AP07	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG ou Opération	Modèle DF_APxx
EF_AP34	Tarification Complémentaire	01	Code activation des services de tarification complémentaire par le PS		AP06 RG_AP062	DF_AP06
		03	Code activation de la fonction d'assistance à la tarification		AP06	
EF_AP35	Formule Complémentaire	01	Code activation de l'affichage libellé de la formule AMC appliquée		AP06	DF_AP06
EF_AP36	Informations conventionnelles PdT Centres de Santé	01	Code spécialité			DF_AP01
		02	Code conventionnel			
		03	Code zone tarifaire			
		04	Code zone IK			
EF_AP38	Informations conventionnelles PdT Fournisseurs	01	Code spécialité			DF_AP01
		02	Code conventionnel			
		03	Code zone tarifaire			
		04	Code zone IK			
EF_AP39	Adresse émetteur de l'OCT				AP11.01	
EF_AP41	Choix OCT	01	Choix de l'OCT de chiffrer		AP11.02	
		02	Choix de l'OCT de compresser		AP11.03	
EF_AP42	Information Système		Date du système		AP14.01	
EF_AP43	Informations Techniques	01	Date du jour		AP14	
		02	Socle fonctionnel de référence			
EF_AP45	Table des organismes destinataires PdT				AP05	DF_AP05
EF_AP47	Base CCAM PdT				AP02	DF_AP02
EF_AP48	Message SMTP contenant un Fichier Normé	1	Emetteur du message		AP03	DF_AP03
		2	Sujet du message			
EF_AP49	Fichier Normé				AP03	DF_AP03
EF_AP50	STS PdT					DF_AP06
EF_AP51	Liste d'opposition PdT	1	Référence de la liste d'opposition		AP07	DF_AP07
		2	Support de la liste			
EF_AP55	Anonymisation	1	Code Anonymisation par défaut des factures IVG	T	AP19 RG_AP090	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

6 Liste des règles de gestion

AP01.01 Renseigner les informations conventionnelles pour les centres de Santé 17

[RG_AP001] Renseigner les informations conventionnelles pour les centres de Santé 17

AP01.03 Renseigner les informations conventionnelles pour les Professionnels de Santé fournisseurs 18

[RG_AP003] Renseigner les informations conventionnelles pour les fournisseurs 18

AP02.01 Activer/Désactiver la saisie de prestations CCAM 19

[RG_AP004] Activer/Désactiver la saisie de prestations CCAM 19

AP02.02 Consulter les données de la base CCAM 20

[RG_AP006] Consulter les données associées à un acte CCAM (identifiant CCAM-xx) 21
[CP1] Consultation de données de la nomenclature CCAM issue d'une modification effectuée par le Professionnel de Santé 21
[CE1] Donnée inconnue à la date de référence 21
[RG_AP007] Consulter les données des tables connexes de la nomenclature CCAM (identifiant TBxx) 21
[CP1] Consultation de données connexes à la nomenclature CCAM issue d'une modification effectuée par le Professionnel de Santé 22

AP02.03 Rechercher des codes actes CCAM 23

[RG_AP008] Sélectionner le type de recherche (EF_AP13_08) 24
[RG_AP009] Rechercher les codes actes CCAM par mot clé 24
[CP1] Aucun champ précisé 24
[RG_AP010] Rechercher les codes actes CCAM par filtre 25
[CP1] Filtre vide 25

AP02.04 Mettre à jour manuellement les données de la base CCAM 26

AP02.04.01 Modifier les données de la base CCAM 27

[RG_AP014] Modifier la donnée de la base CCAM 27
[CE1] Date d'effet de la modification postérieure à la date de fin de l'acte 28
[CE2] Date d'effet de la modification antérieure à la date de création de l'acte 28
[CE3] Date d'effet de la modification antérieure à la dernière date de modification 28
[CE4] Identifiant spécifié inconnu ou non modifiable 28
[CP1] Modification du code regroupement relatif à un acte CCAM 28
[CP2] Modification de la majoration du prix unitaire pour un DOM 28
[CP3] Modification du seuil minimum pour exonération du TM 28
[CP4] Modification du forfait ou taux associé à un modificateur 29
[CP5] Modification du forfait ou taux à appliquer à un modificateur 29

AP02.04.02 Annuler une modification de données de la base CCAM 29

[RG_AP015] Annuler une modification de données de la base CCAM 29
[CE1] le champ spécifié inconnu ou non-modifiable 30
[CE2] le champ spécifié n'a pas été modifié 30

AP02.05 Restituer le n° de version de la base CCAM 30

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

[RG_AP016] Restituer le n° de version de la base CCAM 30

AP02.06 Mettre à jour la base CCAM 30

[RG_AP017] Récupérer la base CCAM 31
[RG_AP018] Calculer le CRC du fichier contenant la base CCAM 31
[RG_AP019] Récupérer le CRC du fichier contenant la base CCAM 32
[RG_AP020] Contrôler l'intégrité du fichier contenant la base CCAM 32
[RG_AP021] Contrôler le fichier contenant la base CCAM 32
[CE1] Fichier inaccessible 32
[CE2] Fichier contenant la base CCAM non intègre 32
[CE3] Fichier non valide 32
[CE4] Base CCAM non complète 33
[RG_AP022] Mettre à jour la base CCAM 33

AP03.01 Mise à jour manuelle des tables des conventions et des regroupements 40

AP03.01.01 Mise à jour manuelle de la table des conventions 42

[RG_AP023] Mise à jour manuelle de la table des conventions 42

AP03.01.02 Mise à jour manuelle de la table des regroupements 42

[RG_AP024] Mise à jour manuelle de la table des regroupements 42

AP03.02 Mettre à jour les tables des conventions, des regroupements et de correspondance à partir de fichiers normés 43

AP03.03 Consulter les tables de conventions, de regroupements et de correspondance 45

[RG_AP026] Consulter la table de conventions 45
[RG_AP027] Consulter la table de regroupements 45
[RG_AP058] Visualiser la table de correspondance 45
[RG_AP066] Visualiser le répertoire des fichiers de conventions et de regroupement 45

AP04.03 Modifier manuellement les tables de l'Annexe 2bis 46

[RG_AP059] Modifier manuellement les tables de l'Annexe 2bis 46

AP05.01 Mettre à jour la table des organismes destinataire (TOD) 47

[RG_AP060] Récupérer la table des organismes destinataires 47
[RG_AP061] Mettre à jour la table des organismes destinataires sur le poste de travail 47

AP06.01 Paramétrer l'activation des services de tarification complémentaire 48

[RG_AP062] Paramétrer l'activation des services de tarification complémentaire 48

AP06.03 Paramétrer l'affichage libellé de la formule AMC appliquée 49

[RG_AP064] Paramétrer l'affichage du libellé de la formule AMC appliquée 49

AP07.01 Paramétrer l'activation du service d'opposition 50

[RG_AP067] Paramétrer l'activation du service d'opposition 50
[RG_AP068] Afficher le nom de la boite aux lettres Opposition 50

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

AP07.02 Administrer la liste d'opposition Incrémentale (LOI) 51

AP07.03 Acquérir la référence et le support de la liste d'opposition Vitale 52

[RG_AP069] Déterminer la référence de la liste d'opposition Vitale (EF_AP51_01) 52
[CE1] Liste d'opposition non activée ou non valide 52
[RG_AP070] Consulter la référence de la liste d'opposition Vitale (EF_AP51_01) 52

AP10 Administrer une session de remplacement 52

AP10.01 Préparer le poste de travail à une session de remplacement 53

[RG_AP081] Copier l'ensemble des informations de facturation du Professionnel de Santé titulaire sur le poste de travail lu en carte 54
[RG_AP082] Saisir ou lire en carte l'identifiant national du Professionnel de Santé remplaçant 54

AP10.02 Clore une session de remplacement 55

[RG_AP083] Clore une session de remplacement 55

AP14.01 Déterminer la date du jour 56

[RG_AP108] Déterminer la date du jour 57

AP14.02 Administrer le socle fonctionnel de référence du système de facturation du système de facturation 57

[RG_AP109] Renseigner le socle fonctionnel de référence (EF_AP43_02) 57
[RG_AP107] Afficher le socle fonctionnel de référence (EF_AP43_02) 57

AP14.05 Afficher les informations de configuration du Poste de Travail 58

[RG_AP112] Afficher les données de configuration du Poste de Travail 58

AP15 Editer les Bordereaux d'accompagnement des ordonnances ... 59

[RG_AP080] Editer les Bordereaux d'accompagnement des ordonnances 63

AP16.01 Mettre à jour le référentiel PS 64

[RG_AP113] Mettre à jour le référentiel PS (DF_REF_PS) sur le poste de travail du Professionnel de Santé 64

AP17 Gérer les factures sécurisées avant transmission à L'AM 65

[RG_AP084] Gérer les factures sécurisées avant transmission à L'AM 65

AP18.01 Consulter les factures issues de codes « réservés PS » 66

[RG_AP114] Rechercher des Factures issues de codes « réservés PS » 66
[RG_AP115] Restituer les Factures issues de codes « réservés PS » 67

AP18.02 Paramétrer les éléments de sauvegarde des factures 68

[RG_AP116] Paramétrer la durée de sauvegarde des factures à prestations réservées PS (EF_AP09_01) 68

AP19 Paramétrer l'anonymisation des factures 69

[RG_AP090] Paramétrer le code anonymisation par défaut des factures IVG (EF_AP55_01) ... 69

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

Facturation SESAM-Vitale

Ordonnance du 24/04/1996

1.40 - Addendum 8

Mai 2024

DICO : Administrer le système de facturation - partie Poste de Travail

Version	8.50
Date	05/01/2024
Référence	FACT-SFG-008
Information	RESTREINTE
Etat	PROVISOIRE

GIE SESAM-Vitale
5, boulevard Marie et Alexandre Oyon – 72 019 LE MANS Cedex 2
www.sesam-vitale.fr

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.

TABLE DES MATIERES

1 INTRODUCTION 4

1.1 OBJET DU DOCUMENT 4
1.2 POSITIONNEMENT DU DOCUMENT 4
1.3 CONTENU DU DOCUMENT 4
1.4 DOCUMENTS DE REFERENCE 4
1.5 ABREVIATIONS 4
1.6 DEFINITIONS 4
1.7 GUIDE DE LECTURE 5

2 TABLES DE VALEURS 6

LIENS VERS LES TABLES DE VALEURS

TB_BS 7
TB_CF 12
TB_IP 16
TB_MF 21
TB_PS 23
TB_CPS 31
TB_VF 32
TB_CDC 33

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

1 Introduction

1.1 Objet du document

Ce document a pour but de présenter les tables des valeurs de certaines données utilisées dans les SFG-Facturation.

Chaque donnée des SFG pour laquelle une liste finie de valeurs est identifiée fait l'objet d'une table dans le présent document.

1.2 Positionnement du document

Cf. document de présentation générale des SFG-Facturation référencé FACT-SFG-009.

1.3 Contenu du document

Outre ce chapitre introductif, ce document comporte, au chapitre 2 les tables de valeurs.

1.4 Documents de référence

Cf. document de présentation générale des SFG-Facturation référencé FACT-SFG-009.

1.5 Abréviations

Cf. document de présentation générale des SFG-Facturation référencé FACT-SFG-009.

1.6 Définitions

Cf. document de présentation générale des SFG-Facturation référencé FACT-SFG-009.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

1.7 Guide de lecture

Cf. document de présentation générale des SFG-Facturation référencé FACT-SFG-009.

A noter :

Pour toute donnée référencée **EF**_XXyy_zz, la table est référencée **TB**_XXyy_zz

Avec XX correspond à la fonctionnalité : PS, BS, IP, CF, VF, MF, AP

Exemple : TB_IP04_01 est la table des valeurs de la donnée EF_IP04_01

Les tables sont présentées par ordre alphabétique

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

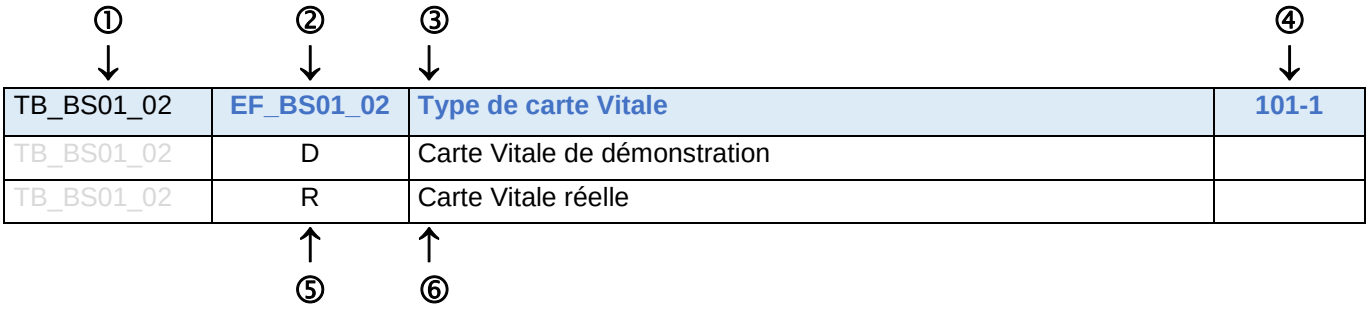
2 Tables de valeurs

Navigation

TB_BS **7**
TB_CF **12**
TB_IP **16**
TB_MF **21**
TB_PS **23**
TB_CPS **31**
TB_VF **32**
TB_CDC **33**

Détail des colonnes

Les tables de valeurs sont présentées ci-après sous la forme suivante :



① TB_XXyy_zz : Référence de la table

② EF_XXyy_zz : Référence de la donnée fonctionnelle

③ Libellé de la donnée fonctionnelle

④ Correspondance SSV de la donnée fonctionnelle

⑤ Liste des valeurs

⑥ Libellé de chaque valeur

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

TB_BS			
TB_BS01_02	EF_BS01_02	Type de carte Vitale	101-1
TB_BS01_02	D	Carte Vitale de démonstration	
TB_BS01_02	R	Carte Vitale réelle	
TB_BS01_02	T	Carte Vitale de test	
TB_BS01_03	EF_BS01_03	Type d'identification du porteur de la carte	101-7
TB_BS01_03	A	Le n° national d'immatriculation est celui de l'assuré	
TB_BS01_03	B	Le n° national d'immatriculation est celui de l'ayant-droit	
TB_BS03_03	EF_BS03_03	Code gestion	101-13
TB_BS03_03	0	Valeur non significative	
TB_BS03_03	4	SNCF (régime SNCF 04)	
TB_BS03_03	10	Régime général (autres régimes)	
TB_BS03_03	11	Régime général assurés retraités (autres régimes)	
TB_BS03_03	12	Régime général assurés non cotisants (autres régimes)	
TB_BS03_03	13	Invalides de guerre (autres régimes)	
TB_BS03_03	18	Adultes handicapés (autres régimes)	
TB_BS03_03	20	Régime général partiel (autres régimes)	
TB_BS03_03	23	Fonctionnaires ouvriers de l'état (autres régimes)	
TB_BS03_03	24	EDF-GDF (autres régimes)	
TB_BS03_03	25	Etudiants (autres régimes)	
TB_BS03_03	29	Collectivités locales (autres régimes)	
TB_BS03_03	34	Artistes auteurs (autres régimes)	
TB_BS03_03	40	Assurés volontaires (autres régimes)	
TB_BS03_03	70	Conventions internationales (CEE et conventions bilatérales) (autres régimes)	
TB_BS03_03	85	Assurés personnels (autres régimes)	
TB_BS03_03	86	AVIP (Assuré Volontaire Inv. Parental) (autres régimes)	
TB_BS03_03	87	RMI (Revenu Minimum d'Insertion) (autres régimes)	
TB_BS03_03	89	Assurés bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (autres régimes)	
TB_BS03_03	90	Praticiens sauf biologistes (autres régimes)	
TB_BS03_03	A1	Salariés assurés obligatoires (régime agricole (02))	
TB_BS03_03	A2	Exploitants assurés obligatoires (régime agricole (02))	
TB_BS03_03	A3	Salariés assurés volontaires (régime agricole (02))	
TB_BS03_03	A4	Exploitants assurés volontaires (régime agricole (02))	
TB_BS03_03	A5	Assurés personnels (régime agricole (02))	
TB_BS03_03	M1	Agents actifs (régime des mines (07))	
TB_BS03_03	M2	Agents invalides et pensionnés (régime des mines (07))	
TB_BS03_03	N1	Régime obligatoire (RSI-03)	
TB_BS03_03	N2	Gratuit (RSI-03)	
TB_BS03_03	N3	Biologistes (RSI-03)	
TB_BS03_03	N5	Assurés volontaires (RSI-03)	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

TB_BS03_03	N6	CEE (RSI-03)	
TB_BS03_03	T1	Agents actifs (RATP-05)	
TB_BS03_04	**EF_BS03_04**	**Indicateur régime Alsace Moselle**	**1511-2**
TB_BS03_04	O	Régime local Alsace Moselle	
TB_BS03_04	N	Pas de régime local Alsace-Moselle	
TB_BS03_05	**EF_BS03_05**	**support de droits AMO**	**so**
TB_BS03_05	so	Carte Vitale	
TB_BS03_05	so	Service ADR	
TB_BS03_05	so	Attestation papier (attestation de droits AMO)	
TB_BS03_05	so	Aucune pièce justificative	
TB_BS04_01	**EF_BS04_01**	**Code régime**	**101-10**
TB_BS04_01	0	Carte de test GIE SESAM-Vitale	
TB_BS04_01	1	Régime général Régime général : La Mutuelle Des Étudiants - LMDE Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte	
TB_BS04_01	2	Régime agricole - MSA	
TB_BS04_01	3	Régime Social des Indépendants - RSI	
TB_BS04_01	4	Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel de la SNCF – CPRPSNCF	
TB_BS04_01	5	Caisse de Coordination des Assurances Sociales de la RATP - CCAS RATP	
TB_BS04_01	6	Établissement National des Invalides de la Marine - ENIM	
TB_BS04_01	7	Caisse Autonome Nationale de la Sécurité Sociale des Mines - CANSSM	
TB_BS04_01	8	CNMSS	
TB_BS04_01	10	Caisse de Retraite et de Prévoyance des Clercs et Employés de Notaire - CRPCEN	
TB_BS04_01	14	Régime de l'Assemblée Nationale	
TB_BS04_01	15	Régime du Sénat	
TB_BS04_01	16	Régime du Port Autonome de Bordeaux	
TB_BS04_01	17	Caisse des Français à l'Étranger - CFE(1)	
TB_BS04_01	80	Ministère des anciens combattants(1)	
TB_BS04_01	90	Caisse d'Assurance Vieillesse, Invalidité et Maladie des Cultes - CAVIMAC	
TB_BS04_01	91	Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale - MGEN	
TB_BS04_01	92	La Mutuelle Générale - LMG	
TB_BS04_01	93	Mutuelle Générale de la Police - MGP	
TB_BS04_01	94	MFPS-SOLSANTIS	
TB_BS04_01	95	Mutuelle Nationale des Hospitaliers - MNH	
TB_BS04_01	96	Harmonie Fonction Publique - HFP	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

TB_BS04_01	99	Section Locale Mutualiste Mutuelle de la Police et des Préfectures - INTERIALE Caisse d'Assurance Maladie des Industries Électriques et Gazières - CAMIEG	
TB_BS04_02	**EF_BS04_02**	**Code caisse gestionnaire**	**101-11**
TB_BS04_02	so	cf. DF_TOD	
TB_BS04_03	**EF_BS04_03**	**Code centre gestionnaire**	**101-12**
TB_BS04_03	so	cf. DF_TOD	
TB_BS05_01	**EF_BS05_01**	**Code service AMO Famille**	**102-1**
TB_BS05_01	0	Pas de service AMO Famille	
TB_BS07_01	**EF_BS07_01**	**Code ALD**	**106-3**
TB_BS07_01	0	Pas d'ALD pour ce bénéficiaire	
TB_BS07_01	1	existence d'une ALD pour ce bénéficiaire	
TB_BS07_01	2	existence d'une ALD pour ce bénéficiaire	
TB_BS07_01	3	existence d'une ALD pour ce bénéficiaire	
TB_BS07_02	**EF_BS07_02**	**Code situation**	**106-4**
TB_BS07_02	so	cf. EF_A2_T8.x	
TB_BS08_01	**EF_BS08_01**	**Code situation spécifique du bénéficiaire**	**so**
TB_BS08_01	SP03	C2S	
TB_BS08_01	SP04	Sortant de C2S	
TB_BS08_01	SP06	AME	
TB_BS08_01	SP08.1	Migrant de passage	
TB_BS08_01	SP08.2	Autre situation de migrant	
TB_BS08_01	SP18	Victime d'Attentat	
TB_BS08_04	**EF_BS08_04**	**Code support de droits situation spécifique**	**so**
TB_BS08_04	ADRi	ADRi	
TB_BS08_04	Vitale	Carte Vitale	
TB_BS08_04	Attestation SP	Attestation de droits spécifiques	
TB_BS08_06	**EF_BS08_06**	**Code service AMO Bénéficiaire**	**104-4**
TB_BS08_06	1	Bénéficiaire de la C2S	
TB_BS08_06	2	Bénéficiaire de la C2S	
TB_BS08_06	3	Bénéficiaire de la C2S	
TB_BS08_06	10	Sortants de C2S	
TB_BS08_07	**EF_BS08_07**	**Identifiant de contrat spécifique**	**107-1**
TB_BS08_07	55555555	Contrat sortant de C2S	
TB_BS08_07	75500017	Contrat AME (attestation spécifique)	
TB_BS08_07	75500025	Contrat AME (information ADRi)	
TB_BS08_07	88888888	Contrat C2S géré par un AMC	
TB_BS08_07	99999997	Contrat C2S géré par un AMO	
TB_BS09_01	**EF_BS09_01**	**Rang de naissance**	**104; 1130-5**
TB_BS09_01	1	Pas de jumeau ou premier jumeau ou premier triplet	
TB_BS09_01	2	Deuxième jumeau ou deuxième triplet	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

TB_BS09_01	3	Troisième triplet	
TB_BS09_01	4 à 9	(Rangs de naissance pouvant être également traités techniquement)	
TB_BS09_02	**EF_BS09_02**	**Qualité**	**104; 1130-6**
TB_BS09_02	0	Assuré	
TB_BS09_02	1	Ascendant, descendant, collatéraux ascendants	
TB_BS09_02	2	Conjoint	
TB_BS09_02	3	Conjoint divorcé	
TB_BS09_02	4	Concubin	
TB_BS09_02	5	Conjoint séparé	
TB_BS09_02	6	Enfant	
TB_BS09_02	8	Conjoint veuf	
TB_BS09_02	9	Autre ayant-droit	
TB_BS09_03	**EF_BS09_03**	**Code existence d'une déclaration de médecin traitant**	**104-18_1er octet**
TB_BS09_03	0	Le bénéficiaire a déclaré un médecin traitant	
TB_BS09_03	1	Le bénéficiaire n'a pas déclaré de médecin traitant ou n'est pas concerné par le médecin traitant	
TB_BS13_03	**EF_BS13_03**	**Indicateur de traitement en gestion unique**	**107-3**
TB_BS13_03	0	Pas de tiers-payant complémentaire autorisé	
TB_BS13_03	1	Tiers-payant complémentaire autorisé selon accord entre PS et AMC	
TB_BS13_03	2	Tiers-payant complémentaire autorisé selon réglementation	
TB_BS13_03	62	Bénéficiaire de la CMU Tiers payant réglementaire. Pas d'éclatement possible.	
TB_BS13_03	71	Bénéficiaire sortant de CMU complémentaire. Pas d'éclatement possible	
TB_BS13_04	**EF_BS13_04**	**Type de services associés contrat en gestion unique**	**107; 109**
TB_BS13_04	1	Numéro téléphonique	
TB_BS13_04	2	Code Minitel	
TB_BS13_04	3	Adresse Transpac	
TB_BS13_04	4	Adresse Internet	
TB_BS13_04	5	Texte libre	
TB_BS13_04	6	Informations structurées à afficher	
TB_BS13_04	7	Informations structurées à traiter	
TB_BS13_04	R	Valeur réservée à l'usage de la carte	
TB_BS13_06	**EF_BS13_06**	**Code aiguillage STS en gestion unique**	**107; 109**
TB_BS13_06	4	Service Tarification FFSA	
TB_BS13_06	8	Service Tarification CTIP	
TB_BS13_06	M	Service Tarification FNMF	
TB_BS13_06	R	Service Tarification A8	
TB_BS16_01	**EF_BS16_01**	**Code mode de gestion complémentaire**	**so**
TB_BS16_01	GU	Gestion unique	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

TB_BS16_01	GS	Gestion séparée	
TB_BS25_01	**EF_BS25_01**	**Code support Vitale**	**so**
TB_BS25_01	CARTE	Carte Vitale	
TB_BS25_01	ApCV	ApCV	
TB_BS25_01	nr	Pas de support Vitale	
TB_BS26_02	**EF_BS26_02**	**Type de l'ApCV**	**so**
TB_BS26_02	R	Réelle	
TB_BS26_02	D	Démonstration	
TB_BS26_02	T	Test	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

TB_CF			
TB_CF02_02	**EF_CF02_02**	**Code nature d'assurance**	**3230-1**
TB_CF02_02	AS	Assurance maladie	
TB_CF02_02	MA	Maternité	
TB_CF02_02	AT	Accident du travail	
TB_CF02_02	PM	Prévention Maladie	
TB_CF02_02	SG	Soins médicaux gratuits	
TB_CF02_04	**EF_CF02_04**	**Top médecin référent**	**3700-2**
TB_CF02_04	O	Médecin référent	
TB_CF02_04	N	Médecin non référent	
TB_CF03_02	**EF_CF03_02**	**Indicateur de traitement AMC**	**109-4**
TB_CF03_02	0	Pas de DRE possible, pas de flux de rectification possible entre AMO et AMC	
TB_CF03_02	12	DRE possible en HTP, pas de flux de rectification possible entre AMO et AMC	
TB_CF03_02	13	DRE possible en HTP, flux de rectification possible entre AMO et AMC	
TB_CF03_02	22	DRE possible en TP, pas de flux de rectification possible entre AMO et AMC	
TB_CF03_02	23	DRE possible en TP, flux de rectification possible entre AMO et AMC	
TB_CF03_02	32	DRE possible en TP et HTP, pas de flux de rectification possible AMO et AMC	
TB_CF03_02	33	DRE possible en TP et HTP, flux de rectification possible entre AMO et AMC	
TB_CF03_02	60	Bénéficiaire CMU complémentaire, pas de DRE possible, pas de flux de rectification possible entre AMO et AMC	
TB_CF03_02	62	Bénéficiaire CMU complémentaire, DRE possible, pas de flux de rectification possible entre AMO et AMC	
TB_CF03_02	63	Bénéficiaire CMU complémentaire, DRE possible, flux de rectification possible entre AMO et AMC	
TB_CF03_02	72	Bénéficiaire sortant de CMU complémentaire, DRE possible, pas de flux de rectification possible entre AMO et AMC	
TB_CF03_02	73	Bénéficiaire sortant de CMU complémentaire, DRE possible, flux de rectification possible entre AMO et AMC	
TB_CF03_03	**EF_CF03_03**	**code tiers payant complémentaire**	**1321-5,3**
TB_CF03_03	TP	Tiers payant complémentaire	
TB_CF03_03	HTP	Hors Tiers payant complémentaire	
TB_CF03_07	**EF_CF03_07**	**Type de contrat**	**1321-1**
TB_CF03_07	89	Bénéficiaire C2S complémentaire : transmission à l'AMO	
TB_CF03_07	99	Eclatement des flux par un OCT	
TB_CF03_07	Autre	Autres cas : transmission directe à l'AMO	
TB_CF03_08	**EF_CF03_08**	**Sens comptable**	**1321-5,4**
TB_CF03_08	1	facture normale RO+RC	
TB_CF03_08	2	annulation de facture RC (DRE d'annulation)	
TB_CF03_08	3	recyclage global de la facture RO+RC	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

TB_CF03_08	4	recyclage partiel de la facture RO seul	
TB_CF03_08	5	recyclage partiel de la facture RC seul	
TB_CF03_08	6	facture normale RC seulement	
TB_CF03_08	7	facture normale RO seulement	
TB_CF03_09	**EF_CF03_09**	**Code application**	**1321-7**
TB_CF03_09	99	Structure DRE (qui sera utilisée par SANTE-PHARMA pour un organisme ayant assuré sa migration de codification)	
TB_CF03_10	**EF_CF03_10**	**Nature de la pièce justificative des droits complémentaires**	**1321-5 pos.1**
TB_CF03_10	1	le Professionnel a consulté un serveur de droits	
TB_CF03_10	2	l'adhérent / assuré a présenté un support de droits autre que la carte Vitale	
TB_CF03_10	3	Prise en charge de la part complémentaire	
TB_CF03_10	4	l'adhérent / assuré a présenté sa carte vitale comme support de droits	
TB_CF03_10	-	Pour ADR, valeur issue de la réponse du service (selon conditions définies dans la documentation spécifique du service ADR)	
TB_CF08_01	**EF_CF08_01**	**Qualificatif de la dépense**	**1610-7**
TB_CF08_01	blanc	pas de qualificatif	
TB_CF08_01	A	Dépassement Autorisé	
TB_CF08_01	B	Dépassement Autorisé et entente directe	
TB_CF08_01	~~C~~	~~Dépassement Maîtrisé et exigence particulière~~	
TB_CF08_01	D	Entente directe, réservée aux stomatologues et chirurgiens dentistes	
TB_CF08_01	E	Exigence particulière du malade	
TB_CF08_01	F	Déplacement non prescrit	
TB_CF08_01	G	Acte gratuit	
TB_CF08_01	L	Prestation soumise à un accord de prise en charge SMG	
TB_CF08_01	~~M~~	~~Dépassement Maîtrisé~~	
TB_CF08_01	N	Acte à ne pas rembourser en AMO	
TB_CF08_03	**EF_CF08_03**	**Motif d'exonération de l'acte**	**so**
TB_CF08_03	traitement exonérant	soins exonérés au titre d'un traitement exonérant (traitement de la stérilité, actes exonérants, soins aux prématurés, test de dépistage du virus HIV)	
TB_CF08_03	soins pour les nouveaux-nés	soins exonérés car prescrits dans les 30 premiers jours de la vie du nourrisson	
TB_CF08_03	soins de prévention	soins dispensés en risque maladie et exonérés dans le cadre d'un dispositif de prévention.	
TB_CF08_04	**EF_CF08_04**	**Code remboursement exceptionnel**	**2100; 3420**
TB_CF08_04	*blanc*	Cas d'un acte qui n'est pas remboursable selon circonstances	
TB_CF08_04	N	Cas d'un acte remboursable selon circonstances pour lequel le PS ne demande pas le remboursement	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

TB_CF08_04	O	Cas d'un acte remboursable selon circonstances pour lequel le PS demande le remboursement	
TB_CF08_05	**EF_CF08_05**	**Code qualificatif du remboursement AMO**	**3430-4**
TB_CF08_05	O	Remboursable AMO	
TB_CF08_05	N	NON remboursable AMO	
TB_CF08_07	**EF_CF08_07**	**Top dispositif de prévention**	**3430-4**
TB_CF08_06	O	Soins effectués dans le cadre d'un dispositif de prévention	
TB_CF08_06	N	Soins effectués hors du cadre d'un dispositif de prévention	
TB_CF09_01	**EF_CF09_01**	**Code accord entente préalable**	**1840-2**
TB_CF09_01	0	Pas de réponse de la caisse dans le délai réglementaire	
TB_CF09_01	4	Réponse favorable	
TB_CF09_01	5	Notion d'urgence	
TB_CF09_01	9	Acte non soumis à accord préalable	
TB_CF10_01	**EF_CF10_01**	**Top prévention (contrat aidé)**	**2030-2**
TB_CF10_01	O	L''acte est concerné par la prévention commune AMO/AMC	
TB_CF10_01	blanc	L'acte n'est pas concerné par la prévention commune AMO/AMC	
TB_CF12_01	**EF_CF12_01**	**Code régime**	**1310-1**
TB_CF12_01	so	Cf. TB_BS04_01	
TB_CF12_02	**EF_CF12_02**	**Code caisse gestionnaire pour la facture**	**1310-2**
TB_CF12_02	so	Cf. TB_BS04_02	
TB_CF12_03	**EF_CF12_03**	**Code centre gestionnaire pour la facture**	**1310-3**
TB_CF12_03	so	Cf. TB_BS04_03	
TB_CF12_05	**EF_CF12_05**	**Nature de la pièce justificative pour l'AMO**	**1420-1**
TB_CF12_05	0	L'assuré n'a présenté aucune pièce justificative	
TB_CF12_05	1	L'assuré a présenté un bulletin de salaire, une attestation de droits, une prise en charge pour l'AME, une attestation de bénéficiaire CMU-C, etc.	
TB_CF12_05	2	L'assuré a présenté sa Carte d'assuré social ou le Professionnel de Santé a consulté le fichier patient par télématique	
TB_CF12_05	4	L'assuré a présenté sa carte Vitale	
TB_CF12_05	-	donnée issue du service ADRi selon conditions décrites dans la documentation spécifique du service ADRi	
TB_CF13_08	**EF_CF13_08**	**Indicateur du parcours de soins**	**1180-1**
TB_CF13_08	Blanc (espace)	Cas exclus du parcours coordonné de soins	
TB_CF13_08	B	Médecin installé en zone sous médicalisée	
TB_CF13_08	D	Accès Direct spécifique	
TB_CF13_08	H	Le patient est Hors résidence habituelle	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

TB_CF13_08	J	Généraliste récemment installé	
TB_CF13_08	N	Le PS est le Nouveau médecin traitant	
TB_CF13_08	O	Le patient est Orienté	
TB_CF13_08	R	Le PS est le médecin traitant de substitution	
TB_CF13_08	S	Non respect du parcours	
TB_CF13_08	T	Le PS est le médecin Traitant	
TB_CF13_08	U	Acte réalisé dans un contexte Urgence	
TB_CF13_09	**EF_CF13_09**	**Top MT**	**1180-2**
TB_CF13_09	espace	Autres situations (facture non concernée par le parcours de soins, le PS ne sait pas si le patient a déclaré un MT)	
TB_CF13_09	N	Le bénéficiaire n'a pas déclaré de médecin traitant	
TB_CF13_09	O	Le bénéficiaire a déclaré un médecin traitant	
TB_CF13_03	**EF_CF13_03**	**Position par rapport au parcours de soins**	**so**
TB_CF13_03	concernée	Facture concernée par le parcours de soins	
TB_CF13_03	non concernée	Facture non concernée par le parcours de soins	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

TB_IP			
~~TB_IP01_04~~	~~EF_IP01_04~~	~~Code contraceptif à la mineure~~	~~so~~
~~TB_IP01_04~~	~~contraceptif d'urgence~~	~~contraceptif d'urgence~~	~~-~~
~~TB_IP01_04~~	~~contraceptif hors urgence avec confidentialité~~	~~contraceptif hors urgence avec confidentialité~~	~~-~~
~~TB_IP01_04~~	~~contraceptif hors urgence sans confidentialité~~	~~contraceptif hors urgence sans confidentialité~~	~~-~~
~~TB_IP01_05~~	~~EF_IP01_05~~	~~Code anonymisation de la facture~~	~~so~~
~~TB_IP01_05~~	~~O~~	~~facture anonymisée~~	~~-~~
~~TB_IP01_05~~	~~N~~	~~facture non anonymisée~~	~~-~~
TB_IP01_09	**EF_IP01_09**	**Code contexte d'anonymisation potentielle de la facture**	**so**
TB_IP01_09	CTX_CU	Délivrance de contraceptif d'urgence	
TB_IP01_09	CTX_IVG	TP IVG	
TB_IP01_09	CTX_P100	Délivrance de préservatif remboursés à 100%	
TB_IP01_09	CTX_SS	Prévention Santé sexuelle	
TB_IP01_09	CTX_THC	Expérimentation THC	
TB_IP03_03	**EF_IP03_03**	**Code prescription médecin SNCF**	**so**
TB_IP03_03	O	prescription établie par un médecin SNCF	
TB_IP03_03	N	prescription non établie par un médecin SNCF	
TB_IP03_06	**EF_IP03_06**	**Code spécialité du prescripteur**	**1213-3; 1214-3**
	so	cf. TB_PS03_14	
TB_IP03_10	**EF_IP03_10**	**Code condition d'exercice du prescripteur**	**121x**
TB_IP03_10	B	bénévole	
TB_IP03_10	L	Libéral	
TB_IP03_10	S	Salarié	
TB_IP03_11	**EF_IP03_11**	**Origine de la prescription**	**1230 -1**
TB_IP03_11	T	Médecin traitant	
TB_IP03_11	A	Renouvellement Adapté (optique)	
TB_IP03_11	I	Renouvellement à l'Identique de la prescription Initiale (optique)	
TB_IP03_11	O	Médecin correspondant	
TB_IP03_11	P	Autre situation du parcours de soins	
TB_IP03_11	S	Hors parcours de soins	
TB_IP04_01	**EF_IP04_01**	**Code prestation**	**1610-4**
TB_IP04_01	so	cf. EF_A2_T1	
TB_IP04_08	**EF_IP04_08**	**Contexte tarifaire PS de la prestation**	**3103-1; 3470-2**
TB_IP04_08	so	cf. EF_A2_T41	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

TB_IP04_09	**EF_IP04_09**	**Contexte tarifaire BS de la prestation**	**3103-2; 3470-3**
TB_IP04_09	so	cf. EF_A2_T42	
TB_IP04_12	**EF_IP04_12**	**Grille tarifaire de la prestation**	**3123-1**
TB_IP04_12	so	cf Base CCAM (R_TB23)	
TB_IP05_01	**EF_IP05_01**	**Type de prestation**	**so**
TB_IP05_01	Support	Acte support	
TB_IP05_01	Secondaire	Acte secondaire	
TB_IP05_02	**EF_IP05_02**	**Type de nomenclature de la prestation**	**so**
TB_IP05_02	CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux	
TB_IP05_02	Frais PH	Frais Pharmaceutiques	
TB_IP05_02	LPP	Liste des Produits et Prestations	
TB_IP05_02	NABM	Nomenclature des Actes de Biologie Médicale	
TB_IP05_02	NGAP	Nomenclature Générale des Actes de Professionnels	
TB_IP05_02	so	sans objet	
TB_IP05_03	**EF_IP05_03**	**Groupe fonctionnel général**	**so**
TB_IP05_03	Audio prothèse	Prestation de prothèse auditive (LPP)	
TB_IP05_03	Complément AT	Complément Accident du Travail	
TB_IP05_03	COx	Consultation Obligatoire Enfant	
TB_IP05_03	Dépassement	Prestation de dépassement	
TB_IP05_03	Forfait Technique	Forfait technique	
TB_IP05_03	Honoraire	Honoraire de dispensation de médicament	
TB_IP05_03	Indemnité de Déplacement	Indemnité de déplacement (forfaitaire ou kilométrique)	
TB_IP05_03	IVG	Prestation en rapport avec une IVG	
TB_IP05_03	Médicament	Prestation de délivrance d'un médicament	
TB_IP05_03	Optique	Prestation d'optique (LPP)	
TB_IP05_03	Permanence des soins	Majoration dans le cadre de la permanence des soins	
TB_IP05_03	SD_SMG	Supplément Dérogatoire SMG	
TB_IP05_03	Soins dentaires	Prestation dentaire (CCAM ou NGAP)	
TB_IP05_03	Télémédecine	Prestation de télémédecine	
TB_IP05_03	so	sans objet	
TB_IP05_04	**EF_IP05_04**	**Groupe fonctionnel détaillé**	**so**
TB_IP05_05	**EF_IP05_05**	**Code nécessité de codage affiné**	**so**
TB_IP05_05	NON	Code prestation non associé à un code affiné	
TB_IP05_05	OUI	Code prestation associé à un code affiné	
TB_IP05_05	OUI*	Code prestation éventuellement associé à un code affiné	
TB_IP05_06	**EF_IP05_06**	**Origine de la prestation**	**so**
TB_IP05_06	LPS	Prestation automatiquement générée par le LPS	
TB_IP05_06	PS	Prestation saisie par le PS	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

TB_IP06_01	**EF_IP06_01**	**Lieu d'exécution**	**1610-3**
TB_IP06_01	0	Lieu d'exercice du PS	
TB_IP06_01	1	Domicile du patient	
TB_IP07_03	**EF_IP07_03**	**Code spécialité de l'exécutant salarié**	**1870-4**
TB_IP07_03	so	cf. TB_PS03_14	
TB_IP07_04	**EF_IP07_04**	**Code zone tarifaire déplacement de l'exécutant salarié**	**1870-5**
TB_IP07_04	so	cf. TB_PS03_15	
TB_IP07_05	**EF_IP07_05**	**Condition d'exercice de l'exécutant**	**1870-6**
TB_IP07_05	so	cf. TB_PS03_22	
TB_IP07_06	**EF_IP07_06**	**Code situation conventionnelle de l'exécutant salarié**	**1870-7**
TB_IP07_06	so	cf. TB_PS03_13	
TB_IP07_07	**EF_IP07_07**	**Code caisse de l'exécutant salarié**	**3120-1; 3400-2; 3500-1**
TB_IP07_07		cf. TB_PS04_04	
TB_IP07_11	**EF_IP07_11**	**Contrat tarifaire de l'exécutant salarié**	**so**
TB_IP07_11	so	cf. TB_PS03_15	
TB_IP08_01	**EF_IP08_01**	**Code complément prestation**	**1610-5**
TB_IP08_01	F	Dimanche et jour férié	
TB_IP08_01	N	Nuit	
TB_IP08_01	U	Urgence	
TB_IP08_03	**EF_IP08_03**	**Discipline de prestations**	**1830-2**
TB_IP08_03	35	Scanner	
TB_IP08_03	753	IRM	
TB_IP08_04	**EF_IP08_04**	**Mode de traitement**	**1830-3**
TB_IP08_04	19	Actes d'imagerie médicale	
TB_IP09_01	**EF_IP09_01**	**Code acte CCAM**	**2100-2**
TB_IP09_01	so	cf. Base CCAM	
TB_IP09_02	**EF_IP09_02**	**Code activité CCAM**	**2100-4**
TB_IP09_02	so	cf. Base CCAM	
TB_IP09_03	**EF_IP09_03**	**Code phase de traitement CCAM**	**2100-5**
TB_IP09_03	so	cf. Base CCAM	
TB_IP09_04	**EF_IP09_04**	**Code association CCAM**	**2100-10**
TB_IP09_04	so	cf. Base CCAM	
TB_IP09_05	**EF_IP09_05**	**Code supplément de charge CCAM**	**2100-12**
TB_IP09_05	so	cf. Base CCAM	
TB_IP09_06	**EF_IP09_06**	**Code extension documentaire CCAM**	**2100-3**
TB_IP09_06	so	cf. Base CCAM	
TB_IP09_07	**EF_IP09_07**	**Code appartenance à une association**	**so**
TB_IP09_07	N	Prestation n'appartenant pas à une association	
TB_IP09_07	O	Prestation appartenant à une association	
TB_IP09_08	**EF_IP09_08**	**Catégorie médicale de l'acte CCAM**	**so**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

TB_IP09_08	so	cf. Base CCAM	
TB_IP10_01	**EF_IP10_01**	**Code modificateur CCAM AMO**	**2100-6 à 2100-9**
TB_IP10_01	so	cf. Base CCAM	
TB_IP10_02	**EF_IP10_02**	**Code modificateur CCAM AMC**	**2100-13**
TB_IP10_02	so	cf. Base CCAM	
TB_IP11_01	**EF_IP11_01**	**Numéro de dent traitée en CCAM**	**2200-2 à 2200-17**
TB_IP11_01	so	cf. norme ISO 3960-1984	
TB_IP12_01	**EF_IP12_01**	**Code affiné prestation biologie**	**1710-2**
TB_IP12_01	so	cf. Base Biologie	
TB_IP13_03	**EF_IP13_03**	**Indicateur du médicament délivré**	**1740-6**
TB_IP13_03	0	Médicament n'appartenant pas à un groupe générique	
TB_IP13_03	1	Médicament générique non soumis à TFR	
TB_IP13_03	4	Référent du groupe générique non soumis à TFR	
TB_IP13_03	5	Référent du groupe générique soumis à TFR	
TB_IP13_03	7	Générique soumis à TFR	
TB_IP13_04	**EF_IP13_04**	**Mode de prescription**	**1740-12**
TB_IP13_04	blanc	Non renseigné	
TB_IP13_04	M	Mention du médecin sur la prescription «non substituable»	
TB_IP13_05	**EF_IP13_05**	**Top déconditionnement**	**1740-8**
TB_IP13_05	D	Le médicament est déconditionné	
TB_IP13_05	blanc	Pas de déconditionnement	
TB_IP13_07	**EF_IP13_07**	**Indicateur de substitution**	**1740-7**
TB_IP13_07	blanc	Pas de substitution	
TB_IP13_07	N	Refus de substitution	
TB_IP13_07	U	Substitution pour Urgence ou Accord du médecin	
TB_IP14_01	**EF_IP14_01**	**Type de code CIP du médicament délivré ou Type de code CIP du médicament prescrit**	**1740-2 1740-13**
TB_IP14_01	B	Code CIP du médicament sur 13 caractères	
TB_IP14_02	**EF_IP14_02**	**Code CIP**	**1740-3; 1740-14**
TB_IP14_02	so	cf. BDM	
TB_IP15_01	**EF_IP15_01**	**Code détaillé LPP**	**1730-2**
TB_IP15_01	so	cf. Base LPP	
TB_IP15_02	**EF_IP15_02**	**Type de prestation détaillée LPP**	**1730-3**
TB_IP15_02	A	Achat	
TB_IP15_02	E	Entretien	
TB_IP15_02	L	Location	
TB_IP15_02	P	Frais de port	
TB_IP15_02	R	Réparation	
TB_IP15_02	S	Service	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

TB_IP15_02	V	Livraison	
TB_IP16_02	**EF_IP16_02**	**Nature association CCAM**	**3321-3**
TB_IP16_02	E	association non prévue de type dentaire	
TB_IP16_02	D	association prévue de type dentaire	
TB_IP16_02	N	association non prévue	
TB_IP16_02	P	association prévue	
TB_IP17_03	**EF_IP17_03**	**Conditionnement déconditionné**	**1741-5**
TB_IP17_03	blanc	Pas de déconditionnement	
TB_IP17_03	D	Un des conditionnements du lot est déconditionné (n'est pas délivré dans sa totalité)	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

TB_MF			
TB_MF01_01	**EF_MF01_01**	**Type de facturation**	**so**
TB_MF01_02	FSE AMO seule	FSE AMO seule	
TB_MF01_02	FSE en gestion unique	FSE en gestion unique	
TB_MF01_02	FSE + DRE	FSE + DRE	
TB_MF01_02	DRE seule	DRE seule	
TB_MF01_02	DRE d'annulation	DRE d'annulation	
TB_MF01_02	FSE enrichie	FSE enrichie	
TB_MF01_02	**EF_MF01_02**	**Mode sécurisation**	**so**
TB_MF01_02	dégradé	flux sécurisé SESAM dégradé	
TB_MF01_02	SESAM sans Vitale	flux sécurisé SESAM sans Vitale	
TB_MF01_02	SESAM Vitale	Flux sécurisé SESAM avec Vitale	
TB_MF01_03	**EF_MF01_03**	**Code norme d'échange de la facture**	**1120-17**
TB_MF01_03	CS	Toute famille de PS exerçant en centre de santé hormis les pharmaciens et les fournisseurs	
TB_MF01_03	ER	Médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme	
TB_MF01_03	FR	Fournisseur	
TB_MF01_03	IF	Infirmier	
TB_MF01_03	LB	Laboratoire d'analyses de biologie médicale	
TB_MF01_03	MK	Masseur-kinésithérapeute	
TB_MF01_03	OO	Orthophoniste	
TB_MF01_03	OY	Orthoptiste	
TB_MF01_03	PE	Pédicure podologue	
TB_MF01_03	PH	Pharmacien	
TB_MF01_04	**EF_MF01_04**	**Type de flux**	**so**
TB_MF01_04	FSE	FSE	
TB_MF01_04	DRE	DRE	
TB_MF01_08	**EF_MF01_08**	**Marquage de la FSE et/ou de la DRE**	**so**
TB_MF01_08	D	Flux de démonstration	
TB_MF01_08	R	Flux réel	
TB_MF01_08	T	Flux de test	
TB_MF04_06	**EF_MF04_06**	**Top certification du lot regroupement FSE**	**so**
TB_MF04_06	D	flux sécurisé SESAM dégradé	
TB_MF04_06	F	flux sécurisé SESAM sans Vitale	
TB_MF04_06	S	Flux sécurisé SESAM avec Vitale	
TB_MF05_07	**EF_MF05_07**	**Top certification du lot regroupement DRE**	**so**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

TB_MF05_07	so	cf. TB_MF04_06	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

TB_PS			
TB_PS01_01	**EF_PS01_01**	**Type de carte PS**	**1-1**
TB_PS01_01	0	Carte de Professionnel de Santé (CPS)	
TB_PS01_01	1	Carte de Professionnel de Santé en Formation (CPF)	
TB_PS01_01	2	Carte de Personnel d'Établissement de Santé (CDE/CPE)	
TB_PS01_01	3	Carte de Personnel Autorisé (CDA/CPA)	
TB_PS01_01	4	Carte de Personne Morale	
TB_PS01_02	**EF_PS01_02**	**Catégorie carte PS**	**1-8**
TB_PS01_02	D	CPS de Démonstration	
TB_PS01_02	R	CPS Réelle	
TB_PS01_02	T	CPS de Test	
TB_PS02_01	**EF_PS02_01**	**Type d'identification nationale**	**1-2**
TB_PS02_01	0	N° ADELI	
TB_PS02_01	1	Id Cabinet ADELI + N° employé	
TB_PS02_01	2	N° DRASS	
TB_PS02_01	3	N° FINESS + N° employé	
TB_PS02_01	4	N° SIREN + N° employé	
TB_PS02_01	5	N° SIRET + N° employé	
TB_PS02_01	6	Id Cabinet RPPS + N° employé	
TB_PS02_01	8	N° RPPS	
TB_PS02_01	9	N° Etudiant Médecin type ADELI sur 9 caractères (information transmise par l'ASIP Santé)	
TB_PS02_04	**EF_PS02_04**	**Code civilité (TAB-Civilgéré par l'ASIP Santé)**	**1-5**
TB_PS02_04	1	Adjudant	
TB_PS02_04	2	Amiral	
TB_PS02_04	3	Aspirant	
TB_PS02_04	4	Aumônier	
TB_PS02_04	5	Capitaine	
TB_PS02_04	6	Cardinal	
TB_PS02_04	7	Chanoine	
TB_PS02_04	8	Colonel	
TB_PS02_04	9	Commandant	
TB_PS02_04	10	Commissaire	
TB_PS02_04	11	Conseiller	
TB_PS02_04	12	Directeur	
TB_PS02_04	13	Docteur	
TB_PS02_04	14	Douanier	
TB_PS02_04	15	Epoux(se)	
TB_PS02_04	16	Evêque	
TB_PS02_04	17	Général	
TB_PS02_04	18	Gouverneur	
TB_PS02_04	19	Ingénieur	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

TB_PS02_04	20	Inspecteur	
TB_PS02_04	21	Lieutenant	
TB_PS02_04	22	Madame	
TB_PS02_04	23	Mademoiselle	
TB_PS02_04	24	Maître	
TB_PS02_04	25	Maréchal	
TB_PS02_04	26	Médecin	
TB_PS02_04	27	Mesdames	
TB_PS02_04	28	Mesdemoiselles	
TB_PS02_04	29	Messieurs	
TB_PS02_04	30	Monseigneur	
TB_PS02_04	31	Monsieur	
TB_PS02_04	32	Notre-Dame	
TB_PS02_04	33	Pasteur	
TB_PS02_04	34	Préfet	
TB_PS02_04	35	Président	
TB_PS02_04	36	Professeur	
TB_PS02_04	37	Recteur	
TB_PS02_04	38	Sergent	
TB_PS02_04	39	Sous-Préfet	
TB_PS02_04	40	Technicien	
TB_PS02_04	41	Veuve	
TB_PS03_02	**EF_PS03_02**	**Mode d'exercice**	**2-2**
TB_PS03_02	0	Libéral, exploitant, commerçant	
TB_PS03_02	1	Salarié	
TB_PS03_02	4	Remplaçant	
TB_PS03_02	7	Non rétribué	
TB_PS03_03	**EF_PS03_03**	**Statut d'exercice**	**2-3**
TB_PS03_03	so	Cf. TAB-Statuts géré par l'ASIP Santé	
TB_PS03_04	**EF_PS03_04**	**Secteur d'activité**	**2-4**
TB_PS03_04	10	Etablissement Public de santé	
TB_PS03_04	11	Hôpitaux Militaires	
TB_PS03_04	16	Etablissement Privé PSPH	
TB_PS03_04	17	Etablissement Privé Non PSPH	
TB_PS03_04	25	Dispensaire de soins	
TB_PS03_04	26	Autres structures de soins relevant du Service de santé des armées	
TB_PS03_04	31	Cabinet individuel	
TB_PS03_04	32	Cabinet de Groupe	
TB_PS03_04	33	Exercice en Société	
TB_PS03_04	34	Secteur privé PH temps plein	
TB_PS03_04	35	Transport sanitaire	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

TB_PS03_04	37	Entreprise d'intérim	
TB_PS03_04	41	Etablissement de Soins et Prévention	
TB_PS03_04	42	Prévention. Et Soins en Entreprise	
TB_PS03_04	43	Santé scolaire & universitaire	
TB_PS03_04	44	Recrutement & gestion RH	
TB_PS03_04	45	P.M.I. Planification familiale	
TB_PS03_04	51	Etablissement pour Handicapés	
TB_PS03_04	52	Com/Marketing/Consulting/Media	
TB_PS03_04	53	Etablissement Personnes Agées	
TB_PS03_04	54	Etablissement Aide à la famille	
TB_PS03_04	55	Etablissement d'enseignement	
TB_PS03_04	56	Etablissements de protection de l'enfance	
TB_PS03_04	57	Etablissements d'hébergement et de réadaptation	
TB_PS03_04	58	Recherche	
TB_PS03_04	61	Assurance Privée	
TB_PS03_04	62	Organisme de Sécurité Sociale	
TB_PS03_04	65	Ministère & Serv. Déconcentrés	
TB_PS03_04	66	Collectivités Territoriales	
TB_PS03_04	68	Asso et orga humanitaire	
TB_PS03_04	71	LABM	
TB_PS03_04	75	Autre établissement Sanitaire	
TB_PS03_04	81	Prod. & Com. Gros Bien Med.	
TB_PS03_04	85	Comm. Détail de biens médicaux	
TB_PS03_04	86	Pharmacie d'officine	
TB_PS03_04	87	Centre de dialyse	
TB_PS03_04	88	Para-pharmacie	
TB_PS03_04	91	Autre secteur d'activité	
TB_PS03_04	92	Secteur non défini	
TB_PS03_04	93	Centre anti-cancer	
TB_PS03_04	94	Centre de transfusion sanguine	
TB_PS03_04	95	Répart. Distrib. Fab. Exploit. Import Médicaments et Dispositifs Médicaux	
TB_PS03_04	96	Incendies et secours	
TB_PS03_04	97	Entreprises industrielles et tertiaires hors industries pharmaceutiques	
TB_PS03_04	98	Entité d'un TOM	
TB_PS03_04	99	Fab. Exploit. Import. Médicaments et Dispositifs Médicaux	
TB_PS03_05	**EF_PS03_05**	**Type d'identification structure**	**2; 8; 1140**
TB_PS03_05	0	N° cabinet ADELI	
TB_PS03_05	1	N° FINESS	
TB_PS03_05	2	N° SIREN	
TB_PS03_05	3	N° SIRET	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

TB_PS03_05	4	N° Cabinet RPPS	
TB_PS03_13	**EF_PS03_13**	**Code conventionnel**	**2; 1120-5; 1870; 3400**
TB_PS03_13	0	Non conventionné	
TB_PS03_13	1	Conventionné	
TB_PS03_13	2	Conventionné avec dépassement	
TB_PS03_13	3	Conventionné avec honoraires libres	
TB_PS03_14	**EF_PS03_14**	**Code spécialité**	**2; 1120; 1870; 3200; 3220**
TB_PS03_14	1	Médecine générale	
TB_PS03_14	2	Anesthésie-Réanimation	
TB_PS03_14	3	Cardiologie	
TB_PS03_14	4	Chirurgie Générale	
TB_PS03_14	5	Dermatologie et Vénérologie	
TB_PS03_14	6	Radiologie	
TB_PS03_14	7	Gynécologie obstétrique	
TB_PS03_14	8	Gastro-Entérologie et Hépatologie	
TB_PS03_14	9	Médecine interne	
TB_PS03_14	10	Neuro-Chirurgie	
TB_PS03_14	11	Oto-Rhino-Laryngologie	
TB_PS03_14	12	Pédiatrie	
TB_PS03_14	13	Pneumologie	
TB_PS03_14	14	Rhumatologie	
TB_PS03_14	15	Ophtalmologie	
TB_PS03_14	16	Chirurgie urologique	
TB_PS03_14	17	Neuro-Psychiatrie	
TB_PS03_14	18	Stomatologie	
TB_PS03_14	19	Chirurgien dentiste	
TB_PS03_14	20	Réanimation médicale	
TB_PS03_14	21	Sage-femme	
TB_PS03_14	22	Spécialiste en médecine générale avec diplôme	
TB_PS03_14	23	Spécialiste en médecine générale reconnu par l'ordre	
TB_PS03_14	24	Infirmier	
TB_PS03_14	26	Masseur Kinésithérapeute	
TB_PS03_14	27	Pédicure Podologue	
TB_PS03_14	28	Orthophoniste	
TB_PS03_14	29	Orthoptiste	
TB_PS03_14	30	Laboratoire d'analyses médicales	
TB_PS03_14	31	Rééducation Réadaptation fonctionnelle	
TB_PS03_14	32	Neurologie	
TB_PS03_14	33	Psychiatrie	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

TB_PS03_14	34	Gériatrie	
TB_PS03_14	35	Néphrologie	
TB_PS03_14	36	Chirurgie Dentaire spécialité O.D.F	
TB_PS03_14	37	Anatomo-Cyto-Pathologie	
TB_PS03_14	38	Médecin biologiste	
TB_PS03_14	39	Laboratoire polyvalent	
TB_PS03_14	40	Laboratoire d'anatomo-cyto-pathologique	
TB_PS03_14	41	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	
TB_PS03_14	42	Endocrinologie et Métabolisme	
TB_PS03_14	43	Chirurgie infantile	
TB_PS03_14	44	Chirurgie maxillo-faciale	
TB_PS03_14	45	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	
TB_PS03_14	46	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	
TB_PS03_14	47	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	
TB_PS03_14	48	Chirurgie vasculaire	
TB_PS03_14	49	Chirurgie viscérale et digestive	
TB_PS03_14	50	Pharmacie d'officine	
TB_PS03_14	51	Pharmacie Mutualiste	
TB_PS03_14	53	Chirurgien dentiste spécialité C.O.	
TB_PS03_14	54	Chirurgien dentiste spécialité M.B.D.	
TB_PS03_14	60	Prestataire de type société	
TB_PS03_14	61	Prestataire artisan	
TB_PS03_14	62	Prestataire de type association	
TB_PS03_14	63	Orthésiste	
TB_PS03_14	64	Opticien	
TB_PS03_14	65	Audioprothésiste	
TB_PS03_14	66	Épithésiste Oculariste	
TB_PS03_14	67	Podo-orthésiste	
TB_PS03_14	68	Orthoprothésiste	
TB_PS03_14	69	Chirurgie orale	
TB_PS03_14	70	Gynécologie médicale	
TB_PS03_14	71	Hématologie	
TB_PS03_14	72	Médecine nucléaire	
TB_PS03_14	73	Oncologie médicale	
TB_PS03_14	74	Oncologie radiothérapique	
TB_PS03_14	75	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	
TB_PS03_14	76	Radiothérapie	
TB_PS03_14	77	Obstétrique	
TB_PS03_14	78	Génétique médicale	
TB_PS03_14	79	Obstétrique et Gynécologie médicale	
TB_PS03_14	80	Santé publique et médecine sociale	
TB_PS03_14	81	Médecine des Maladies infectieuses et tropicales	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

TB_PS03_14	82	Médecine légale et expertises médicales	
TB_PS03_14	83	Médecine d'urgence	
TB_PS03_14	84	Médecine vasculaire	
TB_PS03_14	85	Allergologie	
TB_PS03_14	86	Infirmier exerçant en Pratiques Avancées (IPA)	
TB_PS03_15	**EF_PS03_15**	**Code zone tarifaire**	**2; 1120-7; 1870**
TB_PS03_15	10	zone A sans ID	
TB_PS03_15	11	zone A avec ID (PARIS)	
TB_PS03_15	20	zone B sans ID	
TB_PS03_15	22	zone B avec ID(LYON MARSEILLE)	
TB_PS03_15	23	zone B avec ID (300 000 habitants et plus)	
TB_PS03_15	24	zone B avec ID (100 000 habitants et plus)	
TB_PS03_15	25	zone B avec ID (50 000 habitants et plus)	
TB_PS03_15	30	zone C sans ID ou zone B sans ID (médecins conventionné en HL)	
TB_PS03_15	31	zone A avec ID (PARIS)	
TB_PS03_15	32	zone B avec ID(LYON MARSEILLE)	
TB_PS03_15	33	zone B avec ID (300 000 habitants et plus)	
TB_PS03_15	34	zone B avec ID (100 000 habitants et plus)	
TB_PS03_15	35	zone B avec ID (50 000 habitants et plus)	
TB_PS03_15	40	zone A (Seine et Yvelines)	
TB_PS03_15	50	zone B (Lyon Marseille)	
TB_PS03_15	60	zone C (localités de plus de 10 000 habitans, Yvelynes, Seine et Marne)	
TB_PS03_15	70	zone D (autres localités)	
TB_PS03_15	80	zone B sans ID	
TB_PS03_15	81	zone A avec ID (PARIS)	
TB_PS03_15	82	zone B avec ID(LYON MARSEILLE)	
TB_PS03_15	83	zone B avec ID (300 000 habitants et plus)	
TB_PS03_15	84	zone B avec ID (100 000 habitants et plus)	
TB_PS03_15	85	zone B avec ID (50 000 habitants et plus)	
TB_PS03_16	**EF_PS03_16**	**Code zone IK**	**2; 1120-8**
TB_PS03_16	0	Pas d'indemnité kilométrique	
TB_PS03_16	1	Indemnités kilométriques plaine	
TB_PS03_16	2	Indemnités kilométriques montagne	
TB_PS03_17	**EF_PS03_17**	**Code agrément 1**	**2; 1120-9**
TB_PS03_17	0	Pas d'agrément radio	
TB_PS03_17	1	Agrément D ou agrément DDASS	
TB_PS03_17	2	Agrément A, B, C, E et F	
TB_PS03_17	3	Agrément G, H et J	
TB_PS03_17	4	Agrément K	
TB_PS03_17	5	Agrément L	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

TB_PS03_17	6	Agrément M	
TB_PS03_17	9	valeur non significative utilisée pour une CPS de remplaçant	
TB_PS03_18	**EF_PS03_18**	**Code agrément 2**	**1120-10**
TB_PS03_18	so	cf. TB_PS03_17	
TB_PS03_19	**EF_PS03_19**	**Code agrément 3**	**1120-11**
TB_PS03_19	so	cf. TB_PS03_17	
TB_PS03_20	**EF_PS03_20**	**Habilitation à signer une Facture**	**2-20**
TB_PS03_20	0	Non	
TB_PS03_20	1	Oui	
TB_PS03_21	**EF_PS03_21**	**Habilitation à signer un lot**	**2-21**
TB_PS03_21	0	Non	
TB_PS03_21	1	Oui	
TB_PS03_22	**EF_PS03_22**	**Condition d'exercice**	**so**
TB_PS03_22	L	Libéral	
TB_PS03_22	S	Salarié	
TB_PS03_22	B	Bénévole	
TB_PS04_03	**EF_PS04_03**	**Contrat tarifaire PS**	**1180-7**
TB_PS04_03	OPTAM,	Le PS a opté pour l'OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée	
TB_PS04_03	OPTAM-CO,	Le PS a opté pour l'OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique	
TB_PS04_03	Aucun	Pas de contrat	
TB_PS04_04	**EF_PS04_04**	**Code caisse de rattachement**	**3120-1; 3400-2; 3500-1**
TB_PS04_04	so	Cf. DF_TOD	
TB_PS04_09	**EF_PS04_09**	**Code famille de PS**	**1120-15**
TB_PS04_09	PR	Prescripteurs	
TB_PS04_09	AM	Auxiliaires-Médicaux	
TB_PS04_09	LB	Laboratoires d'analyses de biologie médicale	
TB_PS04_09	PH	Pharmaciens	
TB_PS04_09	FR	Fournisseurs	
TB_PS04_10	**EF_PS04_10**	**Code sous-famille de PS**	**so**
TB_PS04_10	M	Médecin	
TB_PS04_10	CD	Chirurgien-dentiste	
TB_PS04_10	SF	Sage-femme	
TB_PS04_10	IF	Infirmiers	
TB_PS04_10	MK	Masseur Kinésithérapeute	
TB_PS04_10	PE	Pédicure Podologue	
TB_PS04_10	OO	Orthophoniste	
TB_PS04_10	OY	Orthoptiste	
TB_PS04_15	**EF_PS04_15**	**Type émetteur**	**8; 14; 88; 94**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

TB_PS04_15	TP	Professionnel de Santé hors établissement	
TB_PS04_15	SI	Autre : Société Civile Professionnelle ou Société Civile de Moyens	
TB_PS04_15	TE	Etablissement ou Centre de Soin	
TB_PS05_04	**EF_PS05_04**	**Code civilité**	**so**
TB_PS05_04	so	cf TB_PS02_04	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

TB_CPS			
TB_CPS91_01	EF_CPS91_01	Type de carte PS	1-1
TB_CPS91_01	so	cf TB_PS01_01	
TB_CPS91_02	EF_CPS91_02	Code catégorie de carte PS	1-8
TB_CPS91_01	so	cf TB_PS01_02	
TB_CPS92_01	EF_CPS92_01	Type d'identification nationale	1-2
TB_CPS92_01	so	cf TB_PS02_01	
TB_CPS92_04	EF_CPS92_04	Code civilité lu en carte	1-5
TB_PS92_04	so	cf TB_PS02_04	
TB_CPS93_02	EF_CPS93_02	Code mode exercice	2-2
TB_CPS93_02	so	cf TB_PS03_02	
TB_CPS93_03	EF_CPS93_03	Code statut d'exercice	2-3
TB_CPS93_03	so	cf TB_PS03_03	
TB_CPS93_04	EF_CPS93_04	Code secteur d'activité	2-4
TB_CPS93_04	so	cf TB_PS03_04	
TB_CPS93_05	EF_CPS93_05	Type d'identification de la structure	2; 8; 1140
TB_CPS93_05	so	cf TB_PS03_05	
TB_CPS93_13	EF_CPS93_13	Code conventionnel	2; 1120-5; 1870; 3400
TB_CPS93_13	so	cf TB_PS03_13	
TB_CPS93_14	EF_CPS93_14	Code spécialité	2; 1120; 1870; 3200; 3220
TB_CPS93_14	so	cf TB_PS03_14	
TB_CPS93_15	EF_CPS93_15	Code zone tarifaire	2; 1120-7; 1870
TB_CPS93_15	so	cf TB_PS03_15	
TB_CPS93_16	EF_CPS93_16	Code zone IK	2; 1120-8
TB_CPS93_16	so	cf TB_PS03_16	
TB_CPS93_17	EF_CPS93_17	Code agrément 1	2; 1120-9
TB_CPS93_17	so	cf TB_PS03_17	
TB_CPS93_18	EF_CPS93_18	Code agrément 2	1120-10
TB_CPS93_18	so	cf TB_PS03_18	
TB_CPS93_19	EF_CPS93_19	Code agrément 3	1120-11
TB_CPS93_19	so	cf TB_PS03_19	
TB_CPS93_20	EF_CPS93_20	Code habilitation à signer une FSE	2-20
TB_CPS93_20	so	cf TB_PS03_20	
TB_CPS93_21	EF_CPS93_21	Code habilitation à signer un lot	2-21
TB_CPS93_21	so	cf TB_PS03_21	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

TB_VF			
TB_VF02_07	**EF_VF02_07**	**Contexte de génération de la prestation SD_SMG**	**1820-2**
TB_VF02_07	SD_SMG-NR	Génération d'un supplément dérogatoire SMG pour prestations Non Remboursables AMO	
TB_VF02_07	SD_SMG-R	Génération d'un supplément dérogatoire SMG pour prestations Remboursables AMO	
TB_VF05_05	**EF_VF05_05**	**Code justification d'exonération ticket modérateur**	**1820-2; 3431**
TB_VF05_05	0	Pas d'exonération	
TB_VF05_05	3	Soins particuliers exonérés	
TB_VF05_05	4	Soins relatifs aux affections liste, hors liste ou multiples (ALD)	
TB_VF05_05	5	Assuré ou bénéficiaire exonéré (C.A.S.)	
TB_VF05_05	6	Exonération régimes spéciaux (Service médical SNCF, régime des Mines)	
TB_VF05_05	7	Soins dispensés en risque maladie et exonérés dans le cadre d'un dispositif de prévention	
TB_VF05_05	8	Réservé Régime Général	
TB_VF05_05	9	FNS	
TB_VF05_05	C	Soin exonéré en codage CCAM du fait de la nature de l'acte, ou du dépassement du seuil.	
TB_VF11_03	**EF_VF11_03**	**Type (Paramètre de la formule applicable)**	**3760-8**
TB_VF11_03	%	Pourcentage	
TB_VF11_03	Montant	Montant	
TB_VF12_01	**EF_VF12_01**	**Identifiant du module STS**	**1450-1**
TB_VF12_01	4	Module de tarification FFSA	
TB_VF12_01	8	Module de tarification CTIP	
TB_VF12_01	M	Module de tarification FNMF	
TB_VF12_01	R	Module de tarification A8	
TB_VF12_01	U	Module de tarification CMU	
TB_VF13_02	**EF_VF13_02**	**Tops affichage et modification**	**3790-2**
TB_VF13_02	O	**O**bligatoire : le champ doit être affiché au PS	
TB_VF13_02	F	**F**acultatif : le champ peut être affiché et modifié par le PS	
TB_VF13_02	N	**N**on : le champ ne doit être ni affiché, ni modifié par le PS	
TB_VF98_08	**EF_VF98_08**	**Code couverture pour le taux**	**1130-7; 1130-8**
TB_VF98_08	so	cf EF_A2_8.x	
TB_VF99_02	**EF_VF99_02**	**Nature du complément de prestation**	**so**
TB_VF99_02	forfaitaire	majoration de type forfaitaire	
TB_VF99_02	pourcentage	majoration de type pourcentage	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

TB_CDC			
TB_CDC_08	**CDC_08**	**Rang du lot**	**8; 88**
TB_CDC_08	4	Lot courant (un premier lot a déjà été formaté avant celui-ci et ce n'est pas le dernier de la série)	
TB_CDC_08	5	Premier lot de la série de lots à formater	
TB_CDC_08	6	Dernier lot à formater dans la série de lots	
TB_CDC_08	7	Lot unique à formater (série composée de ce seul lot)	
TB_CDC_13-2	**CDC_13-2**	**Type émetteur lot**	**13-2**
TB_CDC_13	2	N° Assurance Maladie	
TB_CDC_13-7	**CDC_13-7**	**En-tête champ sujet message FSE (ver. CDC)**	**13-7**
TB_CDC_13-7	SV131000	Flux élaboré par PDT 1.31 ou TLA 1.31	
TB_CDC_13-7	SV140000	Flux élaboré par PDT 1.40	
TB_CDC_13-7	SV140100	Flux élaboré par PDT 1.40 V2 ou TLA 1.40	
TB_CDC_13-7	SV140200	Flux élaboré par PDT 1.40 V2 ou TLA 1.40-V2 ayant intégré l'addendum Réforme	
TB_CDC_13-7	SV140400	Flux élaboré par PDT 1.40 ayant intégré l'addendum Pharmaciens	
TB_CDC_13-7	SV140600	Flux élaboré par PDT 1.40 ayant intégré l'addendum 6 Fournisseurs et SMG	
TB_CDC_13-7	SV140610	Flux élaboré par PDT 1.40 ayant intégré la facturation par ordres transparents	
TB_CDC_13-7	SV140700	Flux élaboré par PDT 1.40 ayant intégré l'addendum 7	
TB_CDC_13-7	SV140800	Flux élaboré par PDT 1.40 ayant intégré l'addendum 8	
TB_CDC_61-2	**CDC_61-2**	**Type du lecteur**	**61-2**
TB_CDC_61-2	PCSCFFFF	Lecteur PC/SC	
TB_CDC_61-2	Champ «Constructeur » retourné par l'OFC « Lecture de configuration »	TL en mode PSS ou PC/SC	
TB_CDC_61-3	**CDC_61-3**	**N° série du lecteur**	**61-3**
TB_CDC_61-3	N° série fictif calculé par SSV	Lecteur PC/SC	
TB_CDC_61-3	Champ Numéro de série retourné par l'OFC Lecture de configuration	TL en mode PSS ou PC/SC	
TB_CDC_67-2	**CDC_67-2**	**Type de carte dans le lecteur**	**67-2**
TB_CDC_67-2	0	Pas de carte détectée	
TB_CDC_67-2	1	Carte Vitale1 ou Vitale2	
TB_CDC_67-2	2	Carte CPS	
TB_CDC_67-2	4	La carte n'est ni de type CPS ni du type Vitale	
TB_CDC_67-2	5	Information non disponible	
TB_CDC_93-7	**CDC_93-7**	**En-tête champ sujet message DRE (ver. CDC)**	**93-7**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale

TB_CDC_13-7	DR140000	Flux élaboré par PDT 1.40	
TB_CDC_13-7	DR140100	Flux élaboré par PDT 1.40 V2 ou TLA 1.40	
TB_CDC_13-7	DR140200	Flux élaboré par PDT 1.40 V2 ou TLA 1.40-V2 ayant intégré l'addendum Réforme	
TB_CDC_13-7	DR140400	Flux élaboré par PDT 1.40 ayant intégré l'addendum Pharmaciens	
TB_CDC_13-7	DR140600	Flux élaboré par PDT 1.40 ayant intégré l'addendum 6 Fournisseurs et SMG	
TB_CDC_13-7	DR140610	Flux élaboré par PDT 1.40 ayant intégré la facturation par ordres transparents	
TB_CDC_13-7	DR140700	Flux élaboré par PDT 1.40 ayant intégré l'addendum 7	
TB_CDC_13-7	DR140800	Flux élaboré par PDT 1.40 ayant intégré l'addendum 8	
TB_CDC_1410	**CDC_1410**	**Cadre de remboursement**	**1410-1**
TB_CDC_1410	1	Le Professionnel de Santé n'a pas pratiqué de tiers payant sur les parts gérées par l'AMO.	
TB_CDC_1410	2	Le Professionnel de Santé a pratiqué le tiers payant sur la part obligatoire, l'assuré ayant acquitté le ticket modérateur ou la part complémentaire ayant fait l'objet d'un tiers payant hors convention de gestion AMO-AMC.	
TB_CDC_1410	3	Le Professionnel de Santé a pratiqué le tiers payant sur la part obligatoire et la part complémentaire gérée par l'AMO.	
TB_CDC_1410	4	Le Professionnel de Santé a pratiqué le tiers payant sur la part complémentaire gérée par l'AMO	
TB_CDC_1410	5	Le Professionnel de Santé a pratiqué le tiers payant intégral pour le compte du régime SNCF	
TB_CDC_3321	**CDC_3321**	**Type d'association**	**3321-3**
TB_CDC_3321	D	Association prévue de type dentaire	
TB_CDC_3321	E	Association non prévue de type dentaire	
TB_CDC_3321	N	Association non dentaire non prévue	
TB_CDC_3321	P	Association non dentaire prévue	
TB_CDC_3440	**CDC_3440**	**Motif d'exonération de l'acte**	**3440-4**
TB_CDC_3440	N	Soins exonérés pour les nouveaux nés ou dans le cadre d'un traitement exonérant	
TB_CDC_3441	**CDC_3441**	**Top exonération autres actes**	**3441-2**
TB_CDC_3441	O	L'acte exonère les autres actes de la facture dispensés à la même date	
TB_CDC_3441	N	L'acte n'exonère pas les autres actes de la facture dispensés à la même date	
TB_CDC_3700	**CDC_3700**	**Top CMU**	**3700-1**
TB_CDC_3700	0	Pas de CMU	
TB_CDC_3700	1	CMU	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation d'une personne habilitée au GIE SESAM-Vitale