Cahier des Charges SESAM-Vitale

Ordonnance du 24/04/1996

Spécifications externes des modules SESAM-Vitale

1.40 - Addendum n°8

Maj 2024

GIE SESAM-Vitale
5, boulevard Marie & Alexandre Oyon - 72 019 LE MANS CEDEX 2 - www.sesam-vitale.fr
SIRET : 391 722 881 00052 - APE : 6202A - RCS LE MANS : 391 722 881 - N° TVA : FR 753 917 22881

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.

Avertissement au lecteur

Support du Cahier des Charges SESAM-Vitale

Le GIE SESAM-Vitale assure le support technique du présent document. Les lecteurs sont invités à adresser leurs commentaires ou leurs questions à :

Courrier : GIE SESAM-Vitale
(Cahier des Charges)
5, Boulevard Alexandre Oyon
72019 Le Mans Cedex 2

Téléphone : 02 43 57 42 88
Télécopie : 02 43 57 45 42
E-mail : centre-de-service@sesam-vitale.fr

Préambule

Ce Cahier des Charges s'inscrit dans la continuité du développement du programme SESAM-Vitale, en particulier défini par l'accord-cadre entre les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire et les organismes d'Assurance Maladie Complémentaire relatif à SESAM-Vitale 2.

La conception du Cahier des Charges permet de respecter le cadre technique actuel de la généralisation du système SESAM-Vitale tout en préservant les évolutions annoncées par l'ordonnance du 24 avril 1996 et par les décrets de 1998 et de 2003.

L'architecture retenue dans le présent Cahier des Charges a été arrêtée à la suite d'études approfondies résultant d'une large concertation tant auprès de sociétés expertes qu'auprès d'éditeurs de logiciels médicaux. Elle permet de maintenir les solutions actuelles développées sur les Cahiers des Charges précédents.

Ce Cahier des Charges constitue donc une réponse adaptée aux besoins du Professionnel de Santé qui conserve la responsabilité de ses choix au niveau de son Poste de Travail (matériels, logiciels et modules associés).

Les travaux ont été conduits sur les aspects techniques de la mise en œuvre de SESAM-Vitale sans préjuger des dispositions de nature plus conventionnelles propres à chaque profession de santé.

Les organismes d'Assurance Maladie ne souhaitent pas intervenir dans les relations entre les Professionnels de Santé et les sociétés éditrices.

Néanmoins pour respecter les contraintes des organismes d'Assurance Maladie, l'agrément des logiciels est indispensable. Cette procédure garantit qu'un produit utilisé par des Professionnels de Santé a bien la capacité de fournir des factures électroniques ou tout autre document justificatif en conformité avec le présent Cahier des Charges. L'agrément porte sur cette seule fonctionnalité, à l'exclusion de toute autre.

L'agrément ne préjuge en aucun cas de la capacité de la société éditrice à apporter aux Professionnels de Santé des produits et une qualité de services répondant aux exigences d'une informatique professionnelle.

Les organismes d'Assurance Maladie, le CNPS et ses organisations membres veilleront à assurer une information précise et objective des Professionnels de Santé sur l'ensemble de ces éléments.

La volonté des organismes d'Assurance Maladie, du CNPS et de ses organisations membres est de poursuivre la démarche partenariale initiée pour l'élaboration de ce Cahier des Charges en s'attachant, plus particulièrement à accompagner la mise en place de ce dernier et à en suivre régulièrement toutes les évolutions. Pour ce faire, la rédaction du présent Cahier des Charges prend en compte les explications nécessaires à une bonne compréhension du système SESAM-Vitale par l'ensemble des acteurs.

Sommaire

1 Introduction 8

1.1 Objet du Corpus documentaire 8
1.2 Contenu du Corpus documentaire 8
1.2.1 Généralités 8
1.2.2 Corps du document 9
1.2.3 Annexes 10
1.3 Évolutions du document 11

2 Présentation de SESAM-Vitale 12

2.1 Acteurs 12
2.1.1 Les acteurs du projet SESAM-Vitale 12
2.1.2 Les acteurs du système SESAM-Vitale 13
2.1.2.1 Les assurés sociaux 13
2.1.2.2 Les Professionnels de Santé 13
2.1.2.3 Les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire 14
2.1.2.4 Les organismes d'Assurance Maladie Complémentaire 14
2.2 Architecture générale de SESAM-Vitale 14
2.2.1 Les supports de SESAM-Vitale 16
2.2.1.1 La Carte de Professionnel de Santé 16
2.2.1.2 Le support Vitale 16
2.2.1.3 Le support de droits « ADRi » 21
2.2.1.4 Le support de droits AMC 21
2.2.2 Le Poste de Travail du Professionnel de Santé 21
2.2.3 Les réseaux d'échange 22
2.2.4 Les flux 23
2.2.4.1 Les flux SESAM-Vitale entre le Poste de Travail des Professionnels de Santé et les systèmes d'accueil des factures des organismes d'Assurance Maladie 23
2.2.4.2 Les flux d'administration du système SESAM-Vitale 24
2.2.4.3 Les flux entre le Poste de Travail des Professionnels de Santé et l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI 24
2.3 Les apports de la version 1.40 de SESAM-Vitale 25
2.3.1 Les apports fonctionnels 25
2.3.2 Le dispositif Médecin Traitant et la gestion du parcours coordonné de soins 29
2.3.3 Les « Fournisseurs » dans SESAM-Vitale 33
2.3.3.1 Contexte règlementaire 33
2.3.3.2 L'identification du fournisseur 33
2.3.3.3 Les professionnels concernés 33
2.3.3.4 Les activités du Professionnel Fournisseurs et son code spécialité 33
2.3.3.5 Les cartes CPx des Professionnels Fournisseurs 34
2.3.4 Les Soins Médicaux Gratuits 34
2.3.4.1 Contexte réglementaire 34
2.3.4.2 Population concernée 34
2.3.4.3 Professionnel de Santé concernés 35
2.3.4.4 Remboursement des soins 35
2.3.4.5 La procédure de Demande de Prise en charge SMG 35
2.3.4.6 La procédure d'Entente Préalable 36
2.3.5 Les apports techniques 36
2.4 Les évolutions du système 36

3 Description fonctionnelle de SESAM-Vitale 38

3.1 Lecture de la carte Vitale 38
3.2 Facturation d'une prestation sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé 39
3.2.1 Acquisition des informations liées au Professionnel de Santé 39
3.2.1.1 Médecin propharmacien 39
3.2.1.2 Professionnel de Santé Remplaçant 39
3.2.1.3 Centre de Santé 40
3.2.1.4 Médecin traitant 40
3.2.1.5 Contrat Tarifaire PS 40
3.2.1.6 Professionnel de Santé Prescripteur 41
3.2.1.7 Fournisseurs 41
3.2.2 Acquisition des informations liées au bénéficiaire des soins 41
3.2.2.1 Situation du bénéficiaire au regard du remboursement de la part obligatoire 42

3.2.2.2 Situation du bénéficiaire au regard du remboursement de la part complémentaire 46
3.2.2.3 Parcours coordonné de soins 47
3.2.2.4 Règles d'application de la garantie de paiement 48
3.2.2.5 Factures anonymisées ~~Élaboration d'une FSE dans le cadre de prestations liées à la santé sexuelle contraception des mineures~~ 48
3.2.2.6 Situations Particulières 55
3.2.3 Conditions de génération des flux de FSE et DRE 57
3.2.3.1 Les documents donnant lieu à dématérialisation 57
3.2.3.2 Principes d'élaboration des flux 57
3.2.3.3 Conditions d'élaboration des parts obligatoire et complémentaire 58
3.2.3.4 Les différents types des flux (FSE et DRE) 58
3.2.3.5 Constitution des flux (FSE et DRE) 59
3.2.4 Acquisition des informations liées à la prestation 62
3.2.4.1 Informations pour la part complémentaire 62
3.2.4.2 Affection exonérante 62
3.2.4.3 Accidents de droit commun 62
3.2.4.4 Format des codes CIP 62
3.2.4.5 Facturation des honoraires de dispensation 62
3.2.4.6 Facturation des médicaments déconditionnés 63
3.2.4.7 Soins ou traitements susceptibles d'un usage détourné 63
3.2.4.8 Substitution des médicaments 63
3.2.4.9 Origine de la prescription 64
3.2.4.10 Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) 65
3.2.4.11 Prévention commune AMO/AMC 65
3.2.4.12 Cohabitation des actes sur une même facture 66
3.2.4.13 Actes en série 66
3.2.4.14 Soins Médicaux Gratuits 66
3.2.5 Tarification de la part obligatoire 66
3.2.6 Tarification de la part complémentaire 67
3.2.6.1 La « Réponse de prise en charge » de la part complémentaire 67
3.2.6.2 Activation de la tarification complémentaire 68
3.2.6.3 Tarification de la part complémentaire pour les Soins Médicaux Gratuits 68
3.2.7 Constitution des flux pour envoi aux organismes d'Assurance Maladie 68
3.2.7.1 Identifiant des FSE et des DRE 68
3.2.7.2 Tableau récapitulatif des montants à renseigner 69
3.2.7.3 Sauvegarde des éléments constitutifs de la facture 69
3.2.7.4 Copie des factures 71
3.2.8 Finalisation de la facturation 71
3.2.8.1 Quittance remise à l'assuré 71
3.2.8.2 Bon d'examen 71
3.2.8.3 Inscription des références de la FSE sur les ordonnances papier 72
3.2.8.4 Bordereau accompagnant les ordonnances 74
3.2.8.5 Informations de vaccination 78
3.2.9 Sécurisation des flux SESAM-Vitale 78
3.2.9.1 Les différents modes de sécurisation des factures 78
3.2.9.2 Chiffrement des données sensibles de la facture 78
3.2.9.3 Signature des flux SESAM-Vitale 78
3.2.9.4 Chiffrement de pièce jointe 80
3.2.10 Transmission des flux SESAM-Vitale aux organismes d'Assurance Maladie 81
3.2.10.1 Création des lots de factures électroniques 81
3.2.10.2 La création des fichiers 82
3.2.10.3 La transmission des fichiers de factures électroniques 83
3.3 Réception des retours sur le poste du Professionnel de Santé 83
3.3.1 Les accusés de réception logique (ARL) 83
3.3.1.1 Un ARL positif 84
3.3.1.2 Un ARL négatif 84
3.3.2 Les flux de rejet / signalement / paiement (RSP) 85
3.3.3 Messages de service 86
3.3.3.1 Message de service de l'Assurance Maladie 86
3.3.3.2 Message de service de l'opérateur de messagerie 86
3.4 Cas particuliers de fonctionnement 86
3.4.1 Cas de fonctionnement dégradé 86
3.4.1.1 Accident du travail 86
3.4.1.2 Dysfonctionnements 87
3.4.2 Feuille de soins papier pour la FSE dégradée 88
3.4.3 Contenu d'un duplicata papier pour la FSE 88
3.4.4 Mode test 88

3.4.5 Mode démonstration ... 88
3.5 Récapitulatif des émissions / réceptions du Professionnel de Santé par modes de sécurisation ... 88
3.6 L'administration du système SESAM-Vitale ... 89
3.6.1 Suivi du Parc ... 89
3.6.2 Mise à jour du Poste de Travail du Professionnel de Santé ... 90
3.6.2.1 Objectifs ... 90
3.6.2.2 Les composants susceptibles de faire l'objet d'une mise à jour ... 90
3.6.2.3 Exigences ... 90
3.6.2.4 Circuit de mise à jour ... 90
3.6.3 Mise à jour des tables de conventions du Professionnel de Santé ... 90
3.6.4 Mise à jour des certificats de chiffrement et de la liste de révocation des certificats de chiffrement ... 91

4 Le Poste de Travail du Professionnel de Santé ... 92

4.1 Présentation du Poste de Travail ... 92
4.1.1 Architecture matérielle ... 92
4.1.2 Architecture logicielle ... 92
4.1.2.1 Les systèmes d'exploitation ... 95
4.1.2.2 Les progiciels du Professionnel de Santé ... 95
4.1.2.3 Les modules SESAM-Vitale ... 96
4.2 Participation du Poste de Travail aux fonctions SESAM-Vitale ... 97
4.2.1 Processus principal : FACTURER ... 97
4.2.1.1 A- ELABORER une FSE et/ou une DRE ... 98
4.2.1.2 B - TRANSMETTRE les FSE et DRE ... 112
4.2.1.3 C- METTRE A DISPOSITION les retours de l'Assurance Maladie ... 117
4.2.1.4 Forçage ... 118
4.2.2 Processus 2 : Lecture de la carte Vitale ... 118
4.2.3 AP : L'administration du système SESAM-Vitale ... 119
4.2.3.1 Session du remplaçant ... 119
4.2.3.2 Chargement de logiciel dans le lecteur SESAM-Vitale ... 120
4.2.3.3 Mise à jour du Poste de Travail du Professionnel de Santé ... 120
4.2.3.4 Administration de la liste d'opposition pour les catégories de Professionnel de Santé concernées ... 121
4.2.3.5 Administration des certificats de chiffrement et de la CRL des certificats de chiffrement ... 122
4.2.3.6 Recommandations ... 122
4.3 Situations spécifiques ... 122
4.3.1 SP02 Professionnel de santé Remplaçant ou Multi-employeurs ... 124
4.3.2 SP03 Bénéficiaire de la C2S ... 124
4.3.3 SP04 Bénéficiaire sortant de la C2S ... 126
4.3.4 SP06 Bénéficiaire de l'AME ... 126
4.3.5 SP08.1 Bénéficiaire migrant de passage ... 127
4.3.6 SP08.2 Bénéficiaire « autre situation de migrant » ... 127
4.3.7 SP09 Absence de support Vitale ... 127
4.3.8 SP10 Facture anonymisée ... 128
4.3.9 SP11 Forçage ... 128
4.3.10 SP12 PS utilisant les services d'un OCT ... 129
4.3.11 SP18 Victime d'Attentat ... 133

5 Procédure d'agrément SESAM-Vitale ... 134

6 Glossaire ... 135

7 Références ... 136

1 Introduction

A l'origine un des projets de la branche maladie du régime général initié par la CNAMTS, le programme SESAM-Vitale est devenu l'objectif commun de l'ensemble des organismes d'Assurance Maladie (obligatoire et complémentaire). Il concerne tous les acteurs du secteur santé social : assurés, organismes de protection sociale obligatoire et complémentaire, Professionnels de Santé libéraux, établissements de soins.

L'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins aborde, dans le titre 4, les systèmes d'information de l'Assurance Maladie et la carte de santé. Le déploiement du système SESAM-Vitale est donc indissociable de l'informatisation des professions de santé.

Le système SESAM-Vitale a pour objectif la dématérialisation des documents papier nécessaires au remboursement des soins (feuilles de soins, volets de facturation, factures subrogatoires, décompte papier, vignettes pharmaceutiques, étiquette LPP, etc.). Il s'appuie sur les principes suivants :

- l'acquisition à la source, c'est-à-dire par le Professionnel de Santé, des informations permettant la dématérialisation des documents nécessaires au remboursement des soins à partir d'un support Vitale, de supports de droits, puis de la carte Professionnel de Santé (CPS),
- la mise en place d'échanges électroniques sécurisés entre les Professionnels de Santé et les organismes d'Assurance Maladie.

Le système SESAM-Vitale participe à la mise en place d'un système d'information global permettant la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, la simplification des relations entre assurés, Professionnels de Santé et organismes d'Assurance Maladie ainsi que le remboursement rapide des assurés ou, dans le cadre du tiers payant, des Professionnels de Santé.

1.1 Objet du Corpus documentaire

L'objet du présent document est de spécifier comment SESAM-Vitale s'intègre dans le Poste de Travail du Professionnel de Santé afin de créer et de transmettre les factures électroniques nécessaires au remboursement des soins par les organismes d'Assurances Maladie.

Un éditeur de progiciel destiné à des Professionnels de Santé trouvera dans ce document :

- la description des fonctions et des composants du système SESAM-Vitale,
- la spécification des règles de création et d'échange des factures électroniques nécessaires au remboursement des soins qui doivent être implémentées dans son progiciel.

Ce document définit les règles applicables aux progiciels destinés à l'ensemble des Professionnels de Santé, à l'exception des :

- établissements (hors Centres de Santé pour lesquels ce document est applicable),
- transporteurs.

1.2 Contenu du Corpus documentaire

1.2.1 Généralités

Sauf mention contraire, les articles législatifs ou réglementaires indiqués dans ce document sont issus du Code de la Sécurité Sociale.

Ce document ne contient aucune spécification relative aux éléments suivants :

- les supports Vitale
  - la carte Vitale

  - l'ApCV
- la carte Professionnel de Santé,
- le service « Acquisition des DRoits » (ADRi),
- les réseaux tiers d'accès au Réseau SESAM-Vitale,
- les protocoles d'accès au Réseau SESAM-Vitale ou à un réseau tiers d'accès au Réseau SESAM-Vitale,
- les protocoles de transmission utilisés entre les postes de travail des Professionnels de Santé et les Organismes Concentrateurs Techniques (des possibilités d'échanges entre le Poste de Travail du Professionnel de Santé et les Organismes Concentrateurs Techniques sont décrites à titre informatif dans l'annexe 5),
- les procédures de demande, d'attribution et de distribution des différentes cartes des Professionnels de Santé.

Les informations qui concernent ces éléments sont données ici à titre informatif.

Ce document est constitué de deux parties :

- le corps du document,
- les annexes de ce document.

Le corps du document a pour objectif de présenter les concepts généraux du système SESAM-Vitale (fonctions, composants, etc.) et plus spécifiquement en quoi et comment les fournitures SESAM-Vitale s'intègrent dans le Poste de Travail du Professionnel de Santé.

Le niveau de détail de cette présentation correspond à celui des spécifications fonctionnelles ou de conception générale d'un progiciel.

Les annexes contiennent les spécifications détaillées nécessaires aux sociétés développant des progiciels pour Professionnels de Santé intégrant les fournitures SESAM-Vitale.

1.2.2 Corps du document

Le chapitre 2 a pour objet de familiariser le lecteur avec le programme SESAM-Vitale, c'est-à-dire ses missions, ses acteurs, ses composants et ses flux. Il introduit les différents concepts utilisés dans la suite du document et présente les étapes fonctionnelles du système.

Le chapitre 3 présente les fonctions de SESAM-Vitale :

- élaboration et transmission des factures électroniques nécessaires au remboursement des soins (feuille de soins électronique, demande de remboursement électronique, etc.),
- administration du système.

Ces fonctions sont reprises en détail dans la suite du document, notamment dans le chapitre 4 dédié au Poste de Travail du Professionnel de Santé.

Le chapitre 4 est le cœur de ce document et traite des spécifications des règles à implémenter dans le Poste de Travail du Professionnel de Santé et décrit le rôle du Poste de Travail dans l'élaboration des factures électroniques nécessaires au remboursement des soins :

- participation du Poste de Travail à la mise en œuvre des fonctionnalités de SESAM-Vitale,
- fonctions des modules SESAM-Vitale fournis par l'Assurance Maladie,
- spécifications de la réglementation et des règles de tarification que doit contenir le progiciel du Professionnel de Santé.

Le chapitre 5 contient les grands principes de la procédure d'agrément des progiciels des Professionnels de Santé par l'Assurance Maladie.

Le chapitre 6 contient le glossaire des termes et abréviations utilisés.

Le chapitre 7 contient la liste des références bibliographiques susceptibles d'intéresser le lecteur.

1.2.3 Annexes

Les annexes apportent les informations complémentaires nécessaires au développement d'un progiciel pour Professionnels de Santé intégrant les modules SESAM-Vitale.

Elles traitent les sujets suivants :

- **Annexe 1** : Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale fournies par l'Assurance Maladie dans l'ordre logique des traitements relatifs aux flux SESAM-Vitale. Cette annexe est structurée en sous-parties présentées dans le schéma suivant.

Flux Allers de FSE/DRE émis par le Professionnel de Santé — 🕮 Annexe 1-A

Décrit l'utilisation des modules SESAM-Vitale dans l'objectif de constitution des flux chez le Professionnel de Santé

Rappel de la cinématique générale de la facturation

Constitution de la facture

Phase Identifications

Zone d'échange Facture et règles associées	🕮 Annexe 1-A0
Phase part obligatoire	🕮 Annexe 1-A1
Finalisation d'une facture SMG	🕮 Annexe 1-A3
Phase part complémentaire	🕮 Annexe 1-A2

Phase Mise en forme facture

Cas particulier du forçage

Préparation des fichiers à transmettre

Compatibilité terrain

Flux Retours reçus par le Professionnel de Santé

Décrit la réception des flux retours chez le Professionnel de Santé

Principes de traitement des retours de Gestion des ARL	🕮 Annexe 1-B
Traitement des RSP	🕮 Annexe 1-B0

Fonctions d'administration — 🕮 Annexe 1-C

Décrit les services hors traitement des flux.

Administration de la configuration

Administration du lecteur

Administration CCAM

Récapitulatif — 🕮 Annexe 1-D

Partie annexe technique à l'ensemble de l'annexe 1. Regroupe la description de tous les groupes de données manipulés par les modules SESAM-Vitale.

- **Annexe 1 bis** : Utilisation d'un Terminal Lecteur Applicatif (TLA)
- **Annexe 2** : Fonctions SESAM-Vitale à introduire dans les progiciels destinés aux Professionnels de Santé :
  - Réglementation,

  - Tarification de l'Assurance Maladie Obligatoire.
- **Annexe 2 bis** : Partie « Tables » de l'Annexe 2
- **Annexe 3** : Format et procédures d'échange des fichiers de conventions et de regroupements normés et format du fichier de correspondance normé
- **Annexe 4** : Télécommunications (sur Réseau IP) et Chiffrement de pièce jointe
- **Annexe 5** : Transmission des flux SESAM-Vitale via les Organismes Concentrateurs Techniques (annexe informative)
- **Annexe 6** : Liste d'Opposition Incrémentale
- **Annexe 7** : Annexe architecture et sécurité
- **Annexe 8** : Dépistage de la rétinopathie diabétique en coopération entre l'orthoptiste et l'ophtalmologiste.

1.3 Évolutions du document

Des modifications de la réglementation ou des spécifications fonctionnelles du système sont susceptibles de faire évoluer ce document.

Les éditeurs de logiciel peuvent avoir accès à des dossiers relatifs à la version 1.40 sur la plate-forme de diffusion du GIE SESAM-Vitale.

Description détaillée dans GD

2 Présentation de SESAM-Vitale

Ce chapitre présente succinctement SESAM-Vitale en introduisant l'ensemble des concepts utilisés par la suite.

2.1 Acteurs

2.1.1 Les acteurs du projet SESAM-Vitale

La mise en place du système SESAM-Vitale passe par la collaboration des différents acteurs du monde Santé Social :

- les assurés sociaux,
- les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et Complémentaire (AMC),
- les Professionnels de Santé, détenteurs et fournisseurs des informations liées aux soins et à leur remboursement.

Sa mise en œuvre technique est assurée par les différents organismes contribuant à l'informatisation de ce secteur :

- les fournisseurs de matériels et de progiciels,
- les directions informatiques, les centres de traitement informatique et les organismes d'Assurance Maladie,
- le Centre National de Dépôt et d'Agrément, chargé de l'agrément des progiciels de saisie à la source des Professionnels de Santé :

  CNDA

  515, Avenue George FRECHE

  34170 CASTELNAU-LE-LEZ

  ☎ 04 67 02 30 00

  E-mail : gestion.contrats@cnda.cnamts.fr

- le Centre National des Professionnels de Santé, chargé de représenter les organisations professionnelles dans les instances de pilotage du programme SESAM-Vitale (maîtrise d'ouvrage et maîtrise d'œuvre) :

  CNPS

  22, Avenue de Villiers

  75849 PARIS Cedex 17

  ☎ 01 56 79 20 65

  http://cnps.netmedicom.com

- les Organismes Concentrateurs Techniques (OCT),
- les fournisseurs d'accès à Internet (FAI),
- L'ASIP Santé, chargé de la production de la carte de Professionnel de Santé :

  ASIP Santé

  9 rue Georges Pitard

  75015 Paris

  E-Mail : editeurs@asip-sante.fr

- le GIE SESAM-Vitale, chargé de l'étude, de la réalisation, de la normalisation, de la mise en œuvre et de la promotion du système SESAM-Vitale et de la carte Vitale :

  GIE SESAM-Vitale

5, bd Alexandre Oyon

72019 LE MANS Cedex 2

☎ 02 43 57 42 00

E-Mail : gie@sesam-vitale.fr

2.1.2 Les acteurs du système SESAM-Vitale

2.1.2.1 Les assurés sociaux

Les assurés sociaux :

- disposent de supports Vitale :
  - le support de type carte à puce dénommé carte Vitale dont la mise à jour leur incombe
  - et/ou le support dématérialisé sur système mobile dénommé application carte Vitale ou « ApCV »
- n'ont plus à envoyer leurs feuilles de soins à leur régime d'affiliation. La feuille de soins papier est remplacée par une Feuille de Soins Electronique (FSE) créée par les Professionnels de Santé (prescripteur et exécutant), sur leur Poste de Travail, à l'aide du support Vitale, de supports de droits et de la carte Professionnel de Santé (CPS).
- n'ont plus à envoyer de décompte papier AMO à leur AMC pour se faire rembourser des montants complémentaires. Ces documents sont remplacés :
  - soit par une Demande de Remboursement Electronique (DRE) créée sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé simultanément à la FSE. Cette DRE permet à l'AMC d'effectuer directement le paiement aux Professionnels de Santé ou à ses assurés / adhérents en fonction du service mis en œuvre.
  - soit par une Feuille de Soins Electronique contenant les informations nécessaires à la part complémentaire dans les deux cas de figure suivants :
    - l'AMO a conclu un accord conventionnel avec l'AMC concerné :
      - pour effectuer un seul paiement (part obligatoire et part complémentaire),
      - ou pour transmettre un décompte à l'AMC qui procédera au remboursement de la part complémentaire,
    - le Professionnel de Santé utilise les services d'un OCT pour « éclater » la FSE et transmettre à l'AMC les informations lui permettant d'effectuer directement le paiement aux Professionnels de Santé ou à ses assurés / adhérents en fonction du service mis en œuvre.
- peuvent recevoir une quittance lors de l'élaboration d'une facture électronique,
- reçoivent sur leur système mobile (i.e. ApCV), si ce support Vitale est utilisé, un résumé de facture lors de l'élaboration d'une facture électronique,
- reçoivent toujours de leur organisme d'Assurance Maladie Obligatoire un décompte papier indiquant les montants remboursés.

2.1.2.2 Les Professionnels de Santé

Les Professionnels de Santé :

- disposent d'une CPS,
- élaborent la facturation des soins sur leur Poste de Travail,

- transmettent aux organismes d'Assurance Maladie les FSE et les DRE. Ces factures électroniques, regroupées en lots et en fichiers, sont transmises directement ou via un Organisme Concentrateur Technique aux Organismes d'Assurance Maladie. Les connexions sont toujours à l'initiative du Professionnel de Santé,
- collectent les ordonnances, les expédient ou les mettent à disposition de l'AMO (selon les conventions conclues entre les AMO et les Professionnels de Santé),
- reçoivent des retours électroniques.

2.1.2.3 Les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire

Les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) reçoivent des flux de données provenant des Professionnels de Santé :

- soit directement,
- soit des Organismes Concentrateurs Techniques.

Convention de gestion

Certains organismes d'Assurance Maladie Obligatoire traitent la part complémentaire dans le cadre d'une convention de gestion entre AMO et AMC.

2.1.2.4 Les organismes d'Assurance Maladie Complémentaire

Les organismes d'Assurance Maladie Complémentaires (AMC) reçoivent des flux de données provenant :

- soit directement du Professionnel de Santé,
- soit des Organismes Concentrateurs Techniques,
- soit des AMO avec lesquels ont été conclues des conventions de transmission des décomptes,
- soit des AMO avec lesquels ont été conclues des conventions de gestion (dans ce cas, l'AMO effectue l'avance de remboursement de la part complémentaire).

Délégation de gestion

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.

2.2 Architecture générale de SESAM-Vitale

Le système SESAM-Vitale utilise deux supports :

- le support Vitale, reflet de la situation administrative d'un assuré / bénéficiaire et moyen de sécurisation de la FSE et de la DRE,
- la carte du Professionnel de Santé, carte d'habilitation et outil de sécurisation des échanges de flux électroniques.

Des supports de droits doivent également être utilisés (en complément ou non du support Vitale) :

- la carte Vitale,
- le service « Acquisition des DRoits » (ADRi),
- le support de droits AMC, reflet de la situation d'un assuré / bénéficiaire vis à vis d'un organisme d'Assurance Maladie Complémentaire,
- l'attestation papier justifiant des droits à la C2S délivrée par l'AMO,

- l'attestation papier justifiant des droits des sortants de C2S délivrée par l'AMO.
- l'attestation papier justifiant d'une exonération du Ticket Modérateur (ALD,…),
- le protocole de soins ALD (remplace et étend le PIRES),
- l'attestation papier AME,
- le Guide Maternité,
- le feuillet « Accident de Travail »,
- l'ordonnance,
- le bon d'examen,
- la réponse à une demande d'entente préalable,
- la réponse à la demande de prise en charge complémentaire (ex : notamment pour les fournisseurs en complément d'information du support de droits AMC),
- l'attestation de droits aux Soins Médicaux Gratuits,
- la fiche Descriptive des Infirmités donnant droit aux Soins Médicaux Gratuits.

SESAM-Vitale repose sur l'acquisition « à la source », par le Professionnel de Santé (soit à son cabinet, soit au domicile de l'assuré), des informations utiles à la constitution des factures électroniques nécessaires au remboursement des soins. Pour cela, chaque Professionnel de Santé informatisé utilise un Poste de Travail qui comprend :

- un équipement informatique (ordinateur, imprimante, modem, etc.),
- un progiciel d'élaboration des factures électroniques nécessaires au remboursement des soins,
- un dispositif de lecture des cartes à microprocesseur et de sécurisation des factures électroniques nécessaires au remboursement des soins,
- un dispositif d'échanges de données avec un système mobile (i.e. lecture d'une ApCV).

Les organismes d'Assurance Maladie mettent en œuvre des systèmes d'accueil qui reçoivent les flux de factures électroniques émis par les Professionnels de Santé et transmettent l'ensemble des flux retour SESAM-Vitale (flux d'Accusés de Réception Logique, messages de service et flux de Rejet / Signalement / Paiement).

SESAM-Vitale utilise des réseaux de transmission de données entre les Professionnels de Santé et les organismes d'Assurance Maladie pour le transport des factures nécessaires au remboursement des soins.

La mise à jour des informations contenues sur les supports Vitale est une autre fonction du système SESAM-Vitale (exemple : changement de la situation administrative d'un des bénéficiaires), non décrite dans ce document.

Le système de facturation SESAM-Vitale intègre également une solution de télétransmission et de récupération de flux de pièces justificatives émis par les Professionnels de Santé ~~prescrits~~ ayant la faculté technique de numériser les pièces justificatives permettant le remboursement des prestations délivrées aux assurés du régime d'assurances maladies obligatoire. Cette solution est le système SCOR, non décrit dans ce document.

L'implémentation de la solution du système SCOR par les éditeurs est soumise aux accords conventionnels de leurs clients qui stipulent explicitement la solution SCOR de télétransmission et de récupération de flux de pièces justificatives.

2.2.1 Les supports de SESAM-Vitale

2.2.1.1 La Carte de Professionnel de Santé

Le présent document ne contient aucune spécification relative aux cartes de Professionnels de Santé. Les caractéristiques des cartes de Professionnels de Santé sont données à titre informatif.

Généralités

Conformément aux textes réglementaires, l'ensemble des professionnels, organismes ou établissements dispensant des actes ou prestations remboursables par l'Assurance Maladie seront dotés d'une carte à microprocesseur.

Il existe différents types de Cartes du Professionnel de Santé :

Carte	Professionnel de Santé	Identifiant
CPS	Professionnel de Santé, avec Ordre ou sans Ordre	N° ADELI ou N° ADELI et FINESS
CPF	Professionnel de Santé en Formation	N° DRASS ou N° SIRIUS ou N° CDOM
CPE	Personnel d'Etablissement (cette carte peut être nominative ou non nominative selon l'organisation mise en place dans l'établissement)	N° FINESS + N° Registre de l'employé dans l'établissement
CDE	Directeur d'Etablissement	N° FINESS + N° Registre de l'employé dans l'établissement

La Carte du Professionnel de Santé permet à un Professionnel de Santé d'attester de sa qualité vis-à-vis d'un système informatique et de sécuriser ses transactions électroniques (exemples : sécurisation de l'accès au Poste de Travail ou à des applications télématiques).

Cette carte est un outil utilisable par plusieurs applications : SESAM-Vitale en est la première application majeure.

Chaque porteur d'une Carte Professionnel de Santé possède un code secret (également appelé code porteur).

Les informations contenues dans la Carte du Professionnel de Santé

La Carte du Professionnel de Santé comporte 2 volets d'information utilisés dans le contexte SESAM-Vitale :

Informations de la Carte du Professionnel de Santé	Lecture	Écriture
Informations identifiant le Professionnel de Santé	Libre	Protégée (accès au domaine géré par le G.I.P. «CPS»)
DAM – Informations nécessaires à la facturation (situations d'exercices et de facturation)	Protégée par code porteur	Protégée

2.2.1.2 Le support Vitale

Le support Vitale, à savoir la carte Vitale ou l'ApCV, est :

- soit familial,

- soit personnel pour les ayants droit de 16 ans et plus.

Dans la facturation SESAM-Vitale, le support Vitale est un support nominal et assure plusieurs fonctions :

- support de référence des données d'identification des bénéficiaires de soins et de leur organisme gestionnaire,
- support de signature Vitale de la FSE et de la DRE.

En complément, la carte Vitale est aussi support de référence des données de droits (part obligatoire et éventuellement part complémentaire). Ce n'est pas le cas de l'ApCV, pour laquelle un appel au service ADRi est nécessaire pour acquérir les données de droits du bénéficiaire des soins et signer les factures.

Aucune règle de priorité sur le choix du support Vitale n'est définie.

Pour autant, aucune mixité des données entre supports Vitale n'est autorisée. Un changement de support Vitale entraine la perte des données précédemment acquises et la reprise de l'acquisition des données du bénéficiaire des soins pour l'élaboration de la facture.

2.2.1.2.1 La carte Vitale

Le présent document ne contient aucune spécification relative à la carte Vitale. Les caractéristiques de la carte Vitale sont données à titre informatif.

Généralités

La carte Vitale est personnalisée et diffusée par l'AMO qui couvre le risque maladie de l'assuré. La diffusion de la carte Vitale s'effectue au niveau national en plusieurs étapes depuis l'année 1997.

C'est une carte à microprocesseur conforme aux normes ISO 7816, dont l'utilisation n'est pas soumise à la présentation d'un code porteur.

Les informations contenues dans la carte Vitale V1Ter

La carte V1Ter est une carte Vitale actuelle (V1Bis) enrichie de nouvelles données de cinq types :

- des données supplémentaires AMO (nom de famille, adresse, …),
- un volet AMC,
- des données relatives aux accidents du travail,
- une date de fin de validité du support carte Vitale,
- un volet intervenant pour répondre à la liberté de circulation des membres de la Communauté Economique Européenne.

Cette inscription de nouvelles données s'effectuera par télémise à jour.

La carte V1Ter permet d'utiliser l'ensemble des fonctionnalités du Package 1.40.

Données de la carte	V1 Bis	V1 Ter	Lecture	Écriture
Volet mapping				
Version mapping : cette zone contient des informations techniques concernant la version du mapping	oui	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO
Volet Administration carte				

Données de la carte	V1 Bis	V1 Ter	Lecture	Écriture
Zone optionnelle contenant la date de fin de validité de la carte	non	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO
Volet Famille				
Unique pour tous les bénéficiaires, elle contient les éléments de droits Assurance Maladie Obligatoire pour l'ensemble de la famille, notamment le matricule de l'assuré	oui	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO
Nom de famille Zone adresse	non	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO
Zone services AMO : zone optionnelle de niveau famille (dont les données sont valables pour l'ensemble des bénéficiaires portés sur la carte)	non	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO
Volet ETM famille				
Zone optionnelle, elle contient les informations de couverture Assurance Maladie Obligatoire particulière (Exonération du Ticket Modérateur) dont bénéficie l'ensemble des membres de la famille	oui	oui	Réservée uniquement aux Professionnels de Santé, établissements de santé dispensant des soins au porteur de la carte et aux agents des organismes gérant un régime de base d'Assurance Maladie.	Protégée – Réservée pour les AMO
Volet Bénéficiaire				
Propre à chaque bénéficiaire, elle contient son identification, ainsi que des informations de couverture Assurance Maladie Obligatoire particulière dont il bénéficie.	Oui	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO
Exonération du Ticket Modérateur	oui	oui	Réservée uniquement aux Professionnels de Santé, établissements de santé dispensant des soins au porteur de la carte et aux agents des organismes gérant un régime de base d'Assurance Maladie.	Protégée – Réservée pour les AMO

Données de la carte	V1 Bis	V1 Ter	Lecture	Écriture
NIR certifié : zone optionnelle, propre à chaque bénéficiaire, contient le NIR certifié du bénéficiaire	non	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO
Complément ETM : zone optionnelle, contient des précisions sur les ETM bénéficiaires. Cette zone complète la zone d'information ETM contenues dans la zone bénéficiaire	non	oui	Réservée uniquement aux Professionnels de Santé, établissements de santé dispensant des soins au porteur de la carte et aux agents des organismes gérant un régime de base d'Assurance Maladie.	Protégée – Réservée pour les AMO
Zone services AMO : zone optionnelle de niveau bénéficiaire (propre à un ayant-droit donné porté sur la carte)	non	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO
Volet Mutuelle (part complémentaire gérée par AMO)				
Zone optionnelle, propre à chaque bénéficiaire, elle contient ses informations de couverture Assurance Maladie Complémentaire dans le cas d'une gestion unique.	Oui	oui	Libre pour tous	Protégée
Volet AMC (part complémentaire gérée par un organisme d'Assurance Maladie Complémentaire)				
Zone optionnelle propre à chaque bénéficiaire, contient les informations spécifiques au contrat d'Assurance Maladie Complémentaire du bénéficiaire.	Non	oui	Libre pour tous	Protégée
Volet Complémentaire (en complément du Volet Mutuelle ou Volet AMC)				
Zone commune complémentaire	non	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO ou les AMC selon les cas
Volet Transcard (par famille)				
Zone optionnelle, zone spécifique pour expérimentation	oui	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO
Volet Netlink				
Zone optionnelle, zone spécifique propre à chaque bénéficiaire pour expérimentation	oui	Oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO

Données de la carte	V1 Bis	V1 Ter	Lecture	Écriture
Volet AT				
Zone optionnelle portant les informations nécessaires pour gérer un accident du travail.	Non	oui	Libre pour tous	La zone AT peut être utilisée par un organisme gestionnaire des AT qui n'est pas forcément le gestionnaire maladie.
Volet E 111				
Zone optionnelle portant les informations nécessaires à l'édition d'un formulaire européen E 111.	Non	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO
Volet E 112				
Zone optionnelle portant les informations nécessaires à l'édition d'un formulaire européen E 112.	Non	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO
Volet E 128				
Zone optionnelle portant les informations nécessaires à l'édition d'un formulaire européen E 128	non	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO

2.2.1.2.2 L'appli carte Vitale (ApCV)

L'ApCV est un portefeuille de cartes Vitale individuelles dématérialisées, chacune portant les données d'identification d'un seul bénéficiaire.

De plus, c'est un dispositif sécurisé d'authentification sur système mobile permettant l'accès aux services de l'assurance maladie.

En facturation SESAM-Vitale, l'utilisateur de l'ApCV est la personne qui présente son ApCV au Professionnel de Santé. L'authentification de cet utilisateur permet d'obtenir un contexte ApCV qui 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 carte Vitale individuelle dématérialisée porte les données d'identification d'un seul bénéficiaire et de son organisme gestionnaire, elle ne contient pas de données de droits. L'appel au service en ligne ADRi est obligatoire.

Le contexte ApCV a une durée de validité durant laquelle l'accès aux services qui nécessitent la présence de l'utilisateur (signature de la FSE et de la DRE notamment), est autorisé.

Le présent document ne contient aucune spécification relative à l'ApCV.
Les services de demande d'authentification de l'utilisateur d'une ApCV, de gestion du cycle de vie du contexte ApCV et de signature avec une ApCV sont décrits dans des documents spécifiques :

- les spécifications fonctionnelles générales : « ApCV-SFG-004 – Demander l'authentification et gérer le contexte ApCV» ;

- le guide d'intégration : « ApCV-MP-001 - Demander l'authentification et gérer le contexte ApCV » ;
- le guide d'intégration : « ApCV-MP-002 - Demander la signature Vitale de la facture ApCV ».

2.2.1.3 Le support de droits « ADRi »

Le présent document ne contient aucune spécification relative au service en ligne ADRi. Les caractéristiques de ce service, ainsi que le périmètre d'utilisation, sont décrits dans des documents spécifiques :

- les spécifications fonctionnelles générales : « FACT-SFG-038 Ouverture de la facturation à ADR », et
- le guide d'intégration : « SEL-MP-021 WS_ADR ».
-

Le service ADRi d'acquisition des droits en ligne est une nouvelle source de référence des droits des AMO.

Il fournit l'ensemble des informations d'identification d'un bénéficiaire des soins, ainsi que :

- ses droits sur la part obligatoire,
- ses droits complémentaires réglementaires (C2S, AME),
- ses droits complémentaires en gestion unique.
-

Les données issues d'ADRi sont isofonctionnelles à celles d'une lecture de la carte Vitale (pour les informations que les AMO y inscrivent), à l'exception de :

- l'AME, qui est fourni par ADRi,
- du top Alsace-Moselle, qui n'est pas fourni par ADRi,
- des natures de pièce justificative (AMO et AMC) qui ont des nouvelles valeurs, fournies par ADRi.

Concernant la structure des données, la correspondance entre les données issues d'ADRi et les données en sortie de la fonction de lecture de carte Vitale est décrite dans le guide d'intégration du service ADRi.

2.2.1.4 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.

Il est propre à chaque organisme 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), et éventuellement la nature du flux attendu (flux SESAM-Vitale ou flux hors SESAM-Vitale).

2.2.2 Le Poste de Travail du Professionnel de Santé

Le présent document explique comment et en quoi le système SESAM-Vitale s'intègre dans le Poste de Travail du Professionnel de Santé.

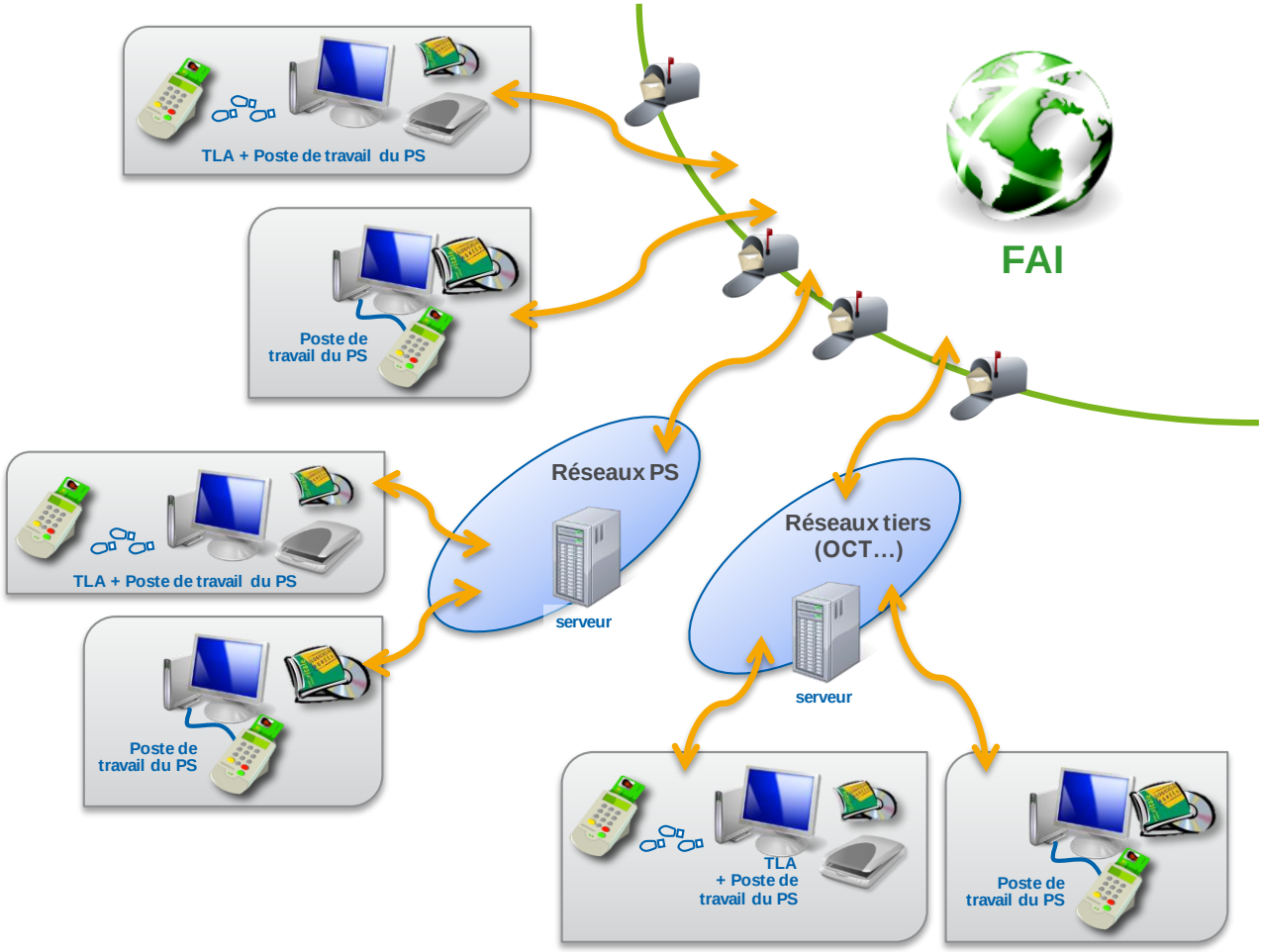
Cette version du présent document spécifie l'interface d'accès aux modules SESAM-Vitale pour un équipement informatique utilisant un dispositif externe de lecture de cartes à microprocesseur appelé lecteur SESAM-Vitale.

La saisie des informations nécessaires à la production des factures électroniques s'opère sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé. Celui-ci garde son entière liberté et son indépendance dans le choix, l'acquisition, la propriété et l'utilisation de son équipement informatique (matériel et logiciel).

Les spécifications relatives au Poste de Travail du Professionnel de Santé et les schémas des différentes configurations matérielles compatibles avec le présent document sont décrits au chapitre 4.

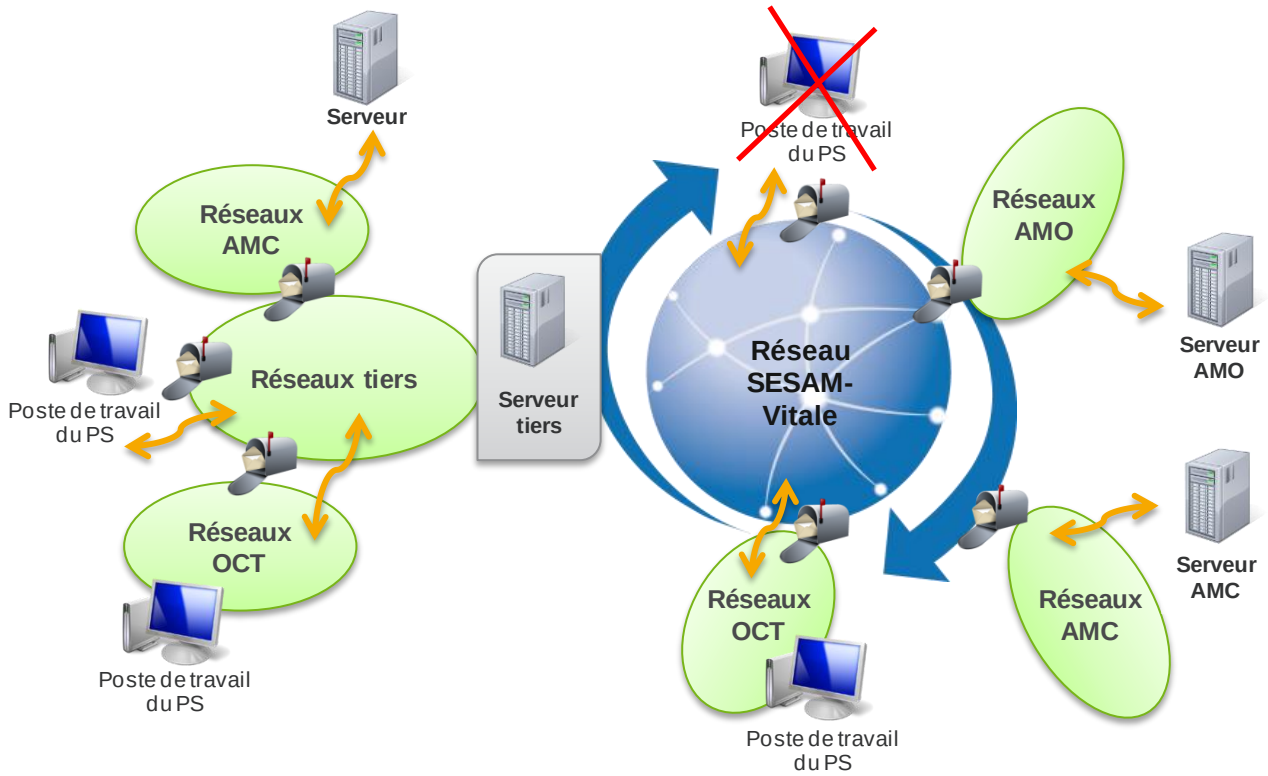
Les configurations matérielles et logicielles non couvertes par le présent document sont soumises à homologation par le GIE SESAM-Vitale conformément aux spécifications fonctionnelles du système SESAM-Vitale.

Le schéma ci-dessous présente les environnements de Poste de Travail connectés à un réseau et autorisés par le Cahier des Charges SESAM-Vitale :



2.2.3 Les réseaux d'échange

Le schéma ci-dessous représente l'architecture des réseaux impliqués dans le système SESAM-Vitale :



Le Réseau SESAM-Vitale est le réseau d'échange des flux de production SESAM-Vitale. Il est basé sur les protocoles TCP/IP (transport et réseau) et SMTP (messagerie électronique) utilisés dans le monde « Internet ».

Le Poste de Travail du Professionnel de Santé n'est pas connecté directement au Réseau SESAM-Vitale. Il peut être connecté à un réseau de messagerie.

Les AMO ont l'obligation d'être connectés directement au Réseau SESAM-Vitale pour la réception des flux SESAM-Vitale conformément aux dispositions réglementaires. Les AMC utilisent les réseaux de leur choix.

Les messages SMTP sont décrits en fonction des flux de données électroniques échangés avec un organisme d'Assurance Maladie Les profils de ces messages sont décrits dans l'annexe 4.

En d'autres termes, un progiciel de Professionnel de Santé, pour obtenir l'agrément SESAM-Vitale, doit être capable d'émettre et de recevoir des flux de production SESAM-Vitale conformément aux spécifications contenues dans l'annexe 4 du présent document, via Internet ou via un réseau tiers utilisant les mêmes protocoles de télécommunication que le Réseau SESAM-Vitale (IP, TCP, SMTP, MIME, S/MIME).

2.2.4 Les flux

2.2.4.1 Les flux SESAM-Vitale entre le Poste de Travail des Professionnels de Santé et les systèmes d'accueil des factures des organismes d'Assurance Maladie

Le système SESAM-Vitale ne modifie pas les circuits financiers entre les différents acteurs.

Le réseau de messagerie véhicule plusieurs types de flux :

- **la Feuille de Soins Electronique (FSE)** : cette facture électronique dématérialise la feuille de soin papier. Elle permet à l'assuré de ne plus envoyer la feuille de soins papier pour obtenir le remboursement des prestations par son organisme d'Assurance Maladie Obligatoire. De plus, elle peut comporter les éléments nécessaires à un remboursement de la part complémentaire,

- **la Demande de Remboursement Electronique (DRE)** : cette facture électronique correspond à la demande de remboursement de la part complémentaire,

  NB : Il est recommandé de conserver la génération des flux AMC existants entre les Professionnels de Santé et les AMC pour garantir la compatibilité ascendante et la continuité de service pour les Professionnels de Santé.

- **la Demande de Remboursement Electronique d'annulation** : lorsqu'un Professionnel de Santé souhaite annuler une DRE, il a la possibilité d'émettre une « DRE d'annulation »,
- **les Accusés de Réception Logique (ARL)** : flux émis par les systèmes d'accueil des AMO et des AMC. Ces flux indiquent au Professionnel de Santé si le lot de factures qu'il a émis a bien été reçu par l'organisme d'Assurance Maladie escompté et donc transmis avec succès. Le Professionnel de Santé est déchargé de sa responsabilité de retransmettre les lots de factures après réception d'un ARL positif,
- **les Rejet/Signalement/Paiement (RSP)** : flux émis par les AMO et les AMC. Ces flux indiquent le traitement de la facture (paiement, rejet, ou signalement),
- **les messages de service** : flux émis par les systèmes d'accueil des AMO, des AMC ou par l'opérateur de messagerie du réseau d'échange SESAM-Vitale :
  - Les flux venant des systèmes d'accueil AMO ou AMC indiquent au Professionnel de Santé que le message SMTP qu'il a transmis comporte des irrégularités au niveau des en-têtes SMTP ou de l'enveloppe des fichiers contenant les lots de factures.
  - Les flux venant de l'opérateur de messagerie du réseau SESAM-Vitale indiquent l'indisponibilité momentanée du système de réception des organismes d'assurance maladie.

Par ailleurs, le Professionnel de Santé peut recevoir des flux émis par les réseaux de messagerie (Avis de remise ou de non remise du message par le réseau). Ces flux lui indiquent que le message SMTP qu'il a transmis a été délivré ou non délivré au destinataire.

2.2.4.2 Les flux d'administration du système SESAM-Vitale

Les flux d'administration du système SESAM-Vitale sont :

- **les données de suivi du parc** : ces données, émises par les postes de travail des Professionnels de Santé à destination du GIE SESAM-Vitale, permettent d'avoir un état du parc des progiciels agréés, des lecteurs, des fournitures SESAM-Vitale et des API de l'ASIP santé; elles sont véhiculées dans les FSE,
- **les flux de mise à jour du Poste de travail du Professionnel de Santé** : les flux sont émis par le GIE SESAM-Vitale et portent sur des évolutions entre deux versions de package SESAM-Vitale. Ces évolutions peuvent concerner des mises à jour de tables, …
- **Les flux de mise à jour des tables de conventions et de regroupements** : les flux sont émis par les signataires de conventions et contiennent les fichiers de conventions et de regroupement normés.
- **les flux de mise à jour de la liste d'opposition incrémentale LOI** : les flux sont émis par le distributeur d'opposition (GIE SESAM-Vitale ou OCT) et contiennent les incréments (dLOI) applicables sur la liste d'opposition incrémentale (LOI).

2.2.4.3 Les flux entre le Poste de Travail des Professionnels de Santé et l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI

Le réseau de messagerie véhicule plusieurs types de flux :

- Les rapports de réclamation sont créés sur le Poste de Travail des Professionnels de Santé en cas de facturation à l'état « rejeté », « en anomalie » ou « en cours » depuis au moins 7 jours ouvrés (délai paramétrable dans le logiciel). Ces rapports de réclamation sont transmis dans un message SMTP au système « infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI ».
- Les accusés de réception des rapports de réclamation : flux émis par le système « infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI » au Poste de Travail des Professionnels de Santé. Ces flux indiquent au Professionnel de Santé que les rapports de réclamation qu'il a émis ont bien été reçus par l'infrastructure d'accueil et transmis au CESI,
- Les messages de service :
  - Les flux venant du système « infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI » indiquent au Professionnel de Santé que le message SMTP qu'il a transmis comporte des irrégularités au niveau des en-têtes SMTP ou de l'enveloppe des fichiers contenant les rapports de réclamation.
  - Les flux venant de l'opérateur de messagerie du réseau SESAM-Vitale indiquent l'indisponibilité momentanée du système « infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI ».

Par ailleurs, le Professionnel de Santé peut recevoir des flux émis par les réseaux de messagerie (Avis de remise ou de non remise du message par le réseau). Ces flux lui indiquent que le message SMTP qu'il a transmis a été délivré ou non délivré au destinataire.

2.3 Les apports de la version 1.40 de SESAM-Vitale

2.3.1 Les apports fonctionnels

Version 1.40

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

Version 1.40

- les flux de Demandes de Remboursement Electronique (DRE) à destination des AMC avec l'introduction du concept d'opérateur de règlement AMC et l'extension de l'identification de l'adhérent AMC,
- la maîtrise par le Professionnel de Santé des modalités de prise en compte de la part complémentaire au regard des conventions (TP ou HTP, flux électronique ou pas, type de flux électronique),
- les services de tarification de la part complémentaire (modules STS),
- les flux retour transmis par les AMC aux Professionnels de Santé (message de service, ARL, RSP), avec la création d'une nouvelle référence de retour (RSP) commune aux AMO et aux AMC,
- la prise en compte de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et des services de tarification associés (module SRT)[1],
- l'acquisition des informations issues de la carte V1 ter, et de tout autre support éventuel,

[1] La CCAM concerne au démarrage les éditeurs de progiciels à destination des médecins et des chirurgiens-dentistes.

- la désynchronisation des signatures des FSE et des DRE sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé pour toutes les spécialités de Professionnel de Santé,
- la modification de la sécurisation du mode dégradé (confidentialité et intégrité des données),
- la limite d'utilisation du mode de sécurisation SESAM sans Vitale,
- le signalement de tout forçage des données en carte ou des paramètres sur l'environnement de travail du Professionnel de Santé pour permettre une application éclairée de la garantie de paiement,
- le suivi du Parc des fournitures SESAM-Vitale,

Version 1.40-Addendum 1

- la gestion des bénéficiaires sortants du dispositif de CMU complémentaire,
- l'élaboration et la transmission d'une Feuille de Soins Electronique AT dans le cadre d'une gestion multi-organismes destinataires des risques Maladie et Accident du Travail à partir de la carte Vitale 1 ter,
- la création d'un nouveau message de service dit Accusé de Réception Provisoire,

Version 1.40-Addendum 2bis

- la prise en compte de la Réforme d'Assurance maladie : loi du 13 Août 2004 et de la convention médicale de janvier 2005 :
  - le dispositif Médecin Traitant et la gestion du parcours coordonné de soins,
  - le protocole de soins ALD,
  - de nouvelles majorations,
  - la réglementation concernant les soins ou traitements susceptibles d'un usage détourné,
  - la mesure facturette du Pharmacien,
  - les données associées aux contrats AMC responsables (dits aussi contrats « aidés »).
- la gestion de la nature d'assurance maternité pour le régime RSI (cette gestion est maintenant identique aux autres régimes, cf. Annexe 2),
- la prise en compte des invalides civils ou militaires et des allocataires du Fond de Solidarité Vieillesse du régime RSI dans le cadre de l'alignement des taux de ce régime sur ceux du régime général,
- l'aide à la mise à jour des tables des conventions et des regroupements par la mise à disposition de fichiers normés,

Version 1.40-Addendum 3

- Prise en compte des 4 nouvelles spécialités de médecin suivantes
  - 20 : Réanimation médicale
  - 34 : Gériatrie
  - 79 : Gynécologie obstétrique et gynécologie médicale
  - 80 : Santé publique et médecine sociale

Version 1.40-Addendum 4

- l'assouplissement de la date de référence pour la part complémentaire dans le cas d'une facture en gestion séparée élaborée par un Professionnel de Santé des familles « Pharmaciens », « Fournisseurs » et « Auxiliaires Médicaux »
- l'identification dans la facture des Professionnels de santé par leur n° d'identification nationale RPPS,
- la prise en compte de l'évolution du format des codes CIP (passage de 7 à 13 caractères) et du cadre réglementaire de la traçabilité en matière de médicaments,

Version 1.40-Addendum 6

- l'intégration d'une nouvelle famille de Professionnels appelée « Fournisseurs » délivrant des dispositifs médicaux de la Liste des Produits et Prestations remboursables (LPP), dans le système SESAM-Vitale, permettant à cette famille de professionnels de réaliser et d'émettre des Feuilles de Soins Electroniques (FSE) et des Demandes de Remboursement Electroniques (DRE),
- la gestion des Soins Médicaux Gratuits (SMG),
- la gestion des bénéficiaires disposant d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire (dispositifs « ACS TP Social AMO » et « TPi ACS »),

Version 1.40-Addendum 7 – juillet 2015

- la mise en œuvre de la diversification des tarifs des actes CCAM en fonction de la situation conventionnelle du PS,
- l'ouverture de la CCAM aux Sages-femmes,
- l'évolution de la gestion des remplaçants :
  - ouverture de cette fonctionnalité aux Auxiliaires-médicaux
  - amélioration de cette fonctionnalité pour les Prescripteurs
- l'ajout des nouvelles spécialités de PS suivantes :
  - 53 : Chirurgien dentiste spécialité C.O.
  - 54 : Chirurgien dentiste spécialité M.B.D
  - 69 : Chirurgie orale
- la gestion des APIAS : soins dispensés en milieu civil aux personnels victimes d'une Affection Présumée Imputable Au Service,

A noter que cet addendum intègre également les avenants suivants :

- EV41 : Honoraires de Dispensation
- EV65 : Tiers Payant intégral ACS
- EV68 : Chiffrement de pièces jointes
- EV69 : Rétinopathie Diabétique (dispositif de dépistage de la rétinopathie diabétique en coopération entre l'orthoptiste et l'ophtalmologiste. Ce dispositif est décrit exclusivement dans l'annexe 8)

Version 1.40-Addendum 7 – JUIN 2017

Intégration des avenants publiés depuis juillet 2015 :

- EV78 : TP-ALD-Mater
- EV79 : Suivi des RSP-580
- AVENANT 10 : TPG : Tiers Payant Généralisé
  - EV84 : Impacts de la PUMA
  - EV85 : Automatisation du tiers payant AMO
  - EV86 : Génération d'un rapport de réclamation
  - EV88 : Contrôle double facturation
  - EV89 : Obligation de la compatibilité LPS-OCT
- AVENANT 11 : Référentiel PS (SPHEV)
- EV91 : Convention médicale 2016
  - AVENANT 12 : Convention médicale 2016 - Tarification NGAP
  - AVENANT 13 : Convention médicale 2016 - Tarification CCAM
- AVENANT 14 : Victimes d'attentat
-

Version 1.40 -Addendum 7 - Décembre 2018

- AVENANT 15 : EV96-Convention Pharmaciens 2017 : Honoraires de Dispensation
- AVENANT 16 : EV100-Accidents de droit commun
- AVENANT 18 : EV101-Télémédecine
- AVENANT 19 : EV105-100% Santé
- AVENANT 20 : EV105-CFE
- AVENANT 21 : Maintenance
  - EV83 - Maintenance Réglementaire
  - EV104 - Maintenance Technico-fonctionnelle
-

Version 1.40 -Addendum 8

La version **1.40 Addendum 8** comprend principalement les évolutions fonctionnelles suivantes :

- EV106 Nouvelles spécialités de Professionnels de Santé
- EV111 Réurbanisation des FSV - fonctions métier
- EV113 Réurbanisation des FSV - fonctions technique
- EV117 : Facturer avec une ApCV

et intègre les avenants suivants :

- AVENANT 22 : EV112-Mesure Génériques

- AVENANT 23
  - EV107 : Adresse DRE via l'Annuaire AMC
  - EV108 : Identifiant AMC sur les attestations AMC harmonisées en GU
- AVENANT 24 : EV115-Évolution de la gestion des indemnités kilométriques pour les infirmiers
- AVENANT 25 : EV116-Accompagnement Téléconsultation
- AVENANT 26 : EV119-C2S-100% Santé 2020
- AVENANT 27 : EV120-Consultations Obligatoires Enfants
- AVENANT 28 : EV124-Actes complexes pour Chirurgiens-Dentistes

Version 1.40 -Addendum 8 Février 2024

- AVENANT 26 : EV119-C2S-100% Santé 2022
- AVENANT 29 : EV129-Tiers-payant IVG
- AVENANT 33 : EV133-RPPS pour les salariés en centres de santé
- AVENANT 34 : EV134-Santé sexuelle
- AVENANT 37 : EV137-Contraception d'urgence
- AVENANT 39 : EV139-FSE anonymisées

Mise en œuvre

La mise en œuvre de ces évolutions est facilitée notamment par la présence de données supplémentaires en carte Vitale 1 ter. Le même niveau fonctionnel peut être éventuellement obtenu à partir de l'utilisation d'une carte Vitale 1 bis et d'autres supports.

Le Professionnel de Santé doit disposer de l'ensemble des nouvelles fonctionnalités sur son Poste de Travail. Cependant, le Professionnel de Santé décide de l'activation ou non des services suivants :

- la saisie d'actes CCAM,
- les services de tarification complémentaire STS,
- la liste d'opposition.

2.3.2 Le dispositif Médecin Traitant et la gestion du parcours coordonné de soins

Le dispositif médecin traitant et la gestion du parcours coordonné de soins comprennent :

- la désignation par le patient de son médecin traitant,
- le respect par le patient 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.

Désignation du médecin traitant ⓘ

A compter du 1er janvier 2005 les assurés et les ayants droit de 16 ans et plus sont tenus de choisir leur médecin traitant, généraliste ou spécialiste, pour respecter le parcours de soins.

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 ».

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 au §3.2.1.3 Professionnel de Santé Remplaçant.

Les médecins des centres de santé s'inscrivent dans le dispositif du parcours coordonné de soins.

Respect du parcours de soins

Pour respecter le parcours coordonné de soins, le patient 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
- **Hors résidence** habituelle du patient ⑤
- Accès direct spécifique
  Pour certaines spécialités l'accès direct spécifique est prévu soit pour certains actes uniquement soit en fonction de l'âge du patient. 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)
- 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 du service des armées, (11)
- le Médecin traitant de substitution, ②
- le **Généraliste récemment installé** pour la première fois en libéral, ③
- le Médecin nouvellement installé en zone sous médicalisée, ④
- le spécialiste agissant en **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 patient est considéré **hors parcours de soins**. ⑩

Cas non concernés par le parcours de soins

Sont non concernés par le parcours coordonné de soins, les cas d'**Urgence** ⑦ et les cas d'exclusion décrits ci-dessous :

Cas d'exclusion :

A partir du 1er juillet 2005, plusieurs cas d'exclusion du parcours coordonné de soins sont prévus en lien avec :

- soit la spécialité du Professionnel de Santé,
  Les Professionnels de Santé non médecin ne sont pas concernés par le parcours coordonné de soins. Dans le cadre de SESAM-Vitale, il s'agit des familles pharmaciens, laboratoires, auxiliaires médicaux, fournisseurs et des catégories chirurgiens dentistes, et sages-femmes.
  Cependant, les pharmaciens, laboratoires, peuvent renseigner dans la facture des informations en lien avec le parcours coordonné de soins.
- 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 l'annexe 2- règle R37.

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.

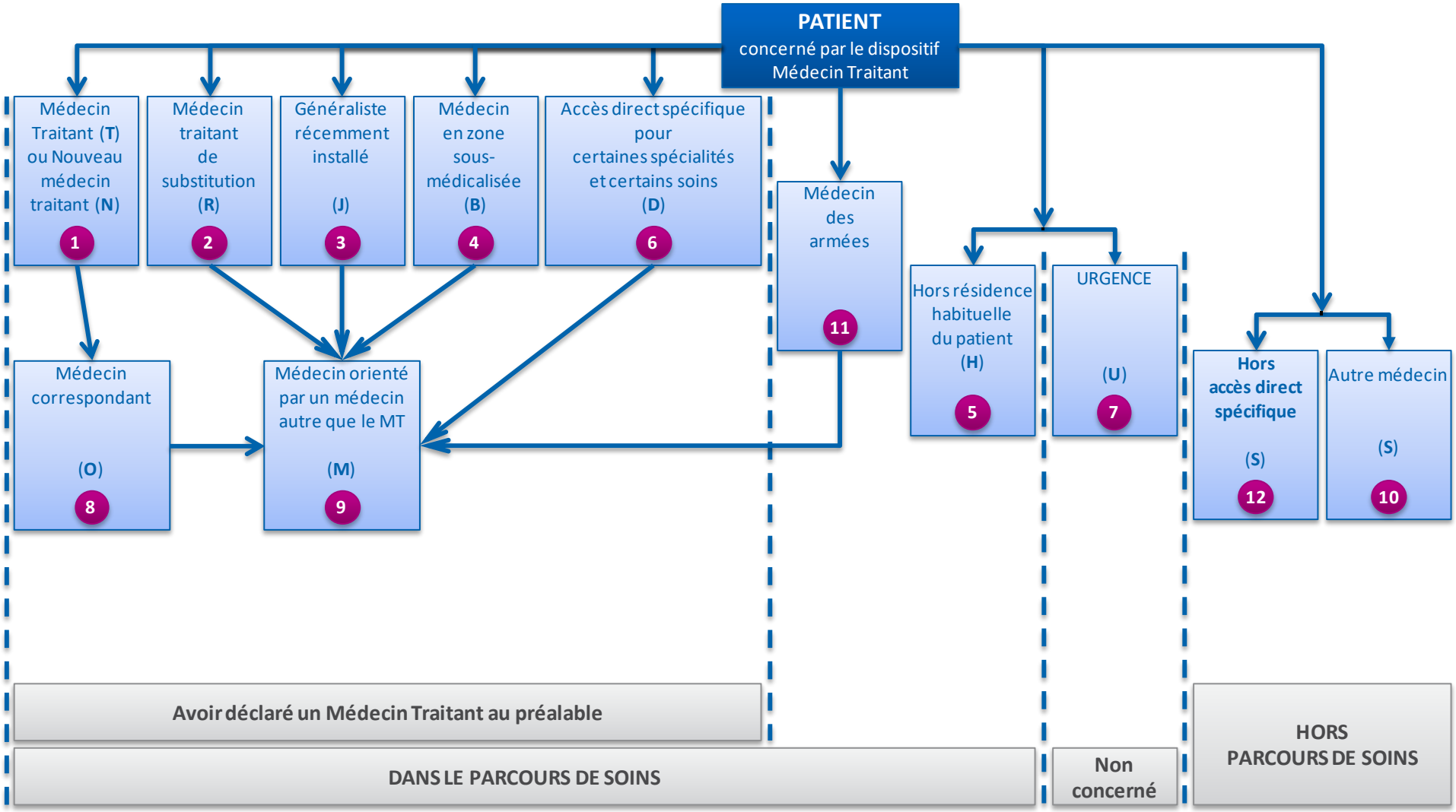
Contrat responsable

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'exonérations sociales et fiscales mais n'a aucun aspect obligatoire. Cela ne concerne par la totalité des contrats complémentaires.

Le schéma suivant indique le contexte général du dispositif du médecin traitant et du parcours coordonné de soins pour les patients concernés par le dispositif Médecin Traitant.



2.3.3 Les « Fournisseurs » dans SESAM-Vitale

2.3.3.1 Contexte règlementaire

Les prestataires délivrant des dispositifs médicaux et assurant des prestations appelés communément « fournisseurs » représentent une catégorie extrêmement diverse tant au niveau des métiers exercés que des statuts. En revanche le domaine d'intervention est commun et régi par les articles L165-1 à L165-9, R165-1 à R165-30 du Code de la Sécurité Sociale.

Les produits et prestations susceptibles d'être pris en charge par l'Assurance Maladie doivent figurer sur la liste mentionnée à l'article L165-1 et sont pris en charge dans les conditions fixées aux articles R165-1 à R165-30 du Code de la Sécurité Sociale.

2.3.3.2 L'identification du fournisseur

Un numéro d'assurance maladie est attribué au fournisseur. Pour la famille Fournisseur ce numéro n'identifie pas l'individu mais la structure (Personne physique ou morale quel que soit le mode d'exercice : artisan, commerçant, société, association) qui facture à l'Assurance Maladie.

2.3.3.3 Les professionnels concernés

- **Les Professionnel de Santé** : opticiens – audioprothésistes - orthésistes – ocularistes – épithésistes – podo orthésistes – orthoprothésistes
- **Les non Professionnel de Santé** : personnels "compétents" (notamment commerces de matériel médical)
- A côté de ces professionnels il existe généralement dans chaque point de vente **du personnel administratif** lequel pourra être doté de cartes selon sa fonction et son niveau de responsabilité.

2.3.3.4 Les activités du Professionnel Fournisseurs et son code spécialité

2.3.3.4.1 Liste des activités concernées

Suivant l'activité principale de la structure, un code spécialité est attribué au Fournisseurs. Les Titres et chapitres sont des informations venant de la LPP.

Type d'activité du Professionnel	Code spécialité
Société (Titre I, titre II chapitre 4, titre IV)	***60***
Artisan (Titre I, titre II chapitre 4, titre IV)	***61***
Association (Titre I, titre II chapitre 4, titre IV)	***62***
Orthèses (Titre II, chapitre I)	***63***
Optique médicale (Titre II, chapitre 2)	***64***
Audioprothèses (Titre II, chapitre 3)	***65***
Prothèses oculaires et faciales (Titre II, chapitre 5)	***66***
Podo-orthèses (Titre II, chapitre 6)	***67***
Ortho prothèses (Titre II, chapitre 7)	***68***

2.3.3.4.2 Des dispositifs LPP exclus du périmètre SESAM-Vitale

Pour l'intégration des fournisseurs dans SESAM-Vitale sont exclus du périmètre les produits des dispositifs médicaux du titre III (Dispositifs médicaux implantables) : Code prestation : PII et PME.

Pour information :

- Le code prestation PME n'est pas dans le périmètre actuel de SESAM-Vitale.
- Le code prestation PII est déjà dans SESAM-Vitale pour les spécialités pharmaciens, mais reste exclu pour les fournisseurs.

2.3.3.5 Les cartes CPx des Professionnels Fournisseurs

Les Fournisseurs **PS** ont des **CPS**.

Les Fournisseurs **non PS** ont des **CPE nominatives ou anonymes ou des CDE** nominatives (Directeur)

Les CPS, CPE, CDE peuvent signer les factures et/ou les lots suivant les habilitations en carte.

Cf. §4.3.1 SP02

2.3.4 Les Soins Médicaux Gratuits

2.3.4.1 Contexte réglementaire

Depuis la fin de la première guerre mondiale, la France a mis en œuvre un dispositif d'intervention publique permettant d'exprimer la souveraineté nationale et de sauvegarder l'ensemble des intérêts matériels et moraux des anciens combattants et victimes de guerre.

Ce dispositif, fixé par le Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre (CPMIVG), reconnaît un droit à réparation, par l'Etat, aux victimes atteintes d'une infirmité ou d'une maladie résultant de tous faits de guerre et de service.

L'article L115 du CPMIVG dispose que l'Etat doit gratuitement, aux titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du code susvisé, les soins médicaux nécessités par les infirmités qui donnent lieu à pension, en ce qui concerne exclusivement les accidents et complications résultant de la blessure ou de la maladie qui ouvre droit à pension.

L'article L128 du CPMIVG dispose que les titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du code susvisé ont droit aux appareils nécessités par les infirmités qui ont motivé la pension. Les appareils et accessoires sont fournis, réparés et remplacés aux frais de l'Etat tant que l'infirmité en cause nécessite l'appareillage.

L'appareillage est effectué sous le contrôle et par l'intermédiaire de l'Etat. Il est assuré par les centres d'appareillage du ministère des anciens combattants et victimes de guerre.

Le mutilé est comptable de ses appareils qui restent propriété de l'Etat.

Les modalités de l'appareillage sont fixées par instruction ministérielle.

2.3.4.2 Population concernée

Les titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du CPMIVG, résidant en France métropolitaine ou dans les départements et collectivités d'outre-mer, bénéficient des soins médicaux gratuits.

La population est composée :

- d'anciens combattants y compris anciens appelés,
- de militaires ou anciens militaires, les étrangers ayant servi dans l'armée française,

- de supplétifs de l'armée ayant effectué leur service durant les conflits mondiaux ou coloniaux (tirailleurs marocains, algériens, tunisiens..) dans des unités régulières,
- de victimes civiles de la guerre (exemple : déportés, internés), dont les victimes d'actes de terrorisme (VAT) commis depuis le 1er janvier 1982, auxquelles la loi N° 90-86 du 23 janvier 1990 confère la qualité de victime civile de guerre. Cela concerne les ressortissants français et étrangers victimes d'actes de terrorisme perpétrés sur le territoire français, ainsi que les ressortissants français victimes d'actes de terrorisme perpétrés à l'étranger. Pour les VAT, le bénéfice de la législation de l'article L115 résulte d'un choix.
- de militaires et réservistes en activité, dont le code constitue le dispositif du droit à réparation et de la prise en charge des soins nécessités par les blessures, infirmités, accidents et maladies imputables à l'activité de service.

2.3.4.3 Professionnel de Santé concernés

Tous les Professionnels de Santé identifiés comme intégrés au périmètre du Cahier des Charges SESAM-Vitale (cf. Annexe 1-A0 § 2.2) sont émetteurs potentiels de flux en rapport avec les SMG, qu'ils exercent en centres de santé ou non.

2.3.4.4 Remboursement des soins

Le remboursement des SMG se fait sur la base du tarif conventionnel de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), sans application du ticket modérateur (100% du TRSS).

Les actes soumis à entente préalable en assurance maladie sont soumis à la procédure d'accord préalable au titre des SMG dans les mêmes conditions.

Il existe cependant des situations particulières qui impliquent un remboursement des prestations selon un mode différent de celui appliqué en assurance maladie.

Dans ces cas, le Professionnel de Santé adresse à la CNMSS une demande de prise en charge. Celle-ci est toujours requise avant la facturation.

2.3.4.5 La procédure de Demande de Prise en charge SMG

Cette procédure est réservée en principe aux cas suivants :

- **Prestations non remboursables ou déremboursées** et dans le cadre des Soins Médicaux Gratuits, tout acte **hors nomenclature ou non remboursable** ou tout médicament non remboursable ou déremboursé doit faire l'objet d'une demande de prise en charge.
- **Prestations pouvant être prises en charge à un tarif supérieur au TRSS**. L'accord préalable doit permettre une prise en charge AMO supérieure au TRSS assurance maladie. Le système de facturation devra donc permettre la prise en charge au titre des SMG de la différence entre le TRSS et le montant accordé par l'accord préalable SMG.

Ainsi, cette procédure est applicable :

- à tous les actes et prestations pour prise en charge d'un tarif supérieur au TRSS.
- aux prothèses dentaires réalisées par un chirurgien–dentiste ou un médecin réalisant des soins dentaires dans le cadre des Soins Médicaux Gratuits.
- aux médicaments non remboursables ou déremboursés
- aux prestations jamais couverts par le régime de base mais pris en charge dans le cadre des SMG. (Exemples : couches, ostéopathie …). Ce type de prestation est identifié par le Professionnel de Santé dans la facture sous le code prestation SGS.

La facturation correspondante est réalisée par le Professionnel de Santé uniquement après réception de l'accord de prise en charge.

Cet accord de prise en charge mentionne un montant total de prise en charge que le Professionnel de Santé devra saisir lors de la facturation.

A un accord de prise en charge correspond une seule facture et inversement, une facture couvre une seule prise en charge. Il convient donc pour le Professionnel de Santé de facturer : d'une part les actes soumis à accord de prise en charge et d'autre part les actes non soumis à cet accord.

Cas particulier des Propharmaciens

Les Professionnels de Santé propharmaciens peuvent être amenés à dispenser à la fois des actes professionnels et à délivrer des prestations sanitaires ou médicaments.

Dans ce cas où un accord de prise en charge est nécessaire à la fois pour les actes professionnels et pour les médicaments, le propharmacien établit 2 demandes de prise en charge distinctes, l'une pour les actes professionnels, l'autre pour les médicaments.

2.3.4.6 La procédure d'Entente Préalable

Dans le cadre des SMG la procédure de demande d'accord préalable met en œuvre les mêmes règles de gestion que la procédure de l'entente préalable en assurance maladie

La demande d'Entente préalable et la demande de prise en charge 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.

2.3.5 Les apports techniques

La version 1.40 comprend les apports techniques suivants :

- le chiffrement de pièce jointe,
- la compression et la décompression des messages,
- les consignes pour éviter les doublons de facture,
- la mise à jour des composants SESAM-Vitale,
- l'ouverture de la facturation SESAM-Vitale aux lecteurs PC/SC et les nouveaux mécanismes de sécurisation,
- l'authentification de la carte Vitale sur le poste du Professionnel de Santé si celle-ci est une carte Vitale 2.

Comme pour le socle fonctionnel 1.40 addendum n°6, SESAM-Vitale garantit le fonctionnement uniquement sur des lecteurs 3.00 et supérieur.

2.4 Les évolutions du système

Ce chapitre a pour objet de présenter aux éditeurs de logiciels d'une part les évolutions prévues à court terme et d'autre part d'informer les éditeurs sur les nouvelles orientations à venir modifiant la conception du système.

Évolutions à court terme

La présente version du Cahier des Charges sera complétée ultérieurement par :

- l'extension de la liste d'opposition à tous les Professionnels de Santé et l'opposabilité de cette liste d'opposition à tous les Professionnels de Santé,
- la fourniture d'une boîte à outils permettant aux éditeurs de développer une solution autonome de mise à jour des fournitures SESAM-Vitale,

- l'utilisation de la carte Navette comme média de transmission des éléments de facturation entre le préleveur et le laboratoire d'analyses de biologie médicale,
- Le Projet de réforme consistant à remplacer les dates à prendre en compte pour déterminer la base et le taux de remboursement des soins effectués par un Professionnel de Santé par une seule et unique date de référence.

Ce projet de réforme exclut la Complémentaire Santé Solidaire (C2S).

Le Cahier des Charges précise dans l'annexe 2 que la date à prendre en compte est identifiée par l'une des règles T1, T3.1, T1 bis, T3.1bis, T1ter ou T3.1ter. Le projet de réforme permettra de simplifier ces règles.

A ce jour, la date « unique » n'est pas encore fixée. Cependant, il est nécessaire de prévoir cette évolution par un paramétrage de ces dates sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé afin de faciliter la mise en œuvre de cette réforme sur le terrain.

Évolutions à moyen terme

Dans le but notamment d'alléger le travail des éditeurs ainsi que d'accéder à des services en ligne, d'autres évolutions sont prévues à moyen terme.

Sont prévus :

- un module complet de tarification de la part obligatoire,
- des modules de tarification complémentaire évoluant vers l'accès à des services distants (accès à des droits, calcul de tarifs).

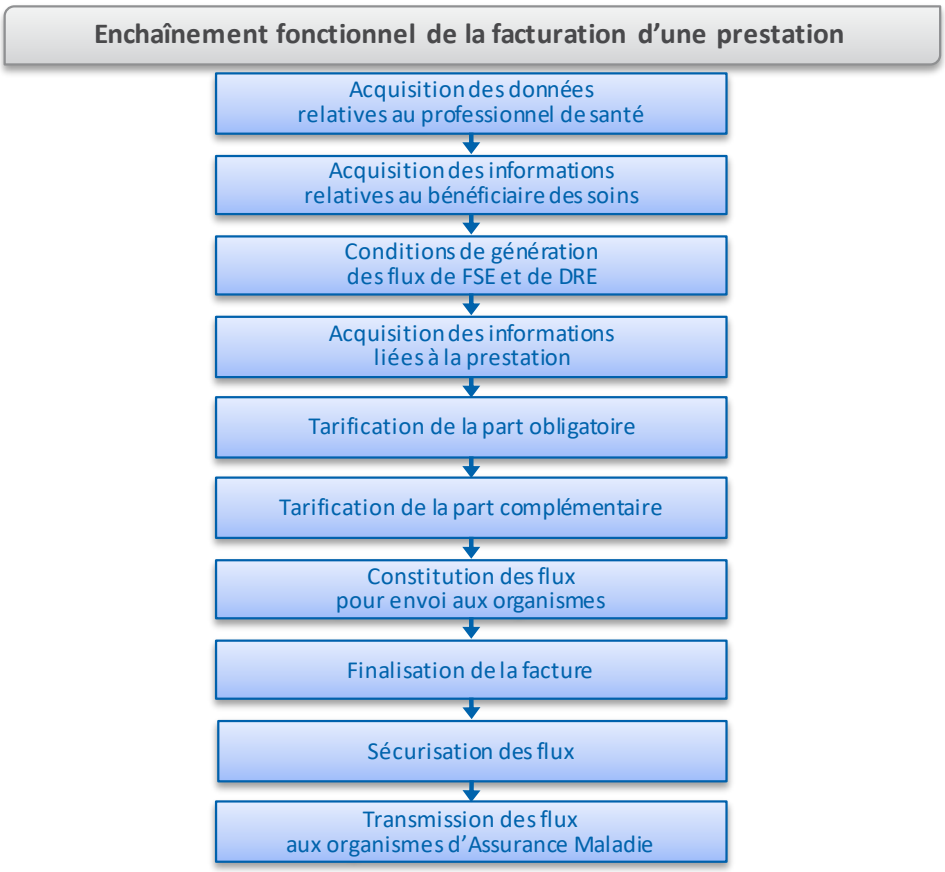
3 Description fonctionnelle de SESAM-Vitale

Ce chapitre décrit les fonctions de la version 1.40 du système de facturation du Poste de Travail du Professionnel de Santé.

Elles sont les suivantes :

- l'acquisition des données du bénéficiaire des soins à partir des différents supports disponibles (support Vitale, ADRi, attestations,…),
- la dématérialisation de la facture en tiers payant ou hors tiers payant chez le Professionnel de Santé tant pour la part obligatoire que pour la part complémentaire,
- le traitement des retours,
- l'administration du système SESAM-Vitale : suivi de parc et mise à jour du Poste de Travail ; la liste d'opposition.

La participation du Poste de Travail du Professionnel de Santé à ces fonctions est décrite dans le chapitre 4.



La dématérialisation des factures consiste à collecter l'ensemble des informations de facturation (acquisition des données relatives au Professionnel de Santé, au bénéficiaire des soins, des données liées à la prestation…) et à procéder au calcul des montants des parts obligatoire et/ou complémentaire. Lorsque la phase de tarification est terminée, les FSE et/ou DRE sont élaborées sur cette base commune.

3.1 Lecture de la carte Vitale

La lecture de la carte Vitale doit être permise aux professionnels de Santé indépendamment de la réalisation d'une facture.

3.2 Facturation d'une prestation sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé

3.2.1 Acquisition des informations liées au Professionnel de Santé

Les informations liées au Professionnel de Santé concernent :

- les informations d'identification du Professionnel de Santé,
- les situations d'exercice et de facturation du Professionnel de Santé.

La Carte de Professionnel de Santé impose que le code porteur soit fourni pour la lecture des situations d'exercice et de facturation du Professionnel de Santé.

RPPS

Le projet de Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) vise à créer un répertoire des Professionnels de Santé libéraux et salariés afin de :

- simplifier les démarches administratives des Professionnels de Santé, avec un guichet unique,
- identifier les Professionnels de Santé d'une manière pérenne et nationale,
- identifier le rattachement du Professionnel de Santé à sa structure,
- améliorer la connaissance et le suivi de l'activité des prescripteurs.

L'identifiant pérenne et unique est le N°RPPS, sur 10 caractères (plus une clé de Luhn).

Actuellement les praticiens salariés ne sont pas identifiés dans les fichiers de l'Assurance Maladie, seuls les établissements sont répertoriés (n° FINESS).

Si les praticiens hospitaliers constituent la cible prioritaire en terme d'identification au RPPS, il n'en demeure pas moins qu'à terme, tous les Professionnels de Santé seront identifiés au RPPS.

Le système SESAM-Vitale évolue donc afin d'être prêt à recevoir et transporter dans la facture, non seulement le n°RPPS du prescripteur, mais aussi de l'exécutant dès lors que cette information figurera dans sa CPS.

Cependant, à ce jour, le Professionnel de Santé exécutant conserve son numéro d'identification de facturation fourni par l'Assurance Maladie, et ce numéro reste utilisé pour la facturation.

3.2.1.1 Médecin propharmacien

L'implémentation par les éditeurs de la fonctionnalité « propharmacien » est optionnelle.

Les Professionnels de Santé propharmaciens peuvent, à partir de leur environnement de travail, indiquer dans la facture les actes servis et les médicaments délivrés.

Le Professionnel de Santé 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.

3.2.1.2 Professionnel de Santé Remplaçant

La situation de remplacement fait l'objet d'un mode de fonctionnement spécifique.

La gestion des remplaçants est spécifiée dans ce Cahier des Charges uniquement pour les catégories de Professionnels de Santé Prescripteurs, Pharmaciens et Auxiliaires Médicaux.

Cf. §4.3.1 SP02

3.2.1.3 Centre de Santé

Pour les Centres 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.

3.2.1.4 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 soit un généraliste, soit un spécialiste.

Le médecin traitant est choisi sans limitation de durée. Il assure le premier niveau de recours aux soins, et si nécessaire oriente son patient 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.

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 (cf. Annexe 2), son remboursement par le régime obligatoire est alors réduit.

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»).

3.2.1.5 Contrat Tarifaire PS

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.

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.

3.2.1.6 Professionnel de Santé Prescripteur

Outre les Professionnel de Santé de la famille « Prescripteurs » (cf. Annexe1-A0), 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.

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 …

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.

3.2.1.7 Fournisseurs

Pour les professionnels de la famille Fournisseurs lors de l'élaboration d'une facture, le système de facturation doit utiliser les informations conventionnelles (informations relatives à la situation conventionnelle, à la spécialité, à la zone tarifaire et aux indemnités kilométriques) contenues sur le Poste de Travail.

En effet, en dehors du numéro de facturation et des habilitations de signature, les informations, dans le Domaine de l'Assurance Maladie (DAM) de la CPS restituées par la lecture de la carte CPx ne sont pas significatives.

3.2.2 Acquisition des informations liées au bénéficiaire des soins

Les informations liées au bénéficiaire des soins concernent les informations :

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

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

Les informations de droits sont acquises à partir des données :

- de la carte Vitale (uniquement si le support Vitale est la carte Vitale),
- du service ADRi,
- ou de tout autre support éventuel.

Si la date de fin de validité de la carte Vitale est dépassée ou si la carte n'est pas valide (non authentifiée par exemple), le Professionnel de Santé ne dispose d'aucune information issue de la carte.

3.2.2.1 Situation du bénéficiaire au regard du remboursement de la part obligatoire

Acquisition des informations avec la carte Vitale

L'acquisition des informations du bénéficiaire s'effectue à partir :

- de la carte Vitale, en fonction de la date de consultation (selon spécifications décrites dans les annexes 1 et 2),
- ou du service ADRi.

Le Professionnel de Santé identifie le bénéficiaire des soins pour lequel la facture est élaborée.

Le progiciel détermine le support de droits AMO retenu pour élaborer la facture : service ADRi ou carte Vitale.

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

Les droits utilisés pour réaliser la facture, issus du service ADRi, sont utilisés en annule et remplace des droits lus en carte Vitale, car les données issues d'ADRi sur la part obligatoire se substituent complètement à celles de Vitale. Le progiciel ne doit pas panacher les droits AMO issus du service ADRi avec les droits issus d'un autre support de droits, la carte Vitale comprise.

Acquisition des informations avec l'ApCV

En présence d'une ApCV, le progiciel utilise le service de demande d'authentification de l'utilisateur de l'ApCV pour acquérir un contexte ApCV.

Le Professionnel de Santé identifie le bénéficiaire des soins.

L'acquisition des informations de droits du bénéficiaire des soins s'effectue avec le service ADRi.

Les droits AMO issus du service ADRi ne doivent pas être panachés avec les droits issus d'un autre support de droits.

Accident de travail

Le Professionnel de Santé peut réaliser une feuille de soins électronique sécurisée (sous certaines conditions, Cf. Annexe 2) 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 issues du support de droits AMO, 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 dans le 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 dans le support de droits AMO, c'est cette dernière qui doit être prise en compte.

- 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 dans le support de droits AMO, le Professionnel de Santé peut réaliser une feuille de soins en mode SESAM Vitale dégradé (en cas de télémédecine, hors prestations d'accompagnement à la téléconsultation, le mode de sécurisation dégradé est interdit, dans ce cas, le mode Sesam sans Vitale doit être utilisé).
- 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 issu du support de droits AMO.

Les données des tables 11.x de l'annexe 2 de ce Cahier des Charges sont susceptibles d'évoluer, l'éditeur doit rendre ces tables les plus évolutives possibles.

Cas des 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.

Maternité

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 ».

La nature d'assurance maternité est déterminée par le Professionnel de Santé.

Dans certaines situations le contexte de maternité peut être détecté par le progiciel (cf. Annexe1-A0 – Groupe 1512)

En assurance maternité, le Professionnel de Santé doit proposer le tiers payant sur la part obligatoire, le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance des frais.

Les droits des bénéficiaires à l'Assurance Maladie Obligatoire

La lecture de la carte Vitale apporte au Professionnel de Santé les informations sur les droits de l'assuré et de ses ayants droit.

L'acquisition des droits en ligne avec le service ADRi apporte au Professionnel de Santé les informations sur les droits du bénéficiaire des soins uniquement.

Droits de base

Suivant les dispositions législatives liées à la Couverture Maladie Universelle (loi n°99-641 ; Art 5) : « Une personne ne peut perdre le bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité que si elle cesse de remplir la condition de résidence [...] ou si elle est présumée absente dans les conditions prévues par l'article 112 du code civil. ». Il n'y a plus 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.

Ce principe ne vaut que pour les droits de base de l'AMO.

Tiers payant AMO

- Cas général :

  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 est identifié avec un support Vitale, ce dernier pouvant la refuser.

- Cas particuliers : bénéficiaires « autre situation de migrant » et adhérents au Régime de la Caisse des Français à l'étranger

  Ces bénéficiaires ne sont pas concernés par cette obligation de tiers payant AMO si leur date de fin de droits AMO est dépassée.

- Cas particulier : tiers payant réglementaire

  Dans certains cas prévus par la réglementation, le Professionnel de Santé est tenu de proposer l'avance de frais à l'assuré, celui-ci pouvant la refuser.

Ces cas de tiers payant règlementaire sont identifiés par la règle R29 de l'annexe 2.

- Autre situation de tiers payant

  Ces situations de tiers payant AMO ne préjugent en rien de l'existence d'autres situations de tiers payant issues d'accords conventionnels AMO/AMC/PS qui ne sont pas décrites dans le présent Cahier des Charges.

Accès du bénéficiaire au tiers payant AMO

Pour les Professionnels de Santé Pharmaciens :

Afin d'inciter les bénéficiaires à mettre à jour leur carte Vitale, l'accès au tiers payant AMO est limité en fonction de la date de fin de droits AMO ; la mise à jour de la carte Vitale a pour effet, notamment, la prolongation des droits AMO en carte.

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 (cf. Annexe2). Cet accord entraîne alors un forçage de la facture.

Pour les Professionnels de Santé hors Pharmaciens :

L'accès au tiers payant AMO n'est pas limité en fonction de la date de fin de droits AMO, hormis pour les bénéficiaires « autre situation de migrant » ainsi que pour les adhérents du régime de la Caisse des Français à l'Etranger.

Pour les bénéficiaires « autre situation de migrant » ainsi que pour les adhérents du régime de la Caisse des Français à l'Etranger, le Professionnel de Santé peut toutefois accorder le tiers payant au-delà de la date de fin de droits AMO entrainant alors un forçage de la facture.

Droits éventuels à exonération

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. Cet accès requiert l'emploi d'une Carte de Professionnel de Santé (CPS, CPE, CDE, CPF).

Les droits à exonération du ticket modérateur à prendre en compte sont nécessairement ceux issus du support de droits AMO et en vigueur à la date des soins ou à la date de prescription (cf. annexe 2).

Le Professionnel de Santé peut accepter de procéder au tiers payant et réaliser une FSE dans la limite :

- de validité des droits d'exonération issus du support de droits AMO du patient,
- de l'accès au tiers payant tel que défini plus haut.

L'AMO s'engage, sous des conditions définies par voie conventionnelle, à rembourser le Professionnel de Santé sur la base des droits inscrits dans la carte quelle que soit la situation réelle du bénéficiaire à cet égard.

Protocole de Soins ALD

Le protocole de soins ALD contient et prévoit les soins requis pour la pathologie concernée.

Le Professionnel de Santé le consulte en complément du support de droits AMO.

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.

Pour les soins conformes à ce protocole, le Professionnel de Santé doit proposer le tiers payant sur la part obligatoire, le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance des frais.

Soins Médicaux Gratuits

Supports justificatifs du bénéfice des SMG

Le bénéficiaire des soins fournit :

- au Professionnel de Santé prescripteur l' « attestation de droits aux Soins Médicaux Gratuits », et la « Fiche Descriptive des Infirmités donnant droit aux Soins Médicaux Gratuits »
- au Professionnel de Santé exécutant, l'ordonnance mentionnant le rapport des soins avec les infirmités ayant donné lieu à pension.

Aucune autre pièce ne doit être demandée à l'assuré dans le cadre de l'exécution de cette ordonnance.

A partir des informations contenues sur ces supports, le Professionnel de Santé identifie les droits aux SMG et établit la relation des soins avec les infirmités ayant donné lieu à pension.

Droits aux SMG

Dans le cadre des SMG, les droits aux SMG sont justifiés par la production soit de l'attestation et de la fiche descriptive des infirmités donnant droit aux SMG, soit de l'ordonnance mentionnant le rapport des soins avec les infirmités ayant donné lieu à pension.

Ainsi l'appréciation des droits aux SMG n'est pas réalisée par un contrôle des droits de base AMO issus du support de droits AMO.

Accès au tiers payant AMO

L'accès au tiers payant est justifié par le choix du contexte SMG par le Professionnel de Santé.

Le bénéficiaire des soins peut refuser la dispense d'avance des frais proposée par le Professionnel de Santé.

Par ailleurs, la part remboursable AMO sera facturée par le Professionnel de Santé en tiers payant AMO à chaque fois que c'est possible.

3.2.2.2 Situation du bénéficiaire au regard du remboursement de la part complémentaire

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 du service ADRi, soit issues ou saisies par le Professionnel de Santé à partir d'un support de droits AMC (attestation papier, carte AMC ou information permettant de se connecter à un serveur....).

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

Si le progiciel a récupéré les données complémentaires d'un organisme en gestion unique du service ADRi, ces informations acquises priment sur les données complémentaires en gestion unique de la carte Vitale ou d'un fichier patient.

Si le patient présente ou choisit un support de droits d'une complémentaire différente de la réponse du service ADRi ou de la carte Vitale, le progiciel doit effacer les données complémentaires précédemment issues de la réponse du service ADRi ou de la carte Vitale et reprendre le processus d'acquisition des données à partir du support de droits présenté. Dans cette hypothèse, aucune des données précédemment acquises ne doit être utilisée.

Date de référence part complémentaire pour le contrôle des droits

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 (les règles de détermination de la date à prendre en compte pour la tarification de la part complémentaire sont identiques à celles définies dans l'annexe 2 du Cahier des Charges servant à déterminer le taux de remboursement pour la part AMO).

Cas particulier des Professionnels de la Santé de la famille « Pharmaciens », « Fournisseurs » ou « Auxiliaires Médicaux en cas de traitements en série » :

Dans le cas où la part complémentaire est transmise directement à l'organisme complémentaire (par une DRE ou par une FSE pour éclatement par un OCT) :

- La date utilisée pour le contrôle de l'ouverture des droits sur 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 de chaque acte en cas de traitement en série).
- Le Professionnel de Santé de la famille « Pharmaciens » « Fournisseurs » ou « Auxiliaires Médicaux » en cas de traitements en série doit pouvoir sélectionner une autre date : la date de prescription ou la date de facturation. 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.

« Réponse de prise en charge » sur la part complémentaire

La «réponse de prise en charge» complémentaire ne constitue pas un support de droits, mais est une information supplémentaire. Lorsqu'elle est positive (accord de prise en charge), la « réponse de prise en charge » garantit le remboursement par un organisme d'Assurance Maladie Complémentaire, sauf élément contraire dans la convention signée entre le Professionnel de Santé et l'organisme complémentaire.

En présence d'une « réponse de prise en charge » positive, le Professionnel de Santé renseigne la référence de la « réponse de prise en charge » présente sur ce support.

3.2.2.3 Parcours coordonné de soins

Saisie des informations liées au dispositif médecin traitant et parcours coordonné de soins

Les tarifications du régime obligatoire et du régime complémentaire sont liées au parcours coordonné de soins et utilisent des informations saisies par le Professionnel de Santé. Celles-ci sont selon le cas :

- Existence d'un médecin traitant,
  Cette information est disponible, à titre informatif, au niveau du support de droits AMO du bénéficiaire des soins.
- Facture élaborée,
  - par le médecin traitant,
  - par le nouveau médecin traitant,
  - en accès direct spécifique,
  - en urgence,
  - hors résidence habituelle du patient,
  - par un généraliste récemment installé,
  - par un médecin installé en zone sous médicalisée,
  - par un médecin traitant de substitution (médecin traitant remplacé),
  - par un médecin correspondant,
  - par un médecin pour un bénéficiaire orienté (par un autre médecin que le médecin traitant),
  - en hors accès direct spécifique,
  - hors parcours de soins,
- Nom et prénom du médecin ayant orienté (cas d'orientation),
- Prescription établie,
  - par le médecin traitant,
  - par le médecin correspondant,

- dans le respect du parcours (autre que par le médecin traitant et le médecin correspondant),
- hors parcours de soins.

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. (cf. Annexe 2)

Dépassements

Le non respect du parcours coordonné de soins par le patient autorise les médecins spécialistes[2] de secteur I à pratiquer le « Dépassement Autorisé » (DA), qui n'est pas couvert par le régime obligatoire.

Part obligatoire

Le non respect du parcours coordonné de soins par le patient conduit à un remboursement réduit de la part de son régime obligatoire.

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.

3.2.2.4 Règles d'application de la garantie de paiement

Cf. §4.3.8 SP11

3.2.2.5 Factures anonymisées ~~Élaboration d'une FSE dans le cadre de prestations liées à la santé sexuelle contraception des mineures~~

Plusieurs cas métiers peuvent entraîner la réalisation d'une facture anonymisée.

Il s'agit des cas suivants :

§	Cas métier	PS concernés
3.2.2.5.1	Délivrance de contraceptif d'urgence	PH
3.2.2.5.2	Prévention Santé sexuelle :	
	Délivrance de Contraceptif hors urgence	PH
	Examens médicaux relatifs à la contraception des mineures	M, SF
	Examens de biologie médicale relatifs à la contraception des mineures	LB
3.2.2.5.4	FSE dans le cadre de l'IVG	M, SF, LB
3.2.2.5.7	Expérimentation THC	PH

[2] Les médecins spécialistes sont définis dans le paragraphe 6 Glossaire

3.2.2.5.3	Délivrance de préservatif pris en charge à 100%	PH

3.2.2.5.1 Élaboration d'une FSE dans le cadre de la Délivrance de Contraceptif d'urgence

Délivrance de Contraceptif d'urgence

Lors de la délivrance du contraceptif d'urgence ~~à une mineure~~, déterminé par le code CIP du produit de santé, le Professionnel de Santé réalisera une Feuille de Soins Electronique comportant :

- le code CIP du produit de contraception d'urgence,
- *Pour les patientes majeures ou ne souhaitant pas bénéficier de la confidentialité :*
  - le NIR renseigné est le NIR de la bénéficiaire ; dans ce cas la FSE est réalisée suivant le fonctionnement nominal (cf. § 4.2.1.1) et donc transmise à l'organisme de rattachement de la bénéficiaire,
  - la date de naissance renseignée est la date réelle de la bénéficiaire,
  - le mode de sécurisation SESAM sans Vitale est interdit.
- *Pour les patientes mineures ne s'opposant pas à la confidentialité :*
  - un NIR fictif, afin d'assurer la confidentialité du bénéficiaire : 2 55 55 55 xxx ~~041~~ 042, où xxx représente le numéro de la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM) de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie,
  - la clé du NIR, calculée à partir du NIR fictif,
  - la FSE est sécurisée en mode SESAM sans Vitale uniquement lorsqu'un NIR fictif est utilisé (prise en charge des mineures),
  - la date de naissance, 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.),
  - la FSE sera transmise directement à la CPAM (régime 01) de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie.
- *Pour toutes les factures :*
  - un numéro fictif de prescripteur (yy199999 où yy représente le numéro du département du lieu d'implantation de la pharmacie),
  - la clé du numéro d'identification du prescripteur calculée à partir du numéro fictif,
  - ~~o~~ une date de prescription correspondant à la date de délivrance du contraceptif d'urgence~~.~~,
  - ~~Cette FSE est sécurisée en mode SESAM sans Vitale.~~
  - ~~Cette FSE sera transmise directement à la CPAM (régime 01) de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie.~~
  - ~~Elle~~ la contraception d'urgence est prise en charge à 100% par l'AMO : pour cela le ~~Professionnel de Santé~~ système de facturation renseigne le code justificatif d'exonération à la valeur ~~7~~ 3 : « ~~Soins dispensés en risque maladie et exonérés dans le cadre d'un dispositif de prévention~~ Soins particuliers exonérés »~~.~~,
  - le Professionnel de Santé est tenu d'appliquer le tiers payant. La bénéficiaire peut refuser cette dispense d'avance de frais,

- le Professionnel de Santé n'est pas tenu de transmettre une prescription.

3.2.2.5.2 Élaboration d'une FSE dans le cadre de prestations liées à la santé sexuelle

~~Délivrance de Contraceptif hors urgence~~

Lors de la délivrance à une ~~mineure~~ bénéficiaire dont l'âge permet une prise en charge intégrale d'un contraceptif autre que le contraceptif d'urgence tel que défini par la règlementation, le Professionnel de Santé réalisera une Feuille de Soins Electronique comportant :

- code CIP : le code CIP du produit de contraception,
  - *Pour les patientes majeures ou ne souhaitant pas bénéficier de la confidentialité :*
    - ~~soit~~ le NIR de la bénéficiaire~~, si celle-ci ne souhaite pas bénéficier de la confidentialité~~ ; dans ce cas la FSE est réalisée suivant le fonctionnement nominal (cf. § 4.2.1.1) et donc transmise à l'organisme de rattachement de la bénéficiaire. Le mode de sécurisation SESAM sans Vitale est interdit.
  - *Pour les patientes mineures ne s'opposant pas à la confidentialité :*
    - ~~soit~~ un NIR fictif, afin d'assurer la confidentialité de la bénéficiaire.

    Dans ce cas :
      - le NIR prend la valeur 2 55 55 55 xxx 042, où xxx représente le numéro de la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM) de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie ;
      - la clé du NIR est calculée à partir du NIR fictif,
      - la FSE sera transmise directement à la CPAM (régime 01) de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie
      - la FSE est sécurisée en mode SESAM sans Vitale uniquement lorsqu'un NIR fictif est utilisé (prise en charge des mineures),
- date de naissance : la date de naissance exacte du bénéficiaire (renseignée à partir de la prescription),
- informations prescripteur : renseignées à partir de la prescription (pas de spécificité).

Cette délivrance doit faire l'objet d'une facturation isolée des autres produits éventuellement mentionnés sur la prescription.

Elle est prise en charge à 100% par l'AMO : pour cela le Professionnel de Santé renseigne le code justificatif d'exonération à la valeur 3 : « Soins Particuliers Exonérés ».

Le Professionnel de Santé est tenu d'appliquer le tiers payant. Le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance de frais.

~~*Cas particulier de la délivrance de préservatifs pris en charge par l'Assurance Maladie*~~

~~Lors de la délivrance à une ou un bénéficiaire dont l'âge permet une prise en charge intégrale de la délivrance de préservatifs tel que défini par la règlementation, le Professionnel de Santé réalisera une Feuille de Soins Electronique comportant :~~

- ~~code LPP: le code regroupement LPP correspondant à la délivrance de préservatifs pris en charge à 100%,~~
- ~~NIR :~~
  - ~~*Pour les patients majeurs ou ne souhaitant pas bénéficier de la confidentialité :*~~

~~Le NIR de la ou du bénéficiaire ; dans ce cas la FSE est réalisée suivant le fonctionnement nominal (cf. §3.5 et § 4.2.1.1) et donc transmise à l'organisme de rattachement du bénéficiaire.~~

- ~~*Pour les patients mineurs ne s'opposant pas à la confidentialité :*~~

  ~~Un NIR fictif, afin d'assurer la confidentialité de la ou du bénéficiaire. Cette situation constitue le cas nominal.~~
  ~~Dans ce cas :~~

  - ~~soit le NIR prend la valeur **2 55 55 55 xxx 042**, où xxx représente le numéro de la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM) de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie pour une bénéficiaire féminine ;~~
  - ~~soit le NIR prend la valeur **1 55 55 55 xxx 042**, où xxx représente le numéro de la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM) de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie pour un bénéficiaire masculin ;~~
  - ~~la clé du NIR est calculée à partir du NIR fictif,~~
  - ~~cette FSE sera transmise directement à la CPAM (régime 01) de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie.~~
  - ~~cette FSE est sécurisée en mode SESAM sans Vitale uniquement lorsqu'un NIR fictif est utilisé (prise en charge des mineures)~~

- ~~date de naissance : la date de naissance exacte du ou de la bénéficiaire~~
- ~~un numéro fictif de prescripteur pour tous les bénéficiaires (yy199999 où yy représente le numéro du département du lieu d'implantation de la pharmacie),~~
- ~~la clé du numéro d'identification du prescripteur calculée à partir du numéro fictif,~~
- ~~une date de prescription correspondant à la date de délivrance des préservatifs.~~

~~Cette délivrance doit faire l'objet d'une facturation isolée et peut avoir lieu sans prescription.~~

~~Elle est prise en charge à 100% par l'AMO via le code regroupement LPP dédié.~~

~~Le Professionnel de Santé est tenu d'appliquer le tiers payant. La bénéficiaire peut refuser cette dispense d'avance de frais.~~

Examens médicaux

L'article ~~64~~ 85 de la LFSS ~~2016~~ 2022 supprime la participation de l'assuré pour les frais relatifs aux consultations et examens de laboratoires établis en vue d'une prescription contraceptive ou en lien avec la santé sexuelle pour certains bénéficiaires en fonction de leur âge défini par la règlementation ~~les mineures d'au moins 15 ans~~.

Le détail des actes concernés est visé aux articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1 du code de la Sécurité Sociale.

Examens médicaux relatifs à la santé sexuelle ~~contraception des mineures d'au moins 15 ans~~

Lors de la facturation d'examens médicaux relatifs à la santé sexuelle ~~contraception des mineures d'au moins 15 ans~~, le médecin ou~~,~~ la sage-femme ~~ou l'infirmier~~ réalisera une Feuille de Soins Electronique comportant :

- NIR :
  - *Pour les patients majeurs :*

    Le NIR de la ou du bénéficiaire ; dans ce cas la FSE est réalisée suivant le fonctionnement nominal (cf. §3.5 et § 4.2.1.1) et donc transmise à l'organisme de rattachement du bénéficiaire. Le mode de sécurisation SESAM sans Vitale est interdit.

  - *Pour les patients mineurs :*

- soit le NIR de la ou du bénéficiaire, si celle-ci ou celui-ci ne souhaite pas bénéficier de la confidentialité ; dans ce cas la FSE est réalisée suivant le fonctionnement nominal (cf. §3.5 et § 4.2.1.1) et donc transmise à l'organisme de rattachement ~~de la~~ du bénéficiaire ;
- soit un NIR fictif, afin d'assurer la confidentialité de la ou du bénéficiaire. Cette situation constitue le cas nominal.
  Dans ce cas :
  - soit le NIR prend la valeur **2 55 55 55 xxx 042**, où xxx représente le numéro de la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM) de rattachement du PS pour une bénéficiaire féminine ;
  - soit le NIR prend la valeur **1 55 55 55 xxx 042**, où xxx représente le numéro de la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM) de rattachement du PS pour un bénéficiaire masculin ;
  - la clé du NIR est calculée à partir du NIR fictif,
  - la FSE sera transmise directement à la CPAM (régime 01) de rattachement du PS ;
  - la FSE est sécurisée en mode ~~**dégradé**~~ **SESAM sans Vitale**,

- date de naissance : la date de naissance exacte du bénéficiaire.

Ces examens doivent faire l'objet d'une facturation isolée d'autres examens non relatifs à la santé sexuelle ~~contraception des mineures~~. Ils sont facturables dans le respect des tarifs opposables.

Ces examens médicaux sont pris en charge à 100% par l'AMO : pour cela le PS renseigne le code justificatif d'exonération à la valeur **3 : « Soins Particuliers Exonérés »,** hormis pour les soins pris en charge de base à 100% (exemple : consultation CCP)**.**

Le PS est tenu d'appliquer le tiers payant. Le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance de frais.

Examens de biologie médicale relatifs à la santé sexuelle ~~contraception des mineures~~.

Lors de la facturation d'examens de biologie médicale relatifs à la santé sexuelle ~~contraception des mineures~~, le laboratoire réalisera une Feuille de Soins Electronique comportant :

- NIR :
  - *Pour les patientes majeures :*

    Le NIR de la bénéficiaire ; dans ce cas la FSE est réalisée suivant le fonctionnement nominal (cf. §3.5 et § 4.2.1.1) et donc transmise à l'organisme de rattachement de la bénéficiaire.
  - *Pour les patientes mineures :*
    - soit le NIR de la bénéficiaire, si celle-ci ne souhaite pas bénéficier de la confidentialité ; dans ce cas la FSE est réalisée suivant le fonctionnement nominal (cf. §3.5 et § 4.2.1.1) et donc transmise à l'organisme de rattachement de la bénéficiaire ;
    - soit un NIR fictif, afin d'assurer la confidentialité de la bénéficiaire. Cette situation constitue le cas nominal.

      Dans ce cas :
      - le NIR prend la valeur **2 55 55 55 xxx 042**, où xxx représente le numéro de la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM) de rattachement du laboratoire
      - la clé du NIR est calculée à partir du NIR fictif,

- la FSE sera transmise directement à la CPAM (régime 01) de rattachement du laboratoire ;
- la FSE est sécurisée en mode **SESAM sans Vitale**,

- date de naissance : la date de naissance exacte du bénéficiaire (renseignée à partir de la prescription),
- informations prescripteur : renseignées à partir de la prescription (pas de spécificité).

Ces examens doivent faire l'objet d'une facturation isolée des autres examens de biologie éventuellement mentionnés sur la prescription. Ils sont facturables dans le respect des tarifs opposables.

Ces examens sont pris en charge à 100% par l'AMO : pour cela le PS renseigne le code justificatif d'exonération à la valeur **3 : « Soins Particuliers Exonérés »**.

Le PS est tenu d'appliquer le tiers payant. Le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance de frais.

Eléments paramétrés

Les éléments suivants sont contenus sur les postes de travail ou serveurs, ce qui nécessite un paramétrage préalable :

- le NIR fictif et sa clé,
- le numéro de prescripteur fictif et sa clé,
- la date de naissance fictive (modifiable si la mineure accepte de la communiquer),
- l'identifiant de la caisse de rattachement du Professionnel de Santé (CPAM de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie).

3.2.2.5.3 Élaboration d'une FSE pour la délivrance de préservatifs pris en charge à 100%

Lors de la délivrance à une ou un bénéficiaire dont l'âge permet une prise en charge intégrale de la délivrance de préservatifs tel que défini par la règlementation, le Professionnel de Santé réalisera une Feuille de Soins Electronique comportant :

- code LPP: le code regroupement LPP correspondant à la délivrance de préservatifs pris en charge à 100%,
- NIR :
  - *Pour les patients majeurs ou ne souhaitant pas bénéficier de la confidentialité :*

    Le NIR de la ou du bénéficiaire ; dans ce cas la FSE est réalisée suivant le fonctionnement nominal (cf. §3.5 et § 4.2.1.1) et donc transmise à l'organisme de rattachement du bénéficiaire. Le mode de sécurisation SESAM sans Vitale est interdit.
  - *Pour les patients mineurs ne s'opposant pas à la confidentialité :*

    Un NIR fictif, afin d'assurer la confidentialité de la ou du bénéficiaire. Cette situation constitue le cas nominal.
    Dans ce cas :
    - soit le NIR prend la valeur **2 55 55 55 xxx 042**, où xxx représente le numéro de la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM) de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie pour une bénéficiaire féminine ;
    - soit le NIR prend la valeur **1 55 55 55 xxx 042**, où xxx représente le numéro de la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM) de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie pour un bénéficiaire masculin ;

- la clé du NIR est calculée à partir du NIR fictif,
- cette FSE sera transmise directement à la CPAM (régime 01) de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie.
- cette FSE est sécurisée en mode SESAM sans Vitale uniquement lorsqu'un NIR fictif est utilisé (prise en charge des mineures)

- date de naissance : la date de naissance exacte du ou de la bénéficiaire
- un numéro fictif de prescripteur pour tous les bénéficiaires (yy199999 où yy représente le numéro du département du lieu d'implantation de la pharmacie),
- la clé du numéro d'identification du prescripteur calculée à partir du numéro fictif,
- une date de prescription correspondant à la date de délivrance des préservatifs.

Cette délivrance doit faire l'objet d'une facturation isolée et peut avoir lieu sans prescription.

Elle est prise en charge à 100% par l'AMO via le code regroupement LPP dédié.

Le Professionnel de Santé est tenu d'appliquer le tiers payant. La bénéficiaire peut refuser cette dispense d'avance de frais.

3.2.2.5.4 Élaboration d'une FSE dans le cadre l'interruption volontaire de grossesse

~~IVG~~

Lors de la facturation d'actes relatifs à la prise en charge d'une interruption volontaire de grossesse (IVG), le Professionnel de Santé réalisera une Feuille de Soins Électronique comportant :

- NIR (un choix par défaut est paramétrable par le PS, Cf. §éléments paramétrés ci-après):
  - Par principe le NIR de la bénéficiaire ; dans ce cas la FSE est réalisée suivant le fonctionnement nominal (cf. § 4.2.1.1) et donc transmise à l'organisme de rattachement de la bénéficiaire ;
  - OU, sur demande expresse de la caisse, NIR fictif, afin d'assurer la confidentialité de la bénéficiaire.

    Dans ce cas :

    - le NIR prend la valeur 2 55 55 55 XXX 030, où xxx représente le numéro de la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM) de la circonscription du lieu d'exercice du PS ou d'implantation du laboratoire ;
    - la clé du NIR est calculée à partir du NIR fictif ;
    - la FSE sera transmise directement à la CPAM (régime 01) de la circonscription du lieu d'exercice du PS ou d'implantation du laboratoire ;
    - la FSE est sécurisée en mode SESAM sans Vitale.
- Dans tous les cas, le mode de sécurisation dégradé est interdit.
- Date de naissance : la date de naissance exacte de la bénéficiaire (soit renseignée directement par le PS soit à partir de la prescription)
- Informations prescripteur : si nécessaire elles sont renseignées à partir de la prescription (pas de spécificité).

Les actes relatifs à l'IVG sont identifiés par un groupe fonctionnel général égal à IVG dans la table 1 de l'annexe 2.

Ces actes font l'objet d'une facturation isolée et ne sont pas cumulables avec des actes de type support identifiés par un groupe fonctionnel général différent d' « IVG ». A contrario, ils sont cumulables avec toute majoration ou acte de type secondaire compatible

Ces actes définissent ainsi une facture d'IVG.

Toutes les prestations d'une facture d'IVG ~~Ils~~ sont facturables dans le respect des tarifs opposables.

Le Professionnel de Santé est tenu d'appliquer le tiers payant. La bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance de frais.

Paramétrage

Le système de facturation permet au PS de définir un comportement par défaut en cas de facture réalisée dans un contexte d'IVG.

La donnée peut prendre les valeurs :

- Oui : Anonymisation par défaut des factures d'IVG
- Non : Pas d'anonymisation par défaut des factures d'IVG

3.2.2.5.5 Élaboration d'une FSE dans le cadre de l'expérimentation THC

Une expérimentation sur la délivrance de cannabis thérapeutique à usage médical par les pharmaciens a débuté fin mars 2021. Cette expérimentation est réalisée dans un cadre contrôlé et limité auprès de patients souffrant de maladies graves.

Les informations réglementaires et de contexte métier relatives à cette expérimentation sont présentées sur le site de l'assurance maladie :

https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/delivrance-produits-sante/regles-delivrance-prise-charge/experimentation-sur-la-delivrance-de-cannabis-medical

Lors de la facturation d'actes relatifs à la délivrance cannabis thérapeutique à usage médical, le Professionnel de Santé réalisera une Feuille de Soins Électronique comportant :

- un NIR fictif, de valeur 1 55 55 55 XXX 026, où xxx représente le numéro de la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM) de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie,
- la clé du NIR calculée à partir du NIR fictif ;
- la date de naissance exacte du bénéficiaire ;
- Informations prescripteur : si nécessaire elles sont renseignées à partir de la prescription (pas de spécificité).

La FSE est sécurisée en mode SESAM sans Vitale ;

Elle sera transmise directement à la CPAM (régime 01) de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie;

Le Professionnel de Santé est tenu d'appliquer le tiers payant. La bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance de frais.

3.2.2.6 Situations Particulières

La date de référence prise en compte par le Professionnel de Santé pour déterminer une situation particulière est celle utilisée pour appliquer la tarification et la réglementation AMO (les règles de détermination de la date de référence sont identiques à celles définies dans l'annexe 2 du Cahier des Charges servant à déterminer le taux de remboursement pour la part AMO).

Cas particulier des prestations pharmaceutiques et des dispositifs de la LPP pour les droits à la C2S :

Pour la C2S, en ce qui concerne les prestations pharmaceutiques et les dispositifs de la LPP, il convient de retenir la date de délivrance comme date de référence (cf. § 4.2.1.3.3).

Remarque : Le contexte SMG est prioritaire sur toute situation particulière du bénéficiaire des soins.

3.2.2.6.1 Bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S)

Cf. §4.3.2 SP03

Accord sur devis pour les régimes obligatoires

Dans le cadre de la C2S, des devis peuvent être établis (en optique et dentaire notamment). Ces devis peuvent donner lieu à accord ou refus de prise en charge. Dans le cas d'un accord de prise en charge, le devis envoyé au bénéficiaire des soins, l'informe du montant pris en charge au titre de la C2S.

Les devis C2S ne comportent pas de référence de prise en charge.

Dans ce contexte le renseignement de la référence de la « réponse de prise en charge » est facultatif.

« Réponse de prise en charge » sur la part complémentaire

Le renseignement de la référence de la « réponse de prise en charge » est obligatoire.

3.2.2.6.2 Sortants de Complémentaire Santé Solidaire (C2S)

Cf. §4.3.3 SP04

3.2.2.6.3 Aide médicale d'Etat

Cf. §4.3.4 SP06

3.2.2.6.4 Migrants de passage

Cf. §4.3.5 SP08.1

3.2.2.6.5 Autre situation de migrant

Cf. §4.3.6 SP08.2

3.2.2.6.6 Victime d'Attentat

Cf. §4.3.10 SP18

indique que la facture concerne la situation particulière « Victime d'Attentat ».

En cas de situation « Victime d'Attentat », celle-ci prime sur les autres.

En conséquence, les règles liées aux autres situations particulières « C2S », « Sortant C2S », « AME » et « Migrants » seront ignorées pour l'ensemble du processus de facturation en cas de situation « Victime d'Attentat ».

3.2.3 Conditions de génération des flux de FSE et DRE

3.2.3.1 Les documents donnant lieu à dématérialisation

Le système SESAM-Vitale permet de dématérialiser les documents papier suivants :

- la feuille de soins médecin,
- la feuille de soins chirurgien-dentiste,
- la feuille de soins sage-femme,
- la feuille de soins pharmacien,
- la feuille d'honoraires d'actes de biologie médicale,
- la feuille de soins des auxiliaires médicaux,
- la feuille de soins fournisseurs,
- la facture subrogatoire,
- le feuillet Accident du Travail (sous certaines conditions ; cf. annexe 2),
- le guide de maternité (sous certaines conditions ; cf. annexe 2),
- le carnet de soins gratuits SMG.

Les principes de dématérialisation de ces documents sont conformes à la réglementation[3] et aux accords conventionnels.

3.2.3.2 Principes d'élaboration des flux

Lorsque le Professionnel de Santé réalise une FSE et une DRE, les deux factures sont établies sur la base des mêmes informations ce qui en garantit la cohérence.

Les informations nécessaires au remboursement de la part obligatoire sont transmises dans la FSE.

Les informations nécessaires au remboursement d'une éventuelle part complémentaire sont transmises, en fonction des conditions de génération des flux, soit dans la DRE, soit dans la FSE.

La somme des montants des parts obligatoire et complémentaire doit être inférieure ou égale à la dépense réelle.

Date de fin de validité du contexte ApCV

Si la date de fin de validité du contexte ApCV est dépassée, le Professionnel de Santé ne peut pas réaliser de flux signé avec l'ApCV.

ApCV en opposition

La validité d'un contexte ApCV vaut pour contrôle d'opposition de l'ApCV liée à ce contexte ApCV. L'utilisation de la liste d'opposition n'est donc pas nécessaire à l'usage d'une ApCV.

Date de fin de validité de la carte Vitale

Si la date de fin de validité de la carte Vitale est dépassée, le Professionnel de Santé ne peut pas réaliser de flux signé avec la carte Vitale (cf. chapitre 3.4.1.2 – Dysfonctionnements).

Carte Vitale en opposition

[3] Il s'agit du décret 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 font référence à ce décret.

Si la carte Vitale est en opposition, le Professionnel de Santé ne peut produire ni FSE ni DRE.

Ce chapitre concerne actuellement la catégorie des Professionnels de Santé dont la convention précise l'utilisation de cette liste (Pharmacien PH).

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.

Activation de la liste d'opposition :

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. *cf. Annexe 6.*

3.2.3.3 Conditions d'élaboration des parts obligatoire et complémentaire

3.2.3.3.1 Conditions d'élaboration de la part obligatoire

L'élaboration de la part obligatoire doit être conforme à la réglementation.

3.2.3.3.2 Conditions d'élaboration de la part complémentaire

Les conditions d'élaboration de la part complémentaire sont les suivantes :

- l'assuré a fourni les éléments nécessaires et suffisants à la prise en compte de la part complémentaire,
- le Professionnel de Santé a signé une convention avec un organisme gérant la part complémentaire,
- le Professionnel de Santé accepte de générer une part complémentaire en tiers payant ou en hors tiers payant à destination de l'organisme concerné,
- le Professionnel de Santé a réalisé un acte non remboursable AMO ou un acte non remboursé dans sa totalité par l'AMO.

3.2.3.4 Les différents types des flux (FSE et DRE)

Le Professionnel de Santé peut procéder à la constitution :

- **D'un flux « FSE sans DRE »** dans deux cas de figure :
  - Cas d'une FSE comportant uniquement les données nécessaires au remboursement de la part obligatoire, cas où :
    - les prestations n'ont pas de part complémentaire remboursable,
    - l'assuré ne cotise pas à un AMC ou ne fait pas état de son contrat avec la complémentaire,
    - les AMC ne peuvent pas recevoir de DRE ou ne souhaitent en recevoir que dans certaines configurations de traitement (indicateur de traitement AMC),
    - le Professionnel de Santé n'a pas de convention avec l'AMC,
    - le Professionnel de Santé ne souhaite pas envoyer de DRE.
  - Cas d'une FSE comportant les données nécessaires au remboursement de la part obligatoire et de la part complémentaire, cas où :
    - les AMO gèrent les parts obligatoire et complémentaire (en direct, par convention de gestion) et le Professionnel de Santé a signé une convention avec les organismes concernés,

- les AMC gèrent les parts obligatoire et complémentaire (en direct, par délégation de gestion) et le Professionnel de Santé a signé une convention avec l'organisme concerné,
- le Professionnel de Santé est lié contractuellement à un OCT qui se charge de l'éclatement des FSE et le Professionnel de Santé a signé une convention avec l'organisme couvrant la part complémentaire.

NB : la FSE peut éventuellement ne comporter que des données nécessaires au remboursement de la part complémentaire pour des actes qui ne sont remboursables que sur la part complémentaire.

- **De flux « FSE et DRE »** : c'est le cas d'une prestation dont la part obligatoire fait l'objet d'une FSE, et pour laquelle il reste une part complémentaire à rembourser par un AMC, et où les conditions sont remplies pour l'envoi d'une DRE. La DRE est adressée directement à l'AMC. Les deux flux peuvent également être adressés à un OCT qui les transmettra aux organismes concernés.

  Les AMO et les AMC sont respectivement informés de l'éclatement des flux.
- **D'un flux « DRE sans FSE »** : lorsque le Professionnel de Santé réalise une prestation dont la part complémentaire est facturée seule ou lorsqu'une prestation est non remboursable par un AMO, mais prise en charge par un AMC.
- **De flux « DRE d'annulation»** : lorsqu'un Professionnel de Santé annule sa facture porteuse d'une part complémentaire transmise dans une DRE initiale ou dans une FSE contenant les informations relatives à la part complémentaire pour éclatement par un OCT. L'envoi de la DRE d'annulation est à l'initiative du Professionnel de Santé.

3.2.3.5 Constitution des flux (FSE et DRE)

3.2.3.5.1 Constitution des FSE

3.2.3.5.1.1 Conditions de la création de la FSE

Les FSE sont élaborées conformément aux dispositions réglementaires.

Pour générer une FSE contenant une part complémentaire, les éléments suivants doivent être réunis :

- le Professionnel de Santé respecte les conditions d'élaboration de la part complémentaire décrites précédemment,
- le Professionnel de Santé accepte de générer une FSE (tiers payant ou hors tiers payant) contenant les informations relatives à la part complémentaire.

Le Professionnel de Santé peut réaliser une FSE contenant une part complémentaire dans deux situations :

- dans le cas où les données relatives aux parts obligatoire et complémentaire sont transmises au même organisme destinataire (convention de gestion ou délégation de gestion) et le Professionnel de Santé a signé une convention de transmission de FSE avec l'organisme concerné,
- dans le cas où le Professionnel de Santé délègue l'éclatement des FSE à un OCT et a signé une convention avec l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire concerné.

3.2.3.5.1.2 Principes de la création de la FSE

Les éléments constitutifs de la FSE sont créés sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé à partir :

- d'informations définies réglementairement. Il s'agit :

  - des informations d'identification, de situations d'exercice et de facturation du Professionnel de Santé contenues dans la Carte du Professionnel de Santé et/ou sur son Poste de Travail,
  - des informations d'identification du bénéficiaire, issues du support Vitale,
  - des informations d'identification de la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire dont dépend le bénéficiaire, issues du support Vitale,
  - des droits à l'Assurance Maladie Obligatoire du bénéficiaire, issus du support de droits AMO,
  - des informations saisies par le Professionnel de Santé,
  - des données relatives à l'Aide Médicale d'Etat présentes sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé et/ou acquises avec le service ADRi,
  - de l'application de la réglementation,
  - de l'application des règles de tarification de l'Assurance Maladie.
- d'informations définies conventionnellement. Il s'agit des données relatives à la (aux) convention(s) qui lie(nt) le Professionnel de Santé aux organismes d'Assurance Maladie Obligatoire.
- éventuellement d'informations liées à la part complémentaire. Il s'agit :
  - d'informations contenues dans la carte Vitale, issues du service ADRi (uniquement la gestion unique), ou tout autre support de droits AMC identifiant l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire,
  - des données relatives à la (aux) conventions qui li(ent) le Professionnel de Santé aux organismes gérant à la fois les parts obligatoire et complémentaire,
  - lorsque le Professionnel de Santé utilise les services d'un OCT pour l'éclatement des FSE, des données relatives d'une part aux conventions qui li(ent) le Professionnel de Santé aux AMC et d'autre part aux accords contractuels avec l'OCT,
  - des droits à l'Assurance Maladie Complémentaire du bénéficiaire,
  - des conditions de constitution de la part complémentaire dans la FSE,
  - de l'application des règles de la tarification des organismes d'Assurance Maladie Complémentaire en cas de tiers payant sur la part complémentaire.

3.2.3.5.2 Constitution des DRE

3.2.3.5.2.1 Conditions de création de la DRE

Pour générer une DRE sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé, tous les éléments suivants doivent être réunis :

- le Professionnel de santé respecte les conditions d'élaboration de la part complémentaire décrites précédemment,
- l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire concerné a opté pour l'éclatement des flux à la source pour le type de service retenu par le Professionnel de Santé (TP ou HTP),
- le Professionnel de Santé a signé une convention de transmission de DRE avec l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire concerné,
- le Professionnel de Santé accepte de générer une DRE en tiers payant ou en hors tiers payant à destination de l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire concerné,
- le Professionnel de Santé n'utilise pas les services d'un OCT pour l'éclatement des FSE.

3.2.3.5.2.2 Principes de la création de la DRE

Les éléments constitutifs de la DRE sont récupérés sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé à partir :

- des informations d'identification, de situations d'exercice et de facturation du Professionnel de Santé contenues dans la Carte du Professionnel de Santé et/ou sur son Poste de Travail,
- des informations identifiant le bénéficiaire contenues dans le support Vitale et dans tout autre support de droits AMC éventuel,
- d'informations contenues dans la carte Vitale ou tout autre support de droits AMC identifiant l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire,
- des données relatives à la (aux) convention(s) qui lie(nt) le Professionnel de Santé aux organismes d'Assurance Maladie Complémentaire du bénéficiaire,
- des droits à l'Assurance Maladie Complémentaire du bénéficiaire,
- des conditions de réalisation de la DRE,
- d'informations saisies par le Professionnel de Santé,
- des informations de tarification de la part obligatoire,
- de l'application de la tarification des organismes d'Assurance Maladie Complémentaire en cas de tiers payant sur la part complémentaire.

3.2.3.5.3 Constitution de DRE d'annulation

L'annulation d'une DRE est une opération réalisée au choix du Professionnel de Santé, indépendamment de la présence ou non d'un OCT.

Le processus d'annulation correspond à une génération de DRE seule ; il est indépendant de la génération de FSE.

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.

3.2.4 Acquisition des informations liées à la prestation

3.2.4.1 Informations pour la part complémentaire

3.2.4.1.1 « Réponse de prise en charge » sur la part complémentaire

En présence d'une « réponse de prise en charge » positive sur la part complémentaire (c'est à-dire, accord de prise en charge) seuls les actes, produits ou prestations ayant donné lieu à accord de prise en charge doivent figurer sur la facture. Le cas échéant, les actes, produits ou prestations facturés en sus doivent faire l'objet d'une autre facturation.

Le Professionnel de Santé renseigne, en plus de la référence de la « réponse de prise en charge »:

- soit le montant total pris en charge par l'organisme complémentaire, au niveau facture,
- soit le montant de chaque acte, prestation ou produit de la « réponse de prise en charge » de la facture.

Il est à noter que le circuit de la demande de prise en charge n'est pas dans le périmètre du système de facturation SESAM-Vitale.

3.2.4.2 Affection exonérante

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 FSE et éventuellement la DRE associée qui peuvent contenir des exonérations différentes.

En présence d'un protocole de soins ALD, le Professionnel de Santé précise si la prestation est prévue dans le protocole de soins ALD.

Un bénéficiaire en ALD est tenu, comme tout bénéficiaire de l'Assurance Maladie, de déclarer un médecin traitant.

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.

Si les soins sont prévus au protocole de soins, alors, le taux de remboursement AMO de la prestation n'est pas modulé, même si le patient se trouve hors parcours de soins. (cf. Annexe 2).

3.2.4.3 Accidents de droit commun

Le Professionnel de Santé doit indiquer dans la FSE si la prestation est en rapport avec un accident de droit commun en fonction des informations fournies par le bénéficiaire, seul responsable de la véracité des éléments fournis au Professionnel de Santé.

3.2.4.4 Format des codes CIP

Les médicaments sont identifiés sous un code CIP 13 caractères

Les Professionnels de Santé pharmaciens ou propharmaciens télétransmettent à l'Assurance Maladie le code CIP du produit délivré.

3.2.4.5 Facturation des honoraires de dispensation

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

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

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

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

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

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

3.2.4.6 Facturation des médicaments déconditionnés

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

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

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.

3.2.4.7 Soins ou traitements susceptibles d'un usage détourné

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

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

3.2.4.8 Substitution des médicaments

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).

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 :

Situation terrain		Tiers-Payant AMO (*)	Facture SESAM-Vitale	
Sur l'ordonnance	**Délivrance pharmacien**		**Mode de prescription**	**Indicateur de substitution**
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 2	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 2	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

3.2.4.9 Origine de la prescription

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

3.2.4.10 Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)

Réglementation

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.

Objet de la CCAM

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.

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.

PS concernés

Les catégories de Professionnels de Santé concernées 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.

Ces catégories relèvent chacune d'une convention avec l'Assurance Maladie Obligatoire. Chacune de ces catégories démarre donc en CCAM à des dates différentes en fonction des conventions signées.

Base CCAM

L'ensemble des codes actes CCAM et les informations associées constituent une base de données nationale. Les données CCAM sur l'environnement de travail du Professionnel de Santé sont fournies par le GIE SESAM-Vitale qui assure le renseignement et l'actualisation de ces données à partir de la base nationale CCAM.

Activation de la CCAM

Le Professionnel de Santé décide de l'activation ou de la désactivation de la saisie d'actes CCAM sur son Poste de Travail.

3.2.4.11 Prévention commune AMO/AMC

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.

3.2.4.12 Cohabitation des actes sur une même facture

Une même facture peut comporter des actes faisant référence à des nomenclatures différentes (NGAP, CCAM, LPP…).

3.2.4.13 Actes en série

Le Professionnel de Santé peut réaliser une ou plusieurs FSE et éventuellement autant de DRE associées pour une même série d'actes.

La FSE et la DRE associée récapitulant plusieurs actes sont créées en une seule opération. Dans ce cas :

- la lecture de la carte Vitale ou de tout autre support de droits éventuel est conseillée lors de la réalisation de chaque acte.
- il peut y avoir plusieurs motifs de rupture de séquence de facturation lors d'actes en série (changement d'organisme complémentaire, périodes de validité des données qui ne couvrent pas toute la période de facturation, évolution du ticket modérateur…). La rupture d'une FSE ou d'une DRE entraîne la rupture de l'autre type de facture.

3.2.4.14 Soins Médicaux Gratuits

Rapport des soins avec les SMG

Le Professionnel de Santé apprécie le rapport des soins qu'il prodigue avec les SMG à partir des informations contenues sur la fiche descriptive des infirmités ou bien à partir de la prescription médicale préalablement établie.

Choix du contexte SMG

Le Professionnel de Santé peut établir la facturation dans le contexte des SMG lorsqu'il dispose des supports justificatifs du bénéfice des SMG et qu'il établit que les soins sont bien en relation avec les SMG.

Il choisit alors la nature d'assurance « SMG ».

Élaboration d'une facture SMG

Après avoir :

- signalé que les actes ou prestations qu'il allait dispenser ou délivrer étaient en rapport avec les SMG
- renseigné le montant total pris en charge au titre des SMG s'il y a lieu

le Professionnel de Santé procède à la saisie du ou des actes dispensés (ou prestations délivrées) dans les conditions habituelles.

Dans le cas où un accord de prise en charge SMG a été délivré, le montant total pris en charge au titre des SMG est saisi par le Professionnel de Santé à partir de l'accord de prise en charge SMG.

3.2.5 Tarification de la part obligatoire

Les règles de tarification de l'AMO doivent être appliquées quel que soit le mode de tarification AMO (hors tiers payant ou tiers payant).

3.2.6 Tarification de la part complémentaire

3.2.6.1 La « Réponse de prise en charge » de la part complémentaire

3.2.6.1.1 Vérification préalable des droits complémentaire

En 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.

3.2.6.1.2 Contrôle de validité de la « réponse de prise en charge »

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 prise en charge » et le (ou les) montant(s) n'est demandé au Professionnel de Santé.

En cas d'une « réponse de prise en charge » 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. Cependant, le Professionnel de Santé a toujours la possibilité de forcer la date de fin de droit à partir d'un autre support de droits valide présenté par le bénéficiaire des soins.

3.2.6.1.3 Cohérence entre les n° d'organisme complémentaire de la « réponse de prise en charge » et celui du support de droits

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 droits.

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, le Professionnel de Santé conserve les données de l'organisme complémentaire déjà acquises.
- Si les n° de l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire sont différents, le Professionnel de Santé efface les données acquises précédemment.
  - Le Professionnel de Santé demande au bénéficiaire des soins le support de droits correspondant à l'organisme complémentaire présent sur la « réponse de prise en charge »,
    - Si le bénéficiaire des soins présente le support de droits correspondant, le Professionnel de Santé reprend le processus d'acquisition des données complémentaires à partir de ce support de droits.
    - Si le bénéficiaire des soins ne présente pas le support de droits correspondant, le Professionnel de Santé élabore une facture papier à partir des données administratives reprises sur la « réponse de prise en charge ».

3.2.6.1.4 Déterminer le tiers payant ou HTP sur la part complémentaire

Lorsque le Professionnel de Santé est en présence d'une « réponse de prise en charge », 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 (Tiers Payant ou Hors Tiers Payant) de la « réponse de prise en charge » dans le cas où cette information est présente sur la réponse de prise en charge.

Si le Professionnel de Santé choisit le Tiers Payant et qu'il est inscrit Tiers Payant sur la « réponse de prise en charge », le Professionnel de Santé peut facturer une part complémentaire uniquement en Tiers Payant (DRE ou FSE enrichie ou FSE en gestion unique).

Si le Professionnel de Santé choisit le Hors Tiers Payant et qu'il est inscrit Hors Tiers Payant sur la réponse de PEC, le Professionnel de Santé ne peut pas facturer une DRE en Tiers Payant, il peut facturer une DRE uniquement en Hors Tiers Payant.

Dans le cas où la réponse de prise en charge est différente de son choix de tiers payant, le Professionnel de Santé ne peut pas transmettre de part complémentaire dans un flux SESAM-Vitale (FSE ou DRE).

Remarque : A défaut de mention sur la réponse de prise en charge, la « réponse de prise en charge » doit être considérée en tiers payant.

3.2.6.1.5 Valorisation de la part complémentaire

En présence d'une « réponse de prise en charge » complémentaire, le Professionnel de Santé renseigne

- soit le montant total venant de la « réponse prise en charge »
- soit les montants de chaque acte, produit ou prestation contenus sur la « réponse de prise en charge ».

Dans ce dernier cas, le Professionnel de Santé contrôle que le montant total de la part complémentaire correspond bien au montant total inscrit dans la « réponse de prise en charge », si cette dernière information y figure.

3.2.6.1.5.1 Valorisation de la part complémentaire en cas de C2S

Pour la facturation C2S, en cas d'accord de prise en charge (Accord donné sur demande de prise en charge ou devis), le Professionnel de Santé renseigne si nécessaire, les paramètres de la formule proposée par le STS.

3.2.6.2 Activation de la tarification complémentaire

Le Professionnel de Santé décide de l'activation ou de la désactivation de la tarification complémentaire par les modules STS pour chaque convention.

3.2.6.3 Tarification de la part complémentaire pour les Soins Médicaux Gratuits

Les Soins Médicaux Gratuits relèvent d'un droit à réparation de l'Etat et doivent à ce titre être gratuits.

Les facturations SMG incluant des dépassements non couverts au titre des SMG devraient ainsi être inexistantes ou, à tout le moins, exceptionnelles.

Dans ce contexte, la transmission de flux aux organismes complémentaires n'est pas prévue dans le système SESAM-Vitale.

En nature d'assurance SMG, la part complémentaire est donc nécessairement non renseignée et le type de facturation est nécessairement « FSE AMO seule ».

3.2.7 Constitution des flux pour envoi aux organismes d'Assurance Maladie

3.2.7.1 Identifiant des FSE et des DRE

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).

3.2.7.2 Tableau récapitulatif des montants à renseigner

La présence dans le flux des montants des parts obligatoire et complémentaire varie en fonction des situations de facturation, résumées dans le tableau suivant :

	TP AMO	HTP AMO	TP AMO	HTP AMO
	HTP AMC		TP AMC	
Montants AMO				
• présents dans la FSE	OUI	OUI	OUI	OUI
• présents dans la DRE	OUI	OUI	OUI	OUI
Montants de la part complémentaire				
• présents dans la FSE	NON	NON	OUI si convention de gestion ou délégation de gestion ou éclatement OCT	OUI si convention de gestion ou délégation de gestion ou éclatement OCT
• présents dans la DRE	NON	NON	OUI	OUI

3.2.7.3 Sauvegarde des éléments constitutifs de la facture

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 fournies en entrée de l'interface d'accès aux Services SESAM-Vitale par le progiciel du Professionnel de Santé, le nom et le prénom du bénéficiaire des soins.

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 particulier des factures issues de codes prestation « réservés PS »

Les prestations de type « réservées PS », et par conséquent les modalités de ce cas particulier, concernent les Professionnel de Santé Médecins et Chirurgiens-dentistes.

Sauvegarde des factures

Toute facture élaborée à partir d'un ou plusieurs codes prestation « réservés PS » doit être sauvegardée pendant une durée spécifique.

Le code prestation saisi par le PS pour l'élaboration de la facture* et le code transmis dans la facture* font partie des éléments constitutifs de la facture.

Cependant le code prestation saisi par le PS ne doit en aucun cas être restitué en dehors de la fonctionnalité de restitution décrite ci-après.

* Cf. A1-A0 §2.4.21.1.12 Spécificités Codes prestation « réservés PS »

Durée de sauvegarde

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.

Recherche

Le système de facturation doit permettre de réaliser une recherche multi critères, a minima selon les critères suivants :

- N° de facture (1110-1)
- Date de la facture ou période de date de facture (1110-3)
- NIR de l'assuré (1130-2 + 1130-3)
- NIR du bénéficiaire (1160-1+1160-2)
- Date de naissance du bénéficiaire (1130-4)
- Rang de naissance du bénéficiaire (1130-5)
- Code régime de la facture (1310-1)
- Caisse gestionnaire de la facture (1310-2)
- Centre gestionnaire de la facture (1310-3)
- Période de dates de soins (1610-2)
- Pour chaque prestation de la facture :
  - Code prestation saisi par le PS (1610-4)*
  - Code de remplacement transmis (1610-4)*
  - Date des soins (1610-2)

* cf. Annexe1-A0 §2.4.21.1.12 «Spécificités Codes prestation « réservés PS »

Restitution

Pour chaque facture trouvée par la recherche précédente, le système de facturation doit restituer les éléments suivants :

- N° de facture (1110-1)
- Date de la facture (1110-3)
- NIR de l'assuré (1130-2 + 1130-3)
- NIR du bénéficiaire (1160-1+1160-2)
- Date de naissance du bénéficiaire (1130-4)
- Rang de naissance du bénéficiaire (1130-5)
- Code régime de la facture (1310-1)
- Caisse gestionnaire de la facture (1310-2)
- Centre gestionnaire de la facture (1310-3)
- Pour chaque prestation de la facture :
  - Code prestation saisi par le PS (1610-4)*
  - Code de remplacement transmis (1610-4)*
  - Date des soins (1610-2)

Le système de facturation doit permettre un export sous format csv de ces éléments, dans l'ordre énuméré ci-dessus.

* cf. Annexe1-A0 §2.4.21.1.12 «Spécificités Codes prestation « réservés PS »

Cas particulier des « FSE-TLA »

Pour les FSE réalisées sur un TLA, le code prestation saisi par le PS n'est pas retourné par la fonction SSV_Traduire FSE.

En conséquence, les fonctionnalités ci-avant de sauvegarde, recherche et restitution ne peuvent s'appuyer sur cette donnée : elles utilisent le code de remplacement transmis.

3.2.7.4 Copie des factures

Le Professionnel de Santé remet à la demande de l'assuré copie de la feuille de soins transmise, sauf modalités contraires prévues par convention[4].

Cette copie n'est pas une pièce justificative de remboursement vis-à-vis de l'AMO.

Le Professionnel de Santé remet à la demande de l'assuré copie de la DRE transmise.

Cette copie n'est pas une pièce justificative de remboursement vis-à-vis de l'AMC.

3.2.8 Finalisation de la facturation

3.2.8.1 Quittance remise à l'assuré

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 espèces 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,
- le nom de l'émetteur,
- 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.

3.2.8.2 Bon d'examen

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'AMO.

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,

[4] Les conventions ne prévoient aucune de ces modalités pour l'instant.

- 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.

Et en complément,

- l'identifiant des organismes d'Assurance Maladie,
- les informations liées à l'AMC,
- l'adresse physique de l'assuré.

Il est recommandé que les progiciels 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.

Les informations liées à l'AMC :

- 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.

3.2.8.3 Inscription des références de la FSE sur les ordonnances papier

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 progiciel rende possible l'impression de ces références (seule la signature doit obligatoirement être manuscrite).

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

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

- Les données prévues dans le Code de la Santé Publique et le Code de la Sécurité Sociale.
- Pour le prescripteur :
  - l'identification du prescripteur[5] réalisant les prestations et, s'il exerce en tant que salarié, l'identification de la structure[6],
  - la date de la prescription,

[5] L'identification du prescripteur correspond à l'identifiant de facturation du Professionnel de Santé complété le cas échéant de son n° RPPS si celui-ci est connu. Le LPS du prescripteur doit renseigner systématiquement sur l'ordonnance l'identifiant de facturation de celui-ci.

[6] 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 ».

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

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

- Pour l'exécutant :
  - l'identification de l'exécutant,
  - les références permettant le rapprochement de l'ordonnance avec la FSE de l'exécutant :
    - la date de l'exécution,
    - le nom et le prénom du bénéficiaire des soins,
    - l'identification de la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire de l'assuré,
    - le numéro d'immatriculation au répertoire national d'identification des personnes physiques de l'assuré ou, si celui-ci n'est pas le bénéficiaire des soins, le numéro d'immatriculation au répertoire national d'identification des personnes physiques ou, à défaut, la date de naissance de ce dernier.
- Pour les Professionnels de Santé Pharmaciens et Fournisseurs
  - et suivant l'article L162-36 du code de la sécurité sociale, le montant de la somme effectivement payée par l'assuré pour l'achat de chacun des produits ou articles délivrés en mentionnant le montant ou le taux de la réduction accordée
- Pour les Professionnels de Santé Pharmaciens
  - et suivant le décret 2004-1281, le montant total des produits délivrés ainsi que la part prise en charge par le régime d'Assurance Maladie Obligatoire du patient. (S'il n'y a pas de prise en charge le montant est indiqué à zéro).
  - le nom du pharmacien chargé de la délivrance du produit en cas de prescription de soins ou traitement susceptibles d'un usage détourné.
  - les informations spécifiées par l'article D161-13-1 du code de la Sécurité Sociale et présentées conformément à la présentation normalisée prévue par les arrêtés du 27 juin 2014 et du 24 Décembre 2014.
  - A compter du 1er janvier 2015, selon le décret du 24 Décembre 2014, l'information comprendra également le montant des honoraires de dispensation i.e. honoraire par boîte de médicaments délivrée ainsi que, le cas échéant, d'autres catégories d'honoraires dont le tarif est fixé par la convention nationale prévue à l'article L.162-16-1 du code de la sécurité sociale.

    Les nouveaux honoraires de dispensation mis en place à partir du 01/01/2019 (Avenant n° 11 à la convention nationale signé le 20 juillet 2017) devront 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, puis s'il y a lieu :
- L'honoraire de dispensation complexe
- L'honoraire de dispensation pour médicament(s) remboursable(s)
- L'honoraire de dispensation lié à l'âge
- L'honoraire de dispensation pour médicament spécifique
-
  - 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.

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

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

3.2.8.4 Bordereau accompagnant les 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 logiciel doit donc permettre l'édition de ce bordereau.

Lorsque les ordonnances sont télétransmises à l'AMO via le système SCOR, le bordereau n'est pas nécessaire.

3.2.8.4.1 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 "Tri 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.

3.2.8.4.1.1 Constitution des paquets d'ordonnances relatifs aux FSE

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 :

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.

3.2.8.4.1.2 Constitution des paquets d'ordonnances relatifs au mode « SESAM-Vitale dégradé »

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'arrête 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.

3.2.8.4.1.3 Présentation des bordereaux d'accompagnement pour le Pharmacien

Le pharmacien s'engage à éditer un bordereau récapitulatif accompagnant chacun des paquets d'ordonnances, selon leur destination, en fonction des critères de tri décrits plus haut.

Le logiciel du pharmacien doit donc éditer :

- un bordereau par régime pour les ordonnances correspondant aux FSE transmises à la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire de la circonscription du pharmacien,
- un bordereau par régime pour l'ensemble des ordonnances correspondant aux FSE destinées aux caisses d'Assurance Maladie Obligatoire hors circonscription,
- un bordereau par caisse d'Assurance Maladie Obligatoire d'affiliation et par procédure de règlement pour les ordonnances correspondant au mode dégradé.

Le modèle du bordereau est unique, seules les ruptures changent en fonction des critères de tri des paquets.

Les informations à éditer sont les suivantes :

Un en-tête :

- un titre : « Bordereau récapitulatif des ordonnances pour le régime XXX »,
- identification du partenaire de santé (Numéro de facturation),
- date de création de chaque lot constituant le bordereau,
- numéro de chaque lot constituant le bordereau.

Une ligne par facture par ordre croissant des numéros de facture

- renouvellement d'ordonnances (en cas de renouvellement, la mention « R » sera indiquée),
- n° de lot,
- n° de facture,
- n° d'immatriculation de l'assuré (NIR),
- nom de l'assuré,
- date de naissance du bénéficiaire,
- montant total de la facture,
- type de destinataire de règlement (partenaire de santé ou assuré),
- n° de l'organisme d'Assurance Maladie destinataire.

Une ligne « total général »

- nombre total des FSE correspondant au bordereau,
- nombre total des ordonnances correspondant au bordereau.

Un récapitulatif des N° de FSE triées par caisse d'Assurance Maladie Obligatoire hors circonscription

Le bordereau concernant les ordonnances destinées aux caisses d'Assurance Maladie Obligatoire hors circonscription récapitulera, à la suite et triées par numéro de caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (mentionné) et par ordre croissant, les numéros de FSE concernées.

3.2.8.4.2 Mise en œuvre pour les Auxiliaires Médicaux et les Fournisseurs

3.2.8.4.2.1 Présentation des bordereaux d'accompagnement

3.2.8.4.2.1.1 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 Cadre de remboursement des FSE
« A »	*paiement à l'assuré*	**1**
« TP »	*tiers payant sur les parts obligatoire et complémentaire*	**3**
« TPO »	*tiers payant sur la part obligatoire seule*	**2 ou 5**
« TPC »	*tiers payant sur la part complémentaire seule*	**4**

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.

3.2.8.4.2.1.2 Auxiliaires Médicaux - Fournisseurs

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.

3.2.8.5 Informations de vaccination

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.

3.2.9 Sécurisation des flux SESAM-Vitale

3.2.9.1 Les différents modes de sécurisation des factures

Il existe trois modes de sécurisation :

1. Le mode de sécurisation **SESAM-Vitale** qui nécessite :
   a. soit la présence simultanée du support Vitale et de la CPS,
   b. 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.
2. 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.

Les données sensibles sont chiffrées et les factures signées.

3. Le mode de sécurisation **SESAM sans Vitale** qui nécessite uniquement la présence de la CPS dans le lecteur. Les données sensibles sont chiffrées et les factures signées.
4. Le mode de sécurisation **SESAM-Vitale dégradé**, dans lequel, le support Vitale étant absent, la sécurisation est réalisée par la CPS seule. Les données sensibles contenues dans le flux sont chiffrées et les factures sont signées par la CPS.

Pour les AMO, la pièce justificative est la FSE pour les deux premiers modes et la feuille de soins papier pour le dernier mode.

3.2.9.2 Chiffrement des données sensibles de la facture

SESAM-Vitale permet de chiffrer les données sensibles des factures lorsqu'elles sont véhiculées dans un flux électronique.

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,…).

3.2.9.3 Signature des flux SESAM-Vitale

3.2.9.3.1 Signature des factures

3.2.9.3.1.1 Signature des FSE

Les mécanismes de sécurité obligatoires pour la dématérialisation des documents nécessaires au remboursement des soins sont définis réglementairement (article R.161-43).

Signature pour toutes les catégories de Professionnel de Santé (Mode SESAM-Vitale)

Une FSE ne peut être créée sans le support Vitale du patient ou sans 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.

Signature pour les laboratoires d'analyse, médecins en anatomo-cyto-pathologie, directeurs de laboratoire médecin, pharmaciens, fournisseurs, la télémédecine (Mode SESAM sans Vitale)

La présence du support Vitale n'est pas obligatoire pour sécuriser la FSE pour

- la famille des laboratoires d'analyse de biologie médicale,
- les médecins spécialisés en anatomo-cyto-pathologie,
- les directeurs de laboratoire médecin (hors Centre de Santé),
- la famille pharmaciens, lors de la délivrance d'un contraceptif à une mineure
- les familles « pharmaciens », « fournisseurs » (pour certains produits de la LPP destinés à la location ainsi que les prestations délivrées au long cours inscrites au TITRE I et au TITRE II de la LPP)
- et les Professionnels de Santé lors de la réalisation d'actes de télémédecine (à l'exclusion des prestations d'accompagnement à la téléconsultation).

Règles de saisie du code porteur

SESAM-Vitale impose que le code porteur de la Carte Professionnel de Santé soit saisi pour la signature des FSE.

La Carte Professionnel de Santé impose que le code porteur soit fourni pour la lecture des situations d'exercice et de facturation du Professionnel de Santé. Ce principe s'applique selon les règles suivantes :

- Dans le cas d'un lecteur SESAM-Vitale, la saisie du code porteur peut se faire soit au niveau du progiciel depuis le clavier du poste Professionnel de Santé, soit sur le lecteur.
- Dans le cas de lecteurs PC/SC, la saisie du code porteur se fait obligatoirement au niveau du progiciel depuis le clavier du poste Professionnel de Santé.
- Lorsqu'une Carte 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 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.
- Le code porteur de la CPS ne doit pas être mémorisé par le progiciel (disque dur, mémoire...).

Habilitations des Professionnels de Santé

La signature des FSE est soumise aux règles suivantes :

- Les CPS, CPF et CDE habilitées peuvent signer des FSE.
- En ce qui concerne les CPE :
  - Pour la catégorie des Pharmaciens, et des Fournisseurs les cartes CPE sont habilitées à signer des FSE, en fonction de la demande d'attribution de la carte formulée par le Pharmacien ou le Fournisseur et des règles déontologiques de cette profession.
  - Pour les autres catégories de Professionnels de Santé, les cartes CPE ne sont pas actuellement habilitées à signer des FSE.

3.2.9.3.1.2 Signature des DRE

La signature des DRE est définie conventionnellement.

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.

Pour une DRE d'annulation, le mode de sécurisation SESAM-Vitale dégradé peut avoir, dans le respect des accords conventionnels, la même valeur que le mode SESAM-Vitale.

3.2.9.3.2 Signatures des lots

3.2.9.3.2.1 Signature des lots de FSE et de DRE

Un lot de FSE ou un lot de DRE ne peut être créé sans la Carte du Professionnel de Santé qui est un des composants essentiels de la sécurité du système SESAM-Vitale.

Règles de saisie du code porteur

SESAM-Vitale impose que le code porteur de la Carte Professionnel de Santé soit saisi pour la signature des lots de FSE. Ce principe s'applique selon les règles suivantes :

- les lots peuvent être signés en série,
- la signature du premier lot de FSE ou DRE de la série nécessite la saisie du code porteur,
- la saisie du code porteur n'est pas obligatoire pour la signature des autres lots de la série (sauf retrait ou mise hors tension de la carte).

Habilitations des Professionnels de Santé

La signature des lots de FSE et de DRE sont soumises aux règles suivantes :

- Les CPS, CPF et CDE habilitées peuvent signer des lots de FSE ou DRE.
- En ce qui concerne les CPE :
  - Pour la catégorie des Pharmaciens, les cartes CPE ne sont pas habilitées à signer des lots de FSE ou DRE.
  - Pour les autres catégories de Professionnels de Santé, les cartes CPE peuvent être habilitées à signer des lots de FSE ou DRE, en fonction de la demande d'attribution de la carte formulée par le Professionnel de Santé et des règles déontologiques de sa profession. La CPE d'un employé de cabinet de groupe peut signer les lots de FSE ou DRE élaborées par l'ensemble des Professionnels de Santé du cabinet. Pour les centres de santé polyvalents, le logiciel devra contrôler que le numéro de facturation porté en carte CPE ou CDE est bien l'un des numéros attribués à ce centre (les postes de travail ou serveurs ayant été paramétrés préalablement).

Le présent document ne spécifie pas les procédures de demande, d'attribution et de distribution des différentes cartes de Professionnels de Santé.

3.2.9.4 Chiffrement de pièce jointe

La version 1.40 assure intrinsèquement la confidentialité des données sensibles (cf. §3.2.9.2) via des certificats de chiffrement de données (premier niveau de chiffrement).

La version 1.40 assure également la confidentialité de l'ensemble des données transmises vers l'assurance maladie via le chiffrement de pièce jointe des messages SMTP et de certificats de chiffrement de pièce jointe (second niveau de chiffrement) (cf. description à l'annexe 4).

Les flux retours des organismes d'Assurance Maladie ne sont pas chiffrés.

3.2.10 Transmission des flux SESAM-Vitale aux organismes d'Assurance Maladie

3.2.10.1 Création des lots de factures électroniques

3.2.10.1.1 Mise en forme des lots de factures

Les factures électroniques sont regroupées en lots en vue de leur transmission aux organismes d'Assurance Maladie.

Le critère de regroupement des FSE utilisé pour la mise en lot est constitué des éléments suivants fournis ci-après à titre indicatif[7] :

- numéro d'identification de facturation du Professionnel de Santé,
- type de norme d'échange,
- régime d'Assurance Maladie (code régime contenu dans la carte Vitale),
- organisme destinataire,
- destinataire de règlement (tiers payant, hors tiers payant),
- mode de sécurisation (dégradé, SESAM-Vitale ou SESAM sans Vitale),
- critère spécifique AMO (par exemple distinction de la nature d'assurance AT/MP pour certains régimes),
- type de flux (test, démonstration, réel),
- version de norme,
- numéro de Certificat de Conformité du TLA,
- type de facture (« F » pour Feuille de Soins Electronique),

Le critère de regroupement des DRE utilisé pour la mise en lot est constitué des éléments suivants fournis ci-après à titre indicatif[9] :

- numéro d'identification de facturation du Professionnel de Santé,
- numéro d'AMC ou numéro d'opérateur de règlement,
- mode de sécurisation (dégradé, SESAM-Vitale ou SESAM sans Vitale),
- unité monétaire (EUR),
- version de norme,
- numéro de Certificat de Conformité du TLA,
- type de facture (« D » pour Demande de Remboursement Electronique),
- code Norme,
- type de flux (test, démonstration, réel),
- code application,
- type de service AMC,
- code routage,
- identifiant de l'hôte,
- domaine.

[7] Ces critères de regroupement sont susceptibles d'évoluer dans le temps. Ces évolutions sont rendues transparentes par les Services SESAM-Vitale. Il est fortement déconseillé d'utiliser ces critères de regroupement à des fins autres que celles prévues au Cahier des Charges.

Le Professionnel de Santé doit disposer d'une fonction de visualisation de l'ensemble des factures contenues dans un lot, avant sa signature.

3.2.10.1.2 Sauvegarde des lots de factures

Les lots de factures, mis en forme et sécurisés grâce aux modules SESAM-Vitale et à la Carte Professionnel de Santé, sont archivés sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé.

Ces lots de factures doivent être conservés au moins tant que les ARL positifs correspondants n'ont pas été reçus afin de permettre une éventuelle réémission (cf. chapitre concernant les cas particuliers de fonctionnement).

Par ailleurs, il est recommandé au Professionnel de Santé de conserver sur son Poste de Travail les références des lots de factures. Celles-ci peuvent s'avérer utiles en cas de dysfonctionnement du système SESAM-Vitale.

3.2.10.2 La création des fichiers

Les lots de factures électroniques sont regroupés en fichiers en vue de leur transmission à l'Assurance Maladie.

Le critère de regroupement des lots de FSE en fichier est constitué des éléments suivants fournis à titre indicatif[8] :

- type d'émetteur,
- numéro d'émetteur,
- régime d'Assurance Maladie (code régime contenu dans la carte Vitale),
- code norme,
- organisme destinataire (pour les flux véhiculés par le Réseau SESAM-Vitale),
- type de flux (test, démonstration, réel).

Le critère de regroupement des lots de DRE en fichier est constitué des éléments suivants fournis à titre indicatif[10] :

- type émetteur,
- n° émetteur,
- n° destinataire fichier,
- type destinataire fichier,
- nom du domaine de l'adresse du destinataire,
- type de facture,
- code application,
- code norme,
- type de flux,
- version de norme DRE.

Les fichiers sont conservés sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé en prévision des cas de réémission possibles.

La création d'un fichier ne nécessite pas la présence de la Carte Professionnel de Santé.

[8] Ces critères de regroupement sont susceptibles d'évoluer dans le temps. Ces évolutions sont rendues transparentes par les Services SESAM-Vitale. Il est fortement déconseillé d'utiliser ces critères de regroupement à des fins autres que celles prévues au Cahier des Charges.

Il est recommandé que la mise en forme des fichiers de lots de DRE soit effectuée consécutivement à la mise en forme des fichiers de lots de FSE.

Cette opération peut être réalisée sur le poste du Professionnel de Santé mais aussi par un Organisme Concentrateur Technique en cas de délégation de transmission.

3.2.10.3 La transmission des fichiers de factures électroniques

La procédure de transmission des FSE doit être conforme aux dispositions législatives (article R.161-47). Le Professionnel de Santé ayant dispensé les actes ou prestations remboursables par l'Assurance Maladie transmet les FSE dans un délai de trois jours ouvrés en cas de paiement direct par l'assuré, ou, en cas de dispense d'avance de frais, dans un délai de huit jours ouvrés à compter de la date d'élaboration de la feuille de soins.

Bien qu'il n'existe pas de dispositions législatives pour le Professionnel de Santé et pour l'AMC, la procédure de transmission des DRE est définie conventionnellement et est identique à la procédure appliquée pour les FSE.

La transmission des factures électroniques nécessite l'envoi de fichiers à l'organisme d'Assurance Maladie via un réseau de télécommunication de données (cf. Annexe 4).

La transmission de ces fichiers peut se réaliser :

- soit directement entre le Poste de Travail des Professionnels de Santé et les organismes d'Assurance Maladie via un réseau de messageries,
- soit entre le Poste de Travail des Professionnels de Santé et les organismes d'Assurance Maladie via un Organisme Concentrateur Technique ou un réseau tiers.

La transmission des messages peut être décorrélée de la mise en forme des lots et des fichiers.

Le Poste de Travail du Professionnel de Santé doit demander à recevoir de la part du réseau les avis de non-remise pour les messages SMTP envoyés.

La confidentialité des données est assurée selon les règles décrites dans le chapitre relatif à la sécurité des flux SESAM-Vitale.

Pour optimiser la volumétrie des données transportées, la compression des messages à partir d'un outil spécifique peut être utilisée sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé (cf. Annexe 4 – chapitre 5).

Adressage des flux de factures

La constitution de l'adresse électronique est fonction du type de BAL destinataire (BAL dédiée à un AMC ou à un AMO ; BAL commune à des AMC, connue ou non du poste Professionnel de Santé). Cette adresse est définie par les données du support Vitale ou du support de droits, et sur un autre support de droits AMC éventuel, ainsi que par les informations administratives et de routage issues de l'Annuaire AMC ou des tables conventionnelles pour les flux de DRE tiers payant.

Routage des flux SMG

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 (cf. § 4.2.1.2.3.1).

3.3 Réception des retours sur le poste du Professionnel de Santé

Pour la description des retours concernant les rapports de réclamation, cf. annexe 1-B0.

3.3.1 Les accusés de réception logique (ARL)

L'organisme d'Assurance Maladie crée un accusé de réception logique (ARL) par :

- lot de FSE reçu, uniquement **sécurisé** en mode SESAM-Vitale ou en mode SESAM sans Vitale,

- lot de DRE reçu, quel que soit le mode de sécurisation.

3.3.1.1 Un ARL positif

Un ARL positif signifie que la transmission de ce lot s'est bien déroulée, c'est-à-dire :

- le lot de factures électroniques est intègre et l'organisme d'Assurance Maladie reconnaît son origine. Cela ne signifie pas que le contenu du lot est accepté par cet organisme d'Assurance Maladie (les factures n'ont pas encore été « liquidées »),
- l'assurance au Professionnel de Santé que le lot de factures électroniques a bien été reçu par le destinataire escompté[9],
- le Professionnel de Santé est déchargé de sa responsabilité de transmettre ce lot.

Sauvegarde

Pour la FSE, conformément aux dispositions réglementaires (R161-47), le progiciel doit sauvegarder l'ARL positif associé, pendant 90 jours au moins.

Les principes de sauvegarde énoncés pour les ARL positifs émis par les AMO s'appliquent aux ARL positifs émis par les AMC.

3.3.1.2 Un ARL négatif

Signification d'un ARL négatif

Un ARL négatif signifie que le lot de factures électroniques n'a pas été transmis avec succès, c'est-à-dire que le Professionnel de Santé n'est pas déchargé de sa responsabilité de transmettre ce lot. Un ARL négatif peut éventuellement indiquer la première facture électronique incorrecte contenue dans le lot traité.

Son traitement sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé est décrit au chapitre relatif aux cas particuliers de fonctionnement.

Origine d'un ARL négatif

L'origine de l'ARL négatif peut être :

- le Professionnel de Santé émetteur n'est pas reconnu (la Carte Professionnel de Santé utilisée pour signer le lot de factures électroniques est invalide),
- la syntaxe des lots de factures électroniques reçus est incorrecte (exemple de cause possible : dysfonctionnement matériel ou logiciel),
- les lots de factures électroniques reçus ne sont pas intègres (exemples de causes possibles : erreur de transmission, dysfonctionnement du matériel informatique du Professionnel de Santé),
- le numéro d'agrément du progiciel du Professionnel de Santé n'est plus ou pas valide.
- la première facture détectée erronée ou non intègre contenue dans le lot.

Traitement de l'ARL négatif par le Professionnel de Santé

Après transmission des lots de factures électroniques, le Professionnel de Santé reçoit, lors d'une connexion ultérieure, un ARL négatif émis par l'organisme d'Assurance Maladie destinataire du lot. Le traitement de l'ARL négatif est fait par le Professionnel de Santé à l'aide des informations transmises dans l'ARL négatif.

[9] L'Assurance Maladie Obligatoire assure l'archivage des flux dématérialisés (lots de feuilles de soin électroniques et accusés de réception logiques) conformément à la réglementation.

Le progiciel du Professionnel de Santé doit être capable de retransmettre un lot de factures électroniques tel que précédemment émis, débarrassé éventuellement des factures électroniques incriminées dans le rejet du lot. Dans ce dernier cas, les numéros des deux lots doivent être différents et le nouveau lot doit être sécurisé.

Le progiciel du Professionnel de Santé doit être capable, à des fins d'analyse, de sauvegarder dans un fichier (tel que défini par le système d'exploitation de l'équipement informatique) un lot de factures électroniques qui posent un problème.

Pour la FSE, les éléments qui suivent sont définis réglementairement (article R.161-47). Lorsque le Professionnel de Santé reçoit un ARL négatif, il dispose de deux jours ouvrés pour réémettre les lots de factures électroniques et prévenir l'organisme destinataire, ou, au plus tard, jusqu'à la transmission d'une nouvelle facture. Ce délai ne court pas durant les périodes d'absence du Professionnel de Santé d'une durée supérieure à deux jours ouvrés.

Sauf dispositions conventionnelles spécifiques, cette disposition est applicable à la DRE.

En cas de réception d'un ARL négatif pour des lots créés depuis plus de 90 jours ou post datés de plus de 2 jours, il est inutile de réémettre le lot dans les 48 heures. Il convient d'adopter la procédure de remise du duplicata sur support papier.

3.3.2 Les flux de rejet / signalement / paiement (RSP)

Normes utilisées

La référence NOEMIE-PS 580 a été choisie comme référence unique de retour par tous les Organismes d'Assurance Maladie.

Elle doit à terme remplacer les retours existants :

- les références 576 et 900 de la norme NOEMIE pour les AMO,
- les flux de paiement et de rejet en provenance des AMC actuellement transmis

Le progiciel du Professionnel de Santé doit être capable de traiter les données constituant la référence 580 de la Norme NOEMIE, ainsi que les références 576 et 900 (sauf pour les pharmaciens).

Par ailleurs, il est recommandé que la gestion des flux de paiement et de rejet en provenance des AMC actuellement transmis soit maintenue pour les progiciels qui offraient cette fonctionnalité.

Rapprochement

Quelle que soit la référence traitée par le progiciel, le Professionnel de Santé doit pouvoir effectuer :

- le rapprochement entre les flux aller (émis par le Professionnel de Santé) et les flux retours (émis par les organismes d'assurance maladie),
- les rapprochements comptable et bancaire.

Réception d'un flux de rejet / signalement sur une facture

Après transmission des lots de factures électroniques, le Professionnel de Santé reçoit, lors d'une connexion ultérieure, un flux de RSP (rejet / signalement / paiement) émis par l'organisme d'Assurance Maladie destinataire.

Les flux de rejet / signalement / paiement sont créés dans les cas suivants :

- systématiquement en tiers payant,
- occasionnellement en hors tiers payant. Certains organismes d'Assurance Maladie génèrent des retours en cas de rejet ou signalement,
- pour retour d'informations relatives à des paiements ponctuels (aide pérenne, ROSP, RMT, ..) au Professionnel de Santé.

Le flux de rejet / signalement / paiement indique pour chaque facture électronique traitée :

- soit le motif du non traitement (indication de rejet),
- soit les caractéristiques du traitement (paiement ou signalement), accompagnées du montant remboursé après liquidation

En cas de rejet d'une FSE, il est alors nécessaire :

- soit de revenir au circuit papier traditionnel ; le Professionnel de Santé remet un duplicata (sur support papier) à l'assuré ou à l'organisme servant à ce dernier les prestations de base de l'Assurance Maladie. Ce duplicata comprend les données constitutives de la facture électronique, ainsi que les nom et prénom du bénéficiaire des soins.
- soit de réaliser une nouvelle facture électronique si l'assuré peut se représenter chez le Professionnel de Santé. Dans ce cas, un nouveau numéro doit être attribué à cette facture.

Pour la DRE, le traitement des rejets relève des accords conventionnels.

3.3.3 Messages de service

Suite à la télétransmission par le Professionnel de Santé de messages contenant des factures, le Poste de Travail du Professionnel de Santé est susceptible de recevoir des messages dits de « service ».

3.3.3.1 Message de service de l'Assurance Maladie

Les messages de service sont envoyés par les régimes d'Assurance Maladie en réponse à des erreurs détectées au niveau des en-têtes SMTP, de l'enveloppe des fichiers contenant les lots, lors de la détection ou d'une erreur du chiffrement.

Les Professionnels de Santé peuvent recevoir par les régimes d'Assurance Maladie obligatoire ou complémentaire, suite à la transmission de fichier vers les organismes d'Assurance Maladie :

- un message de service de rejet SMTP en réponse à des erreurs détectées au niveau des en-têtes SMTP,
- ou un message de service de rejet de fichier en réponse à des erreurs détectées au niveau de l'enveloppe des fichiers contenant les lots,
- ou un message de service de rejet de chiffrement en réponse à des erreurs détectées au niveau du chiffrement.

3.3.3.2 Message de service de l'opérateur de messagerie

Les Professionnels de Santé peuvent recevoir par l'opérateur de messagerie, suite à la transmission de fichier vers les organismes d'Assurance Maladie :

- un message de service d'accusé de réception provisoire (AR_P) en cas d'indisponibilité d'un site d'exploitation de l'Assurance Maladie,

Le lecteur peut se référer à l'annexe 1-B et à l'annexe 4 pour information complémentaire.

3.4 Cas particuliers de fonctionnement

3.4.1 Cas de fonctionnement dégradé

3.4.1.1 Accident du travail

Dans le cas où les informations relatives à l'AT ou celles relatives à l'identification de la caisse gestionnaire du risque AT, fournies par la victime différeraient des informations contenues en carte Vitale, le Professionnel de Santé peut réaliser une feuille de soins en mode SESAM-Vitale dégradé.

3.4.1.2 Dysfonctionnements

Ce paragraphe indique les modes de fonctionnement prévus en cas de dysfonctionnement du système SESAM-Vitale ou d'un de ses composants.

Fonctionnement Dégradé

il est nécessaire :

- soit de revenir au circuit papier traditionnel,
- soit de réaliser un flux électronique en mode SESAM-Vitale dégradé.Cf. §4.3.7 SP09

Dysfonctionnement du terminal lecteur ou absence de la CPS

Si le terminal lecteur (lecteur mono-applicatif ou multi-applicatif, ou TLA) 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.

Dysfonctionnement du Poste de Travail du Professionnel de Santé

Si le Poste de Travail du Professionnel de Santé ne fonctionne pas, l'élaboration de la facture ne peut avoir lieu. Pour les AMO, il est alors nécessaire de revenir au circuit papier conformément aux dispositions législatives et pour les AMC aux dispositions conventionnelles.

Dysfonctionnement du réseau de télécommunication

Si le réseau de télécommunication n'est pas accessible ou ne fonctionne pas, le progiciel du Professionnel de Santé effectue plusieurs tentatives de connexion ou de transmission.

Suite à la réception d'un avis de non remise du réseau de messagerie signifiant que le message SMTP n'a pu être transmis à l'organisme d'Assurance Maladie et qu'il est perdu, le Professionnel de Santé renvoie à l'identique les données initialement émises.
Il est recommandé au progiciel du Professionnel de Santé d'alerter le Professionnel de Santé dès lors que plusieurs avis de non-remise sont reçus successivement concernant l'envoi d'un ou plusieurs messages à un ou plusieurs destinataires.

Perte de la facture électronique

En cas de dysfonctionnement grave du système entraînant la perte définitive soit de la FSE soit de la DRE (par exemple, panne de disque dur), il est alors nécessaire :

- soit de revenir au circuit papier traditionnel sous la forme d'un duplicata pour la FSE, Bien qu'il n'existe pas de dispositions législatives pour le Professionnel de Santé et pour l'AMC, le Professionnel de Santé transmet une facture papier à l'AMC (dans le cas de tiers-payant sur la part complémentaire),
- soit de réaliser la (ou les) factures électronique(s) en mode SESAM-Vitale dégradé,
- soit de réaliser une nouvelle FSE, ou une DRE, si l'assuré peut se représenter chez le Professionnel de Santé.

Absence d'ARL

Les éléments qui suivent sont définis réglementairement (article R.161-47) pour la FSE. Lorsque le Professionnel de Santé n'a pas pu obtenir d'ARL dans les deux jours ouvrés suivant l'émission des lots de factures électroniques, il dispose de deux jours ouvrés pour les réémettre et prévenir l'organisme destinataire, ou, au plus tard, jusqu'à la transmission d'une nouvelle facture. Ce délai ne court pas durant les périodes d'absence du Professionnel de Santé d'une durée supérieure à deux jours ouvrés.

Les principes cités ci-dessus pour la FSE s'appliquent à la DRE.

Échec de la réémission d'une facture électronique

En cas d'échec de la réémission d'une FSE, le Professionnel de Santé remet un duplicata sur support papier à l'assuré ou à l'AMO.

En cas d'échec de la réémission d'une DRE, les dispositions conventionnelles s'appliquent.

3.4.2 Feuille de soins papier pour la FSE dégradée

Parallèlement à la transmission du flux à l'AMO, le Professionnel de Santé adresse à la caisse du régime obligatoire les pièces justificatives papier, à savoir la feuille de soins sur support papier établie sur l'imprimé conforme au modèle CERFA.

Pour tous les cas de dysfonctionnement et dans le cas d'accident de travail, lorsqu'il y a utilisation du mode SESAM-Vitale dégradé, la mention « Télétransmission dégradée » doit figurer sur la feuille de soins papier, pour toutes les familles.

La feuille de soins papier peut être télétransmise à l'AMO via le système SCOR.

3.4.3 Contenu d'un duplicata papier pour la FSE

Conformément aux dispositions législatives (article R.161-47), si le Professionnel de Santé n'est pas en mesure de transmettre la FSE, il remet un duplicata sur support papier à l'assuré ou à l'organisme servant à ce dernier les prestations de base de l'Assurance Maladie selon des modalités fixées par convention. Ce duplicata comprend les données constitutives de la FSE, ainsi que les nom et prénom du bénéficiaire des soins.

Le duplicata doit être rédigé ou imprimé sur un feuillet normalisé CERFA sur lequel est indiquée la mention « DUPLICATA ».

3.4.4 Mode test

Le mode test correspond à l'élaboration de FSE ou de DRE à partir de support Vitale de test et CPS de test et à leur transmission vers les AMO et les AMC conformément aux spécifications de l'annexe 4.

Par conséquent le progiciel doit prévoir un mode de configuration test spécifique.

3.4.5 Mode démonstration

Lors de l'utilisation d'un support Vitale de démonstration avec une CPS réelle, le progiciel du Professionnel de Santé doit reconnaître le support Vitale de démonstration sur la base des informations « code régime » et «code caisse» (01 et 999) et doit afficher au Professionnel de Santé qu'il est en train d'effectuer un flux de démonstration.

3.5 Récapitulatif des émissions / réceptions du Professionnel de Santé par modes de sécurisation

Le tableau ci-dessous récapitule en fonctionnement nominal ou dégradé les émissions et les réceptions du Professionnel de Santé par mode de sécurisation de la facture.

	Émission / Réception du Professionnel de Santé	
Mode de sécurisation	**Flux AMO**	**Flux AMC**
SESAM-Vitale **SESAM-Vitale avec désynchronisation** Pour toutes catégories Facture électronique chiffrée et signée en présence du support Vitale et d'une CPS	• FSE sans papier en parallèle • Réception d'ARL	• DRE sans papier en parallèle • Réception d'ARL

	Émission / Réception du Professionnel de Santé	
SESAM sans Vitale ~~Uniquement pour les laboratoires d'analyse, les médecins en anatomo-cyto-pathologie, les pharmaciens et fournisseurs (sous certaines restrictions), et les professionnels de Santé lors de la réalisation d'actes de télémédecine autres que des prestations d'accompagnement à la téléconsultation~~. L'usage de ce mode de sécurisation est restreint aux contextes décrits par la règle RG_MF003 du présent cahier des charges. Facture électronique chiffrée et signée en présence uniquement de la CPS	• FSE sans papier en parallèle • Réception d'ARL	• DRE sans papier en parallèle • Réception d'ARL
Dégradé Pour toutes catégories, uniquement en cas d'absence ou de dysfonctionnement du support Vitale, ou FSE AT lorsque l'organisme de la facture est différent de celui de la carte Vitale Facture électronique chiffrée et signée en présence uniquement de la CPS et signée. Le mode dégradé est interdit en cas de facturation d'acte de télémédecine autres que des prestations d'accompagnement à la téléconsultation.	• facture électronique en mode «dégradé» avec papier en parallèle • Pas de réception d'ARL	• DRE sans papier en parallèle • Réception d'ARL

3.6 L'administration du système SESAM-Vitale

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.

3.6.1 Suivi du Parc

Le Suivi de Parc a pour but de fournir des informations sur l'état du parc des postes des Professionnels de Santé au GIE SESAM-Vitale. Il permet :

- de connaître les différentes versions des fournitures SESAM-Vitale installées sur le terrain, notamment pour évaluer l'état d'avancement des migrations,
- de repérer les postes du Professionnel de Santé qui nécessitent une action ciblée de la part des correspondants SESAM-Vitale, notamment lorsque certains composants sont incompatibles ou lorsqu'un composant nécessite une mise à jour réglementaire,
- d'élaborer des statistiques sur l'état du parc.

Le Suivi de Parc concerne les postes de travail suivants :

- les postes qui élaborent des factures électroniques,

- les postes qui mettent en forme des lots de FSE.

Le Suivi de parc concerne les éléments suivants (liste non limitative) :

- le numéro d'agrément,
- les composants ou produits homologués (terminal lecteur ou intégrés) par le GIE SESAM-Vitale,
- les fournitures SESAM-Vitale,
- certaines fournitures de l'ASIP Santé.

Ces informations sont transmises périodiquement avec les FSE.

3.6.2 Mise à jour du Poste de Travail du Professionnel de Santé

3.6.2.1 Objectifs

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.

3.6.2.2 Les composants susceptibles de faire l'objet d'une mise à jour

Parmi les composants présents sur l'équipement du Professionnel de Santé et constituant une version donnée, il convient de distinguer sur le Poste de Travail :

- les tables de données (tarification CCAM et complémentaire),
- les fichiers de paramétrage des modules de traitement,
- les librairies ou exécutables (certaines librairies exploitent ces tables ou fichiers),

et sur le terminal lecteur :

- les composantes système (noyau, superviseur, …),
- les applications (ex : EI96, TLA).

3.6.2.3 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.

3.6.2.4 Circuit de mise à jour

Le système de mise à jour peut être utilisé pour mettre à jour des fichiers de paramétrage ou des « bibliothèques de fonctions » dans le cas où l'évolution a un impact limité au périmètre du composant lui-même (ex : correction du code d'un module, évolution d'un module associée à une version de table de données).

Les évolutions de composants ne peuvent porter que sur celles qui interviennent entre deux versions du Cahier des Charges et du package SESAM-Vitale associé. Sont essentiellement concernées les évolutions de composants qui n'impactent pas le progiciel (interfaces technique et fonctionnelle constantes vis à vis du progiciel).

3.6.3 Mise à jour des tables de conventions du Professionnel de Santé

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 soit :

- directement par les organismes signataires de conventions,
- via les OCT ou les éditeurs de logiciels qui le souhaiteraient,
- 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 (la procédure de récupération des fichiers normés est détaillée dans les annexes 3 et 4 du présent Cahier des Charges SESAM-Vitale),
- 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),*
- Mise à disposition de ces fichiers via les éditeurs ou les OCT *(procédure non décrite dans ce document).*

3.6.4 Mise à jour des certificats de chiffrement et de la liste de révocation des certificats de chiffrement

Le Professionnel de Santé doit émettre des FSE ou DRE avec une CRL de chiffrement de données et des certificats de chiffrement de données à jour sur son poste.

De même, le Professionnel de Santé doit émettre des FSE ou DRE avec une CRL de chiffrement de pièces jointes et des certificats de chiffrement de pièces jointes à jour sur son poste.

4 Le Poste de Travail du Professionnel de Santé

Ce chapitre décrit la participation du Poste de Travail du Professionnel de Santé à la mise en œuvre des fonctionnalités de SESAM-Vitale définies au chapitre 3.

Il spécifie les accès aux Fournitures SESAM-Vitale pour un équipement informatique.

4.1 Présentation du Poste de Travail

4.1.1 Architecture matérielle

La description de l'architecture matérielle ainsi que les exigences en terme d'architecture et de sécurité qui lui sont attachées sont fournies dans l'annexe 7 – Architecture et sécurité.

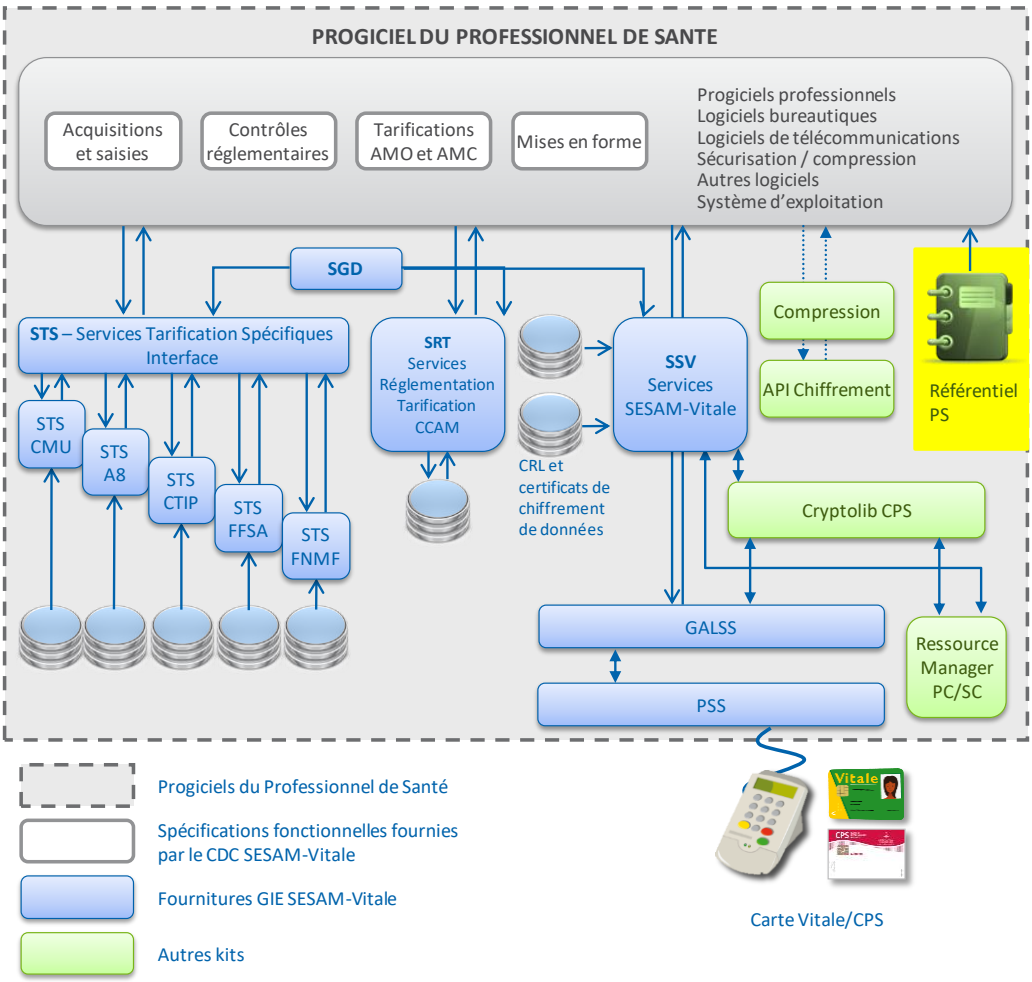
4.1.2 Architecture logicielle

Ce chapitre décrit l'architecture logicielle globale de l'équipement informatique du Professionnel de Santé.

Les configurations matérielles et logicielles non couvertes par le présent document sont soumises à homologation par le GIE SESAM-Vitale conformément aux spécifications fonctionnelles du système SESAM-Vitale.

Les progiciels agréés par l'Assurance Maladie, permettant au Professionnel de Santé de gérer son activité, intègrent des fonctions spécifiées dans le présent Corpus documentaire liées à l'application de la réglementation et de la tarification des organismes d'Assurance Maladie et s'appuient sur les modules SESAM-Vitale fournis par l'Assurance Maladie.

L'architecture logicielle de l'équipement informatique du Professionnel de Santé est la suivante :



Le schéma précédent présente l'ensemble des fournitures utilisable par le progiciel de santé :

- Les SGD (Service de Gestion de Données), offrent une interface simplifiée au progiciel pour les différents modules SESAM-Vitale.
- Les SSV et le terminal lecteur servent à la facturation (entre autres, acquisition des données cartes CPS et Vitale, et mise en forme et sécurisation de la FSE et de la DRE). Les SSV permettent également de lister les lecteurs PC/SC et de donner des informations sur la carte présente dans le lecteur.
- Les SRT servent à la réglementation et à la tarification de la nomenclature CCAM. Ils sont composés d'une partie logicielle et d'un fichier des données CCAM dénommé référentiel électronique.
  Le référentiel électronique contient des données de la nomenclature CCAM. Il est constitué à partir de la base nationale de la CCAM, la référence électronique de la nomenclature. Ces données sont utilisées par la partie logicielle pour la mise en œuvre des services SRT.
- Le référentiel PS sert à l'acquisition des informations sur les PS prescripteurs. Il est utilisé par les progiciels Pharmaciens.
  Les progiciels à destination des pharmaciens doivent utiliser un référentiel PS pour acquérir des informations sur les PS prescripteurs. Ce référentiel est mis à jour régulièrement par l'éditeur.

RG_AP113

L'éditeur doit être en mesure de déterminer pour chaque Professionnel de Santé la date de la dernière mise à jour du référentiel sur son Poste de Travail.

- Les STS gèrent les règles spécifiques de calcul des AMC et permettent le calcul du montant de la part complémentaire pour chaque acte de la facture.
  Ils comportent également des services d'assistance à la tarification.

VF-complémentaire / Description

- Le mode d'utilisation d'un module STS par le progiciel de santé est identique pour tous les STS. Les fonctions, l'interface, la cinématique d'appel sont identiques.
- La répartition des modules STS est la suivante :
  - une interface STS unique, entre le progiciel et les différents modules de tarification STS qui suivent,
  - les services de tarification de la part complémentaire spécifiques par famille ou groupe de familles de complémentaires :
    - CTIP (STS-CTIP),
    - FFA (STS-FFSA),
    - FNMF (STS-FNMF),
    - AMO (STS-A8) en convention de gestion et AMC délégataires de gestion,
  - le service de tarification complémentaire pour la C2S : STS-CMU.RG_CF382[SP03]

Accès à la CPS et à la carte Vitale

Par ailleurs, au sein du Poste de Travail, l'accès à la CPS et à la carte Vitale peut être réalisé au moyen d'un lecteur SESAM-Vitale ou de lecteurs PC/SC (mono-fente ou bi-fente).

- le Gestionnaire d'Accès au Lecteur Santé Social (GALSS) gère les accès de tout logiciel implanté sur l'équipement informatique à une même ressource (lecteur SESAM-Vitale, carte Vitale, CPS,…). Dans toutes les configurations, lorsqu'une application accède à une ressource donnée, toutes les ressources connectées via la même connexion (c'est-à-dire le même canal) deviennent inaccessibles à toute autre application.
- L'accès aux lecteurs PC/SC est réalisé par interfaçage direct avec le Ressource Manager PC/SC.

Remarque : Des recommandations sur les lecteurs PC/SC sont disponibles dans un document dédié diffusé par le GIE SESAM-Vitale.

Les SSV permettent l'utilisation de plusieurs lecteurs sur un même poste de travail. Ces lecteurs peuvent être indifféremment des terminaux lecteurs homologués SESAM-Vitale ou des lecteurs PC/SC. Cependant, pour un même service SSV ("lire droit vitale" et "formater facture") accédant à la carte Vitale et à la CPS, seules les configurations suivantes sont autorisées :

- Vitale et CPS présentes dans un même lecteur SESAM-Vitale,
- Vitale et CPS insérées dans deux lecteurs PC/SC.

Remarque

Certaines tables ou listes (table des tarifs, Liste des Produits et Prestations remboursables, table des actes de biologie…) sont nécessaires au bon fonctionnement du logiciel et à son utilisation par le Professionnel de santé.

Pour autant, ces tables et/ou listes sont hors du périmètre SESAM-Vitale et ne sont donc pas décrites dans le présent Cahier des charges ou mises à disposition par le GIE SESAM-Vitale.

Pour se les procurer, l'éditeur de logiciel peut consulter les différents sites internet publics utiles.

4.1.2.1 Les systèmes d'exploitation

La liste des environnements possibles acceptant les fournitures SESAM-Vitale est susceptible d'évoluer, elle est de ce fait disponible sur le site du GIE SESAM-Vitale http://www.sesam-vitale.fr.

Les sociétés désirant disposer des Fournitures SESAM-Vitale dans d'autres environnements que ceux indiqués dans cette liste sont invitées à prendre contact avec le GIE SESAM-Vitale.

4.1.2.2 Les progiciels du Professionnel de Santé

Le Poste de Travail comprend les applications nécessaires au Professionnel de Santé pour exercer son activité :

- gestion de cabinet,
- gestion des dossiers patients,
- accès à des bases de données médicales,
- etc.

Le présent référentiel ne contient aucune spécification des progiciels du Professionnel de Santé ne participant pas à la création ou à la transmission de FSE et de DRE.

Les progiciels présents sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé qui permettent de créer et de transmettre des FSE et des DRE doivent être conformes aux règles décrites dans le présent référentiel.

Le packaging du progiciel de santé est sous la responsabilité de l'éditeur.

Ce document ne contient aucune spécification relative :

- à l'implémentation des règles du Cahier des Charges dans le progiciel du Professionnel de Santé,
- à l'interface utilisateur du Poste de Travail du Professionnel de Santé et de ses progiciels[10],
- aux fonctions de traçabilité des échanges de données électroniques (lots de FSE, etc.) dans le progiciel du Professionnel de Santé.

RG_AP108

Les progiciels présents sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé permettant de créer et de transmettre des FSE et/ou des DRE sont soumis à agrément par les organismes d'Assurance Maladie.

Le progiciel doit offrir au Professionnel de Santé, la visualisation :

RG_AP107

- du nom de sa « boîte aux lettres SESAM-Vitale »,

RG_AP065

RG_AP112

RG_AP004

RG_AP062

RG_AP068

[10] Il est recommandé que les sociétés éditrices utilisent les termes définis dans le lexique du présent document.

4.1.2.3 Les modules SESAM-Vitale

Les progiciels agréés par l'Assurance Maladie intègrent les modules SESAM-Vitale fournis par les organismes d'Assurance Maladie.

Les modules SESAM-Vitale :

- sont mis gratuitement à disposition des sociétés éditrices de progiciels pour Professionnels de Santé par l'Assurance Maladie.
- proposent une interface d'accès afin d'isoler au maximum les progiciels des Professionnels de Santé des évolutions de SESAM-Vitale (changement du masque de la carte Vitale, modification de la norme d'échange ou des mécanismes de sécurité, etc.).
- ne sont pas autonomes. Ils s'exécutent sous le contrôle du progiciel du Professionnel de Santé qui est l'application maître.
- regroupent les modules de facturation (constitution et sécurisation de la facture) :
  - module SSV : Services SESAM-Vitale. Ils permettent l'accès aux cartes Vitale et Professionnel de Santé pour la création et la sécurisation des factures électroniques. Les SSV doivent être utilisés par tous les progiciels élaborant des flux SESAM-Vitale,
  - et le logiciel lecteur
- et les modules de tarification
  - le module SRT : Services de Réglementation et Tarification pour la tarification des actes CCAM. Les SRT doivent être utilisés par tous les progiciels des éditeurs de la famille des prescripteurs,
  - les modules STS : Services de Tarification Spécifiques pour la part complémentaire. Les STS doivent être utilisés par tous les progiciels élaborant des flux SESAM-Vitale.

Le présent corpus documentaire contient les spécifications d'utilisation des Services SESAM-Vitale (SSV), des Services de Réglementation et Tarification (SRT) et des Services de Tarification Spécifiques (STS).

Les modules SESAM-Vitale sont accompagnés chacun d'un manuel de programmation. Ce manuel de programmation, non inclus dans le Corpus du Cahier des Charges, est un document de référence pour la mise en œuvre du module et donne par rapport au Cahier des Charges des précisions techniques complémentaires pour faciliter l'intégration des Fournitures SESAM-Vitale au sein du progiciel du Professionnel de Santé.

Par ailleurs, les progiciels du Professionnel de Santé peuvent accéder aux services de la Carte de Professionnel de Santé via les modules « Services génériques CPS » fournis par le G.I.P. «CPS». Le présent document ne contient aucune spécification des « Services génériques CPS ».

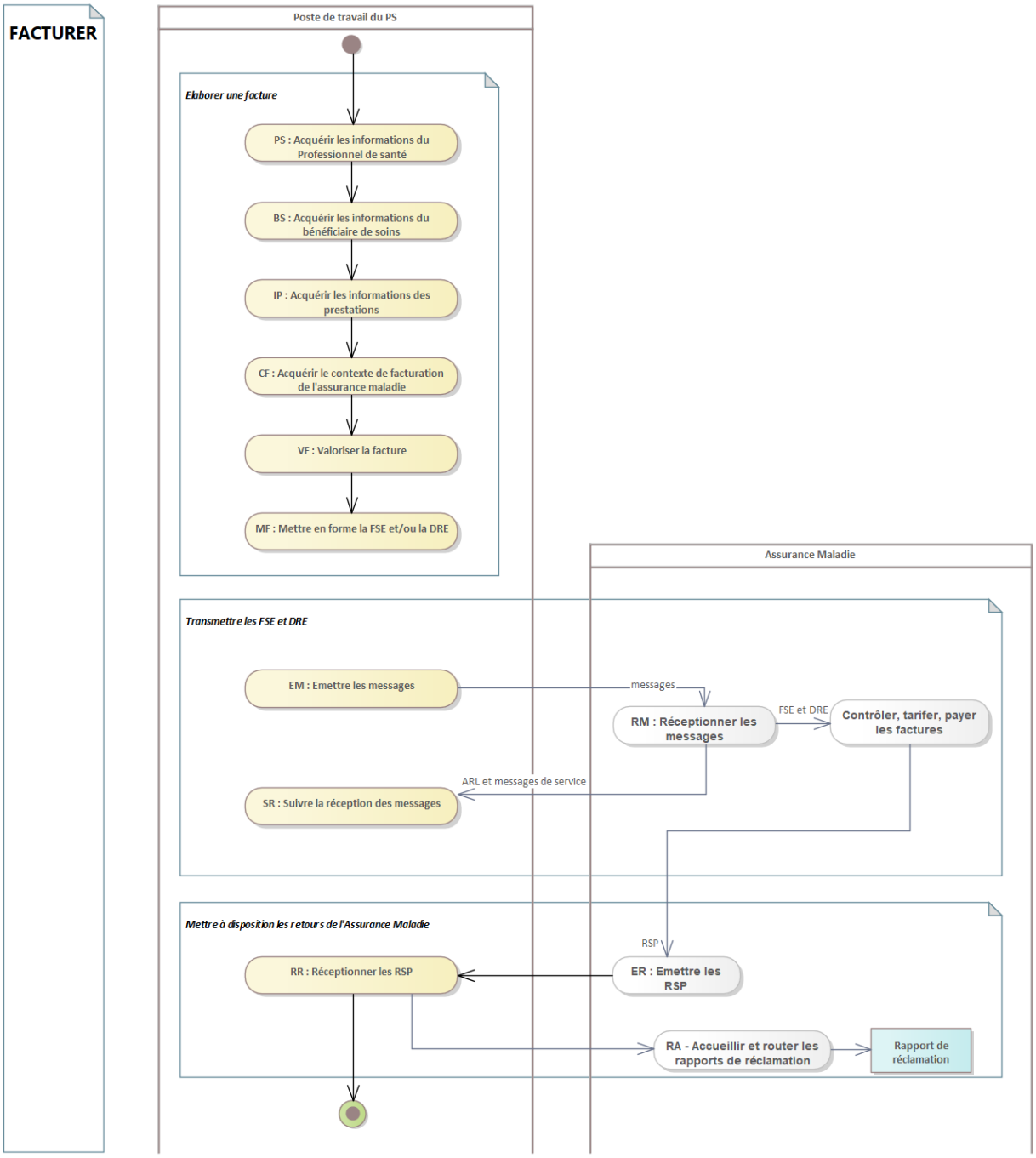
4.2 Participation du Poste de Travail aux fonctions SESAM-Vitale

Cette section spécifie la participation du Poste de Travail du Professionnel de Santé (dans son ensemble) aux fonctions SESAM-Vitale définies au chapitre 3.

4.2.1 Processus principal : FACTURER

Le processus **FACTURER** se décompose en trois sous-processus à savoir :

- **ELABORER** une facture
- **TRANSMETTRE** les FSE et DRE
- **METTRE A DISPOSITION** les retours de l'Assurance Maladie



4.2.1.1 A- ELABORER une FSE et/ou une DRE

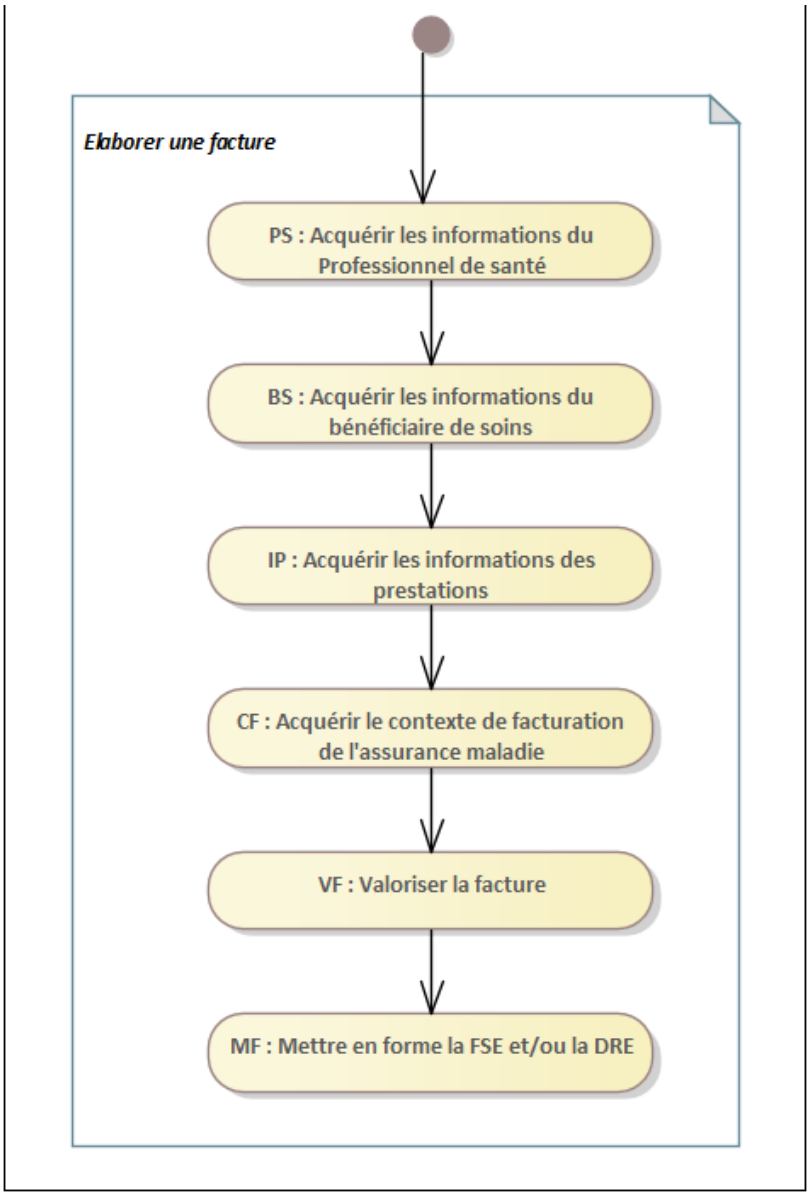
4.2.1.1.1 Généralités : Schéma d'élaboration de la FSE et/ou d'une DRE

SFG

Ce sous-processus fait l'objet d'une description fonctionnelle sous la forme de SFG : cf. GD.

Schéma

Le sous-processus d'élaboration des factures électroniques est constitué par l'enchaînement des fonctionnalités suivantes :



Spécifications fonctionnelles

Chacune de ces fonctionnalités fait l'objet d'un document de la partie SFG du Corpus CDC-SV.

FSV et Services en ligne

Le tableau ci-après présente l'utilisation des Modules SESAM-Vitale ou des Services en ligne par les différentes étapes fonctionnelles du sous-processus ELABORER :

	Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale ou Services en ligne	Dispositifs externes
PS	**Acquisition des données relatives au Professionnel de Santé**	➔ ←	**SSV** – Lecture carte du PS (optionnelle pour chaque facture)	**CPS**
BS	**Acquisition des données relatives au bénéficiaire des soins à partir de du support Vitale et d'un autre support de droits éventuel**		*Si support Vitale = Carte Vitale :* **SSV** – Lecture droits Vitale	**CPS** **VITALE**
		➔ ←	*Si support Vitale = ApCV :* **WS_ApCV –** Demander l'authentification de l'utilisateur d'une ApCV	**CPS** **ApCV**
			ADRi - Acquérir les droits en ligne (obligatoire à l'usage d'une ApCV)	
IP	**Acquisition des informations relatives aux prestations**	➔ ←	**SRT** – Consultations et Contrôles CCAM (conditionnels) (1) **STS** (2) – Assistance à la tarification complémentaire (optionnelle)	
CF	**CF-AMO :** Détermination du contexte de facturation au regard du remboursement de la part obligatoire Détermination du contexte du parcours coordonné de soins	➔ ←	**SRT**- Règles de tarification CCAM (conditionnelles) (1)	
	CF-CMP : Détermination du contexte de facturation au regard du remboursement de la part complémentaire	➔ ←	**Annuaire AMC**	
VF	**VF-AMO : Tarification de la part obligatoire** (sélection du code couverture)	➔ ←	**SRT**- Règles de tarification CCAM (conditionnelles) (1)	
	Contrôle complet CCAM	➔ ←	**SRT**(1) - Contrôle complet CCAM (conditionnel)	
	VF-CMP : Tarification de la part complémentaire	➔ ←	**STS** – Tarification complémentaire (conditionnelle)	
MF	**Constitution et sécurisation des FSE et DRE**			
	Mise en forme de la facture	➔ ←	**SSV**- Mise en forme Facture	
	Chiffrement de la facture	➔ ←	**SSV**- Chiffrement Facture	
	Signature Vitale de la facture		*Si support Vitale = Carte Vitale :* **SSV**- Signature Vitale de la Facture	**CPS** **Carte VITALE**
		➔ ←	*Si support Vitale = ApCV :* **SSV -** Calculer l'empreinte de la Facture **WS_ApCV –** Demander la signature Vitale de la Facture **SSV -** Ajouter la signature dans la Facture	**CPS**
	Signature CPS de la facture	➔ ←	**SSV**- Signature CPS de la Facture	**CPS**
	Finalisation de la facture			**Imprimante** (optionnel)

(1) Uniquement si un acte CCAM est présent dans la facture

(2) Ce service peut être appelé par le Professionnel de Santé dès que le numéro de Mutuelle ou le numéro d'AMC est connu ou que le patient bénéficie d'une C2S

Principes transverses au processus FACTURER

Changement des éléments de facturation

Un changement fondamental tel qu'une modification des données relatives au Professionnel de Santé, au bénéficiaire, entraîne une reprise complète du processus de facturation.

Une modification de la prestation ou des données de tarification AMO doit conduire le progiciel à reprendre le processus au niveau de l'acquisition des données de prestation et de tarification AMO, notamment le contrôle complet CCAM.

Exception à cette règle : en cas de forçage du « **montant remboursable par l'AMO** » d'un acte le progiciel ne doit pas reprendre le processus au niveau de l'acquisition des données de prestations et de tarification AMO.

Remarque : Le forçage du « **montant remboursable par l'AMO** » d'un acte peut avoir un impact sur le « montant théorique remboursable de la part complémentaire » et peut éventuellement nécessiter le forçage de ce montant.

Un changement d'organisme complémentaire ou un changement d'identification AMC du bénéficiaire des soins, après la tarification complémentaire, doit conduire le progiciel à refaire l'enrichissement des données de la facture sur la partie complémentaire.

- RG_CF385[CP1]
- RG_CF385[CP2]

Actes en série

Lorsque le Professionnel de Santé crée une facture récapitulant plusieurs actes, le schéma général décrit précédemment s'applique en renseignant dans la facture tous les actes réalisés pour la série.

4.2.1.1.2 PS : Acquisition des données relatives au Professionnel de Santé

4.2.1.1.2.1 Données issues de la CPS

- PS/Description de la fonctionnalité
- PS01/Description
- PS01/Préambule/Code porteur
- RG_PS001
- RG_PS007
- PS/Description de la fonctionnalité à ajouter

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

- PS05/Description à ajouter

4.2.1.1.3 BS : Acquisition des informations relatives au bénéficiaire des soins

- BS / Description de la fonctionnalité
- RG_BS016

- BS05 / Description
- RG_BS010[CP1]
- BS / Description de la fonctionnalité
- BS30 / Description
- RG_BS901
- BS / Description de la fonctionnalité
- RG_BS324
- RG_BS324[CP1]

Date de validité de la carte Vitale

- RG_BS010 [CE5]

Carte Vitale en opposition

- RG_BS008 [CE1]

Carte Vitale non authentifiée

- RG_BS010 [CE3]

Acquisition des informations avec l'ApCV

- RG_BS903
- RG_BS904

Date de fin de validité du contexte ApCV

- RG_BS902[CE2]

ApCV en opposition

- RG_BS902

Dysfonctionnements à l'usage d'une ApCV

- RG_BS902[CE1]
- RG_BS904[CE1]

4.2.1.1.3.1 Acquisition des informations de droits relatives au bénéficiaire des soins pour la part obligatoire

Acquisition des informations de droits

- RG_BS618

Déclaration du Médecin Traitant

- RG_BS003

Droits aux Soins Médicaux Gratuits

- CF01.03.06 / Description

4.2.1.1.3.2 Acquisition des informations de droits relatives au bénéficiaire des soins pour la complémentaire

4.2.1.1.3.2.1 Gestion séparée, gestion unique

- GD / Définitions et Abréviations

4.2.1.1.3.2.2 Acquisition des informations de droits

- RG_BS500
- RG_BS326
- RG_BS032
- [RG_BS351 [CP1]
- RG_BS500 [SP11]
- RG_BS500 [SP11
- RG_BS032
- RG_BS077
- VF/ Description de la fonctionnalité

Acquisition à partir d'une carte Vitale

- RG_BS500

  Les règles d'acquisition et de détermination du mode de gestion (gestion unique ou gestion séparée) sont définies dans la fonctionnalité BS des SFG-Facturation.

Acquisition à partir du service ADRi

- RG_BS500

BS05/Description

Acquisition des droits complémentaires en gestion unique à partir du support de droits (délivré par un AMO ou un organisme complémentaire)

RG_BS326

Acquisition à partir d'une attestation papier AMC

RG_BS077

Acquisition à partir d'une attestation papier AMO

RG_BS326

Acquisition à partir d'un fichier patient

RG_BS326

Détermination des identifiants de l'organisme complémentaire en gestion unique

RG_BS330

Mise à jour de la Table de correspondance

RG_AP057

Le Professionnel de Santé peut visualiser la table de correspondance mais ne peut pas la modifier.

RG_AP058

L'opération BS21.02.01 décrit comment le progiciel du Professionnel de Santé détermine ces identifiants.

Détermination du type de convention en gestion unique

RG_BS622

4.2.1.1.3.2.3 Détermination de la date de référence pour la prise en compte de la part complémentaire

RG_CF360

Cas particulier d'une facture en gestion séparée élaborée par un Professionnel de Santé de la famille « Pharmaciens », « Fournisseurs » ou « Auxiliaires Médicaux en cas de traitements en série »:

RG_CF380

4.2.1.1.3.2.4 Contrôle de l'ouverture des droits complémentaires avec possibilité de forçage

Contrôler l'ouverture des droits à la date de référence pour la prise en compte de la part complémentaire

RG_CF361

Cas particuliers des traitements en série effectués par un Professionnel de Santé de la famille Auxiliaire Médicaux en gestion séparée

RG_CF361[CP1]

Cas d'erreur : droits non ouverts

RG_CF361[CE1]

4.2.1.1.3.2.5 Acquisition de la référence de la réponse de prise en charge

RG_CF376

4.2.1.1.3.3 Situations particulières du bénéficiaire des soins

RG_CF317

Cas particulier des prestations pharmaceutiques et des dispositifs de la LPP pour les droits à la C2S :

RG_CF317[SP03][CP1]

RG_CF317

4.2.1.1.3.3.1 Complémentaire Santé Solidaire (C2S)

RG_BS339 [SP03]

RG_BS037 [SP03]

Les règles d'identification et de détermination des différentes situations sont décrites dans la fonctionnalité BS des SFG-Facturation.Synthèse de BS22

RG_CF361[SP03]

RG_CF361[CE1][SP03]

Cas particulier pour la « réponse de prise en charge » complémentaire

RG_CF376[SP03]

4.2.1.1.3.3.2 Sortants de Complémentaire Santé Solidaire (C2S)

RG_BS339 [SP04]

RG_BS037 [SP04]

Les règles d'identification et de détermination des différentes situations sont décrites dans la fonctionnalité BS des SFG-Facturation.

Synthèse de BS22

4.2.1.1.3.3.3 Aide Médicale d'Etat

AME

RG_BS339 [SP06]

RG_BS037 [SP06] à ajouter

Les règles d'identification sont décrites dans la fonctionnalité BS des SFG-Facturation.

- BS22/Synthèse
- RG_IP340] [SP06]

4.2.1.1.3.3.4 Migrants de passage

Les règles d'identification sont décrites dans la fonctionnalité BS des SFG-Facturation .

4.2.1.1.3.3.5 Autre situation de migrant

Les règles d'identification sont décrites dans la fonctionnalité BS des SFG-Facturation.

4.2.1.1.3.3.6 Victime d'Attentat

- RG_BS339 [SP18]
- Synthèse de BS22

4.2.1.1.4 IP : Acquisition des informations relatives à la prestation

- IP02/Vue générale/Description
- RG_CF308
- IP05/Vue générale/Description

Actes non CCAM

- RG_IP_CC6

Actes CCAM

- RG_CF300

Origine de la prescription pour les exécutants

- [RG_IP386]

Origine de la prescription pour la délivrance d'optique

- [RG_IP386]

Prévention commune AMO/AMC

- RG_CF322

Identification du prescripteur

- IP01 / Règles Identification de la prescription / Préambule / Identification du prescripteur

Indicateur du médicament délivré

- IP02.02 / Règles Délivrance de médicaments / Préambule / Indicateur du médicament délivré

Honoraires de dispensation

- CF06 / Description

4.2.1.1.5 CF : Détermination du contexte de facturation

4.2.1.1.5.1 CF-AMO : Détermination du contexte de facturation au regard du remboursement de la part obligatoire

Restitution de plusieurs codes situations

- RG_VF320

Date de fin de droits

- RG_CF306

Accès au tiers payant conditionné par la mise à jour de la carte

Pour les Professionnels de Santé Pharmaciens :

- RG_CF318

Pour les Professionnels de Santé hors Pharmaciens :

- RG_CF408
- RG_CF408[CP1]
- RG_CF408[SP08.2]

Accès au tiers payant en nature d'assurance SMG

- RG_CF_R29[CP02]

Situations particulières du bénéficiaire au regard de l'accès au tiers payant

C2S

- RG_CF_R29[CP1][SP03]

Sortants de C2S

- RG_CF_R29[CP1][SP04]

AME

- RG_CF_R29[CP1][SP06]

Tiers payant réglementaire

- RG_CF_R29

Détermination du contexte du Parcours coordonné de soins

- CF01.04 :

RG_CF_R37

RG_CF314

RG_CF312

RG_CF328

RG_CF316

4.2.1.1.5.2 CF-CMP : Détermination des informations administratives et de routage du contexte de facturation au regard de la complémentaire

CF11/Description

La présentation générale des tables de conventions est décrite dans la fonctionnalité AP : opération AP03.

L'acquisition du contexte de facturation au regard de la part complémentaire est décrite dans la fonctionnalité CF.

4.2.1.1.5.2.1 Introduction aux tables de regroupement et de conventions

CF11.03/Description

Dans la suite du document, on appellera table des conventions, la liste des données conventionnelles utilisées pour ce Cahier des charges.

RG_CF378[CR1]

AP03/Description

CF11.03/Description

CF11.03.01/Description

C2S

RG_CF378[SP03]

AME

RG_CF378[SP06]

RG_CF378

4.2.1.1.5.2.2 Recherche de la convention applicable

CF11.03

4.2.1.1.5.2.2.1 Présentation des tables

AP03/Préambule

Données de la table des conventions et critères d'accès

AP03/Préambule

Données de la table des regroupements et critères d'accès

AP03/Préambule

4.2.1.1.5.2.2.2 Conditions de mise à jour des tables

- RG_AP056
- AP03 / Description
- AP03.02.05 / Description
- AP03.01 / Description
- AP03.02.05 / Description
- AP03.02.05 / Description

  Les formats et procédures d'échange des fichiers normés sont décrits dans l'annexe 3.

Mise à jour de la Table des conventions

- AP03.02.05 / Description
- AP03.01 / Description

Mise à jour par saisie directe (manuelle)

- RG_AP023
- RG_AP026

Mise à jour par fichier de conventions normé

- AP03.02.05

Mise à jour de la Table des regroupements

- AP03.02.05 / Description
- AP03.01 / Description
- RG_AP027

Mise à jour par saisie directe (manuelle)

- RG_AP024
- AP03 / Description

Mise à jour par fichier de regroupements normé

- AP03.02.05

4.2.1.1.5.2.2.3 Schémas de la recherche de la convention applicable

- GD / § 1.10 Guide de lecture des SFG »
- SC_CF11.03
- SC_CF11.03

4.2.1.1.6 VF : Tarification

4.2.1.1.6.1 VF-AMO : Tarification de la part obligatoire

VF / Description de la fonctionnalité / Vue générale / Description

Le progiciel devra comporter des modules capables de traiter l'intégralité des règles de tarification applicables à une profession.

Les spécifications des règles de tarification de l'AMO sont décrites dans la fonctionnalité VF des SFG.

Base de Remboursement

Pour la détermination de la base de remboursement des prestations CCAM, le progiciel utilise les services SRT de calcul du Prix Unitaire (PU) et de la Base de Remboursement (BR).

Les règles de la fonctionnalité VF précisent les services élémentaires SRT à utiliser.

Les spécifications techniques d'appel aux services élémentaires des SRT sont décrites dans l'annexe 1-A1.

Taux de Remboursement et Montant remboursable AMO

Pour la détermination du taux de remboursement ainsi que du montant remboursable par l'AMO, le progiciel s'appuie sur les règles décrites dans la fonctionnalité VF.

Dans le cas de prestations CCAM, la détermination du taux de remboursement peut nécessiter l'utilisation de services SRT dont l'appel est précisé dans chaque règle de VF concernée et l'implémentation est décrite dans l'annexe 1-A1.

Contrôle complet CCAM

Une fois que le progiciel de Santé a terminé la tarification AMO, il est obligatoire d'appeler le service SRT de contrôle complet CCAM pour effectuer un contrôle complet vis-à-vis de la réglementation et de la tarification CCAM si la facture comporte au moins un acte CCAM.

En entrée, le progiciel fournit au service contrôle complet CCAM les données d'entrée de constitution de la facture à contrôler. Tous les actes de la facture doivent être saisis.

En sortie, les SRT retournent une liste de diagnostics détaillant les erreurs détectées par rapport aux règles CCAM. Le progiciel doit alors présenter ces diagnostics au Professionnel de Santé pour que ce dernier effectue les corrections nécessaires.

En cas de correction apportée par le Professionnel de Santé, le contrôle complet CCAM doit alors être appelé à nouveau, et ce jusqu'à ce qu'aucun diagnostic d'erreur ne soit plus détecté (hors cas de forçage spécifiés dans l'annexe 1-A).

En mode nominal, le contrôle complet CCAM est terminé quand aucun diagnostic d'erreur n'est plus remonté.

Les spécifications d'appel au service « contrôle complet » des SRT sont décrites dans l'annexe 1-A1.

4.2.1.1.6.2 VF-CMP : Tarification de la part complémentaire

VF11 / Description

VF / Description

VF11 / Description

4.2.1.1.6.2.1 Acquérir les montants de la « réponse de la prise en charge »

- VF15/Description

4.2.1.1.6.2.1.1 Acquérir les montants de chaque prestation de la « réponse de prise en charge »

- VF15.01/Description
- VF/SP11/Impact VF-Complémentaire

4.2.1.1.6.2.1.2 Acquérir le montant total de la prise en charge et le ventiler

- F15.02/Description

4.2.1.1.6.2.2 Tarification de la part complémentaire par le module de tarification complémentaire

- VF11/Description
- SC_VF11
- VF12/Description

  Le contrôle complet des données CCAM doit être terminé pour l'appel à la fonction « Tarification »VF11/Description

- VF11/Description

Cas particulier pour la « réponse de prise en charge »

- VF-Complémentaire / Description

Cas particulier pour la tarification de la part complémentaire en cas de C2S

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'appeler le STS-CMU et éventuellement, de renseigner le paramètre associé à chaque prestation de la facture.

Information au Professionnel de Santé

- RG_VF367[CP3]

Recommandations seulement en cas d'échec à la tarification

- RG_VF367[CP1]

4.2.1.1.7 MF : Constitution et sécurisation des FSE et des DRE

4.2.1.1.7.1 Détermination des types de flux à transmettre

- RG_MF001

4.2.1.1.7.1.1 DRE d'annulation

- RG_MF001

4.2.1.1.7.2 Constitution et sécurisation des FSE et des DRE en mode SESAM-Vitale

- RG_MF007
- RG_BS901
- RG_MF011
- RG_MF011[CP1]
- RG_MF011[CP2]
- RG_MF900
- RG_MF901

Une fois les informations constitutives de la FSE et de la DRE collectées et sauvegardées avec les informations relatives au calcul de la part complémentaire,

IP/CF/VF

le progiciel du Professionnel de Santé utilise les SSV afin de procéder :

- à la vérification des données fournies par le progiciel du Professionnel de Santé (format des données, présence des données),
  et à la mise en forme des données conformément aux normes d'échanges utilisées par les organismes d'Assurance Maladie,

  MF03

- au chiffrement des factures,

  MF04

- à la sécurisation (signature) des factures électroniques en faisant appel au support Vitale et à la CPS,

  MF05 / MF16 / MF15

- à la génération des Critères de Regroupement en Lots.

  MF07

Les Services SESAM-Vitale rendent au progiciel du Professionnel de Santé, si tout se déroule correctement, les factures électroniques mises en forme et sécurisées, prêtes à être intégrées dans des lots. Les Services SESAM-Vitale rendent également un critère, pour chaque type de facture, qui permet le regroupement des factures électroniques en lots.

Consignes pour éviter les doublons

- Voir A1-A0
- RG_AP084

Certificat de chiffrement de données révoqué

- RG_MF552 [CE1]

Certificat de chiffrement de données périmé

- RG_MF552 [CE1]

Il est recommandé aux éditeurs de proposer un paramétrage permettant au minimum de remonter cette alerte aux Professionnels de Santé au moins une fois par jour.

4.2.1.1.7.3 Constitution et sécurisation des FSE et des DRE en mode SESAM-Vitale avec désynchronisation des signatures

- MF / Description de la fonctionnalité
- SC_MF
- SC_MF/Remarque

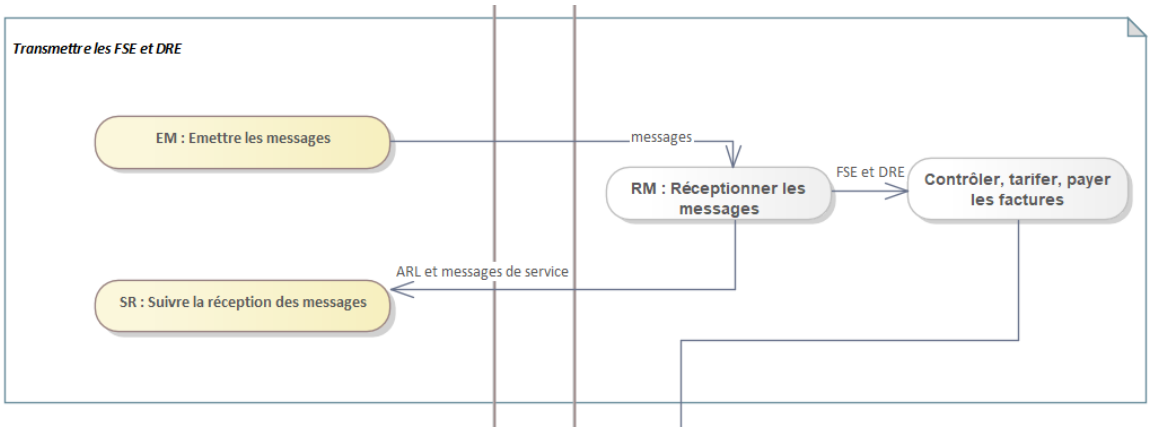
4.2.1.1.7.4 Mise en forme des factures électroniques en mode SESAM-Vitale dégradé

- MF02 / Description
- SC_MF
- RG_MF500
- MF10.03 / Préambule
- MF10.03 / Préambule

4.2.1.1.7.5 Inscription des références du parcours coordonné de soins sur l'ordonnance

- RG_MF070

4.2.1.2 B - TRANSMETTRE les FSE et DRE



4.2.1.2.1 EM : Transmission des flux aux organismes d'Assurance Maladie

4.2.1.2.1.1 Constitution et sécurisation des lots de Factures

Schéma d'élaboration du lot de Factures

Le schéma global d'élaboration des lots de FSE est résumé ci-dessous :

Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale	Périphériques
Regroupement des FSE selon le critère de regroupement			
Pour chaque lot constitué			
Attribution d'une référence de lot			
Appel aux Services SESAM-Vitale	➔ ←	**SSV** – Mise en forme lot **SSV** – Sécurisation lot	**CPS** dans le lecteur
Sauvegarde du lot de FSE			

Le schéma global d'élaboration des lots de DRE est résumé ci-dessous :

Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale	Périphériques
Regroupement des DRE selon le critère de regroupement			
Pour chaque lot constitué			
Attribution d'une référence de lot			
Appel aux Services SESAM-Vitale	➔ ←	**SSV** – Mise en forme lot **SSV** – Sécurisation lot	**CPS** dans le lecteur
Sauvegarde du lot de DRE et de l'adresse du destinataire du flux			

Le regroupement des factures électroniques

Les factures électroniques sont regroupées en lots en vue de leur transmission à l'Assurance Maladie.

Le regroupement des factures électroniques en lots est simplifié grâce aux Services SESAM-Vitale : le progiciel du Professionnel de Santé effectue le regroupement des factures électroniques à partir du critère rendu par la fonction de création des factures électroniques. Toute évolution des critères de regroupement des factures électroniques en lots est ainsi rendue transparente par les Services SESAM-Vitale.

Pour chaque lot, le progiciel du Professionnel de Santé doit trier les factures électroniques par ordre croissant de numéro de facture.

Attribution d'une référence de lot

La référence d'un lot caractérise l'ensemble des factures transmises à un destinataire.

La référence doit être impérativement différente d'un lot à l'autre et évolutive de 001 à 999 pour la FSE et de AAA à ZZZ pour la DRE.

L'appel aux Services SESAM-Vitale

Une fois les factures regroupées en lots, le progiciel du Professionnel de Santé utilise les Services SESAM-Vitale afin que ceux-ci procèdent :

- à la vérification des données fournies par le progiciel du Professionnel de Santé (format des données, présence des données),
- à la mise en forme des données conformément à la norme d'échange utilisée par l'Assurance Maladie,
- à la sécurisation du lot en faisant appel au lecteur SESAM-Vitale et à la Carte Professionnel de Santé,

- à la génération des Critères de Regroupement en Fichiers.

Un lot de factures électroniques dont les factures sont sécurisées ne peut être créé sans utiliser la Carte Professionnel de Santé et sans utiliser un lecteur SESAM-Vitale ou un lecteur PC/SC.

Le code porteur de la Carte Professionnel de Santé peut être fourni au module SESAM-Vitale :

- soit par saisie sur le clavier du lecteur SESAM-Vitale,
- soit par le progiciel du Professionnel de Santé.

Les lots peuvent être créés en série (enchaînement d'appels à la fonction « Mise en forme et sécurisation lot ») afin d'éviter la multiplication des saisies de code porteur. Pour chaque série de lots, le code porteur n'est requis qu'au premier lot de la série. Une série de lots peut comprendre à la fois des lots de FSE et des lots de DRE. Il est recommandé que la mise en forme des lots de DRE soit effectuée par le progiciel consécutivement à la mise en forme des lots de FSE.

Un lot de DRE peut comprendre des DRE ou des DRE d'annulation.

Au cours de la sécurisation d'une même série de lots, le progiciel de santé empêche l'accès à une carte Vitale et à la carte Professionnel de Santé, ainsi, aucun appel à une de ces deux cartes ne peut aboutir tant que le dernier appel aux Services SESAM-Vitale n'a pas été effectué.

Si tout se déroule correctement, les Services SESAM-Vitale rendent au progiciel du Professionnel de Santé, un lot de factures électroniques mis en forme et sécurisé, prêt à être intégré dans un fichier. Les Services SESAM-Vitale rendent également un critère qui permet le regroupement des lots en fichiers et les éléments d'adressage.

4.2.1.2.1.2 Mise en forme des lots de factures électroniques en mode SESAM-Vitale dégradé

Le schéma global d'élaboration des lots en mode dégradé est identique au schéma d'élaboration des lots en mode SESAM-Vitale.

L'utilisation de cette fonction nécessite la saisie du code porteur de la Carte du Professionnel de Santé.

Le schéma global d'élaboration des lots de FSE en mode dégradé est résumé ci-dessous :

Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale	Périphériques
Regroupement des FSE selon le critère de regroupement			
Pour chaque lot constitué			
Attribution d'une référence de lot			
Appel aux Services SESAM-Vitale	➔ ←	**SSV** – Mise en forme lot **SSV** – Sécurisation lot	**CPS** seule
Sauvegarde du lot de FSE			

Dans le cas de lots contenant des FSE en mode SESAM-Vitale dégradé, le Poste de Travail ne reçoit pas d'ARL correspondant. Ces lots doivent être directement archivés après transmission.

Le schéma global d'élaboration des lots de DRE en mode dégradé est résumé ci-dessous :

Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale	Périphériques
Regroupement des DRE selon le critère de regroupement			
Pour chaque lot constitué			
Attribution d'une référence de lot			
Appel aux Services SESAM-Vitale	➔ ⇐	**SSV** – Mise en forme lot **SSV** – Sécurisation lot	**CPS** seule
Sauvegarde du lot de DRE et adresse du destinataire du flux			

Dans le cas de lots de DRE en mode SESAM-Vitale dégradé, le Poste de Travail reçoit les ARL correspondants. Ces lots doivent donc être directement archivés après transmission au moins jusqu'à la réception de l'ARL positif.

4.2.1.2.1.3 Constitution des fichiers

Schéma d'élaboration du fichier

Le schéma global d'élaboration des fichiers de lots de FSE est résumé ci-dessous :

Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale	Périphériques
Regroupement des lots en attente de transmission selon le type de norme d'échange et le critère de regroupement			
Pour chaque critère fichier			
Attribution du N° de fichier à transmettre			
Appel aux Services SESAM-Vitale	➔ ⇐	**SSV** – Mise en forme en-tête et fin de fichier	
Encadrement des lots de FSE constituant le fichier			
Stockage du fichier			

Le schéma global d'élaboration des fichiers de lots de DRE est résumé ci-dessous :

Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale	Périphériques
Regroupement des lots de DRE en attente de transmission selon le critère de regroupement			
Pour chaque critère fichier			
Attribution du N° de fichier à transmettre			
Appel aux Services SESAM-Vitale	➔ ⇐	**SSV** – Mise en forme en-tête et fin du fichier	
Encadrement des lots de DRE constituant le fichier			
Stockage du fichier			

Le regroupement des lots de factures électroniques

Les lots non encore transmis sont regroupés en fichiers en vue de leur transmission à l'Assurance Maladie.

Le regroupement des lots en fichiers est simplifié grâce aux Services SESAM-Vitale : le progiciel du Professionnel de Santé effectue le tri des lots à partir du critère restitué par la fonction de création du lot. Toute évolution des critères de regroupement des lots en fichiers est ainsi rendue transparente par les Services SESAM-Vitale.

L'appel aux Services SESAM-Vitale

Une fois les lots regroupés dans des fichiers, le progiciel du Professionnel de Santé appelle, pour chaque fichier, les Services SESAM-Vitale qui procèdent :

- à la vérification des données fournies par le progiciel du Professionnel de Santé (format des données, présence des données) ;
- à la mise en forme des en-têtes et fins de fichier qui doivent encadrer les lots dans le fichier.

Stockage

Les fichiers sont conservés par le progiciel du Professionnel de Santé sur le Poste de Travail jusqu'au 1er ARL positif d'un lot contenu dans le fichier, afin de prévoir les cas possibles de réémission.

4.2.1.2.1.4 Transmission des fichiers et réception des fichiers retour

Pour la description de la transmission des rapports de réclamation et de la réception des retours correspondants, cf. annexe 1-B0.

Le schéma global de transmission des fichiers et de réception des fichiers retours est résumé ci-dessous :

Progiciel du Professionnel de Santé	Modules SESAM-Vitale	Périphériques
Pour chaque fichier à émettre		
Détermination de l'adresse du destinataire.		
Chiffrement de la pièce jointe		
Constitution de l'enveloppe MIME		
Formatage du message SMTP		
Réception des fichiers retour		
Transmission des fichiers constitués vers les différents organismes		
Traitement des comptes rendus des transmissions		

Pour l'échange des factures électroniques, le progiciel du Professionnel de Santé doit faire appel aux logiciels de gestion des protocoles de communication.

Les Services SESAM-Vitale ne fournissent pas de fonction de télétransmission.

Les retours reçus par le Poste de Travail du Professionnel de Santé ne sont pas chiffrés.

Les certificats de chiffrement de pièce jointe sont stockés sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé et doivent pouvoir être mis à jour dans leur annuaire des certificats.

Adressage des flux de FSE

La constitution de l'adresse électronique est fonction :

- du code régime (EF_CF12_01),
- et du numéro de l'organisme destinataire (EF_MF04_04).

Adressage des flux de DRE

Les éléments d'adressage AMC sont fournis en sortie de la fonction « mise en lot » des Services SESAM-Vitale conformément aux règles d'adressage.

4.2.1.2.2 Détermination du destinataire des flux

4.2.1.2.2.1 Pour la FSE

L'organisme destinataire des flux correspond à la donnée EF_MF04_04 déterminée par la règle :

- RG_MF033

4.2.1.2.2.2 Pour la DRE

En plus du numéro d'organisme complémentaire (issu du support de droits AMC), les informations nécessaires à l'adressage des DRE sont issues des informations administratives et de routage déterminées lors de la recherche dans l'Annuaire AMC ou à défaut dans la table de conventions.

Données de la part complémentaire dans la FSE

- MF03

4.2.1.3 C- METTRE A DISPOSITION les retours de l'Assurance Maladie

4.2.1.3.1 SR : Traitement des Accusés de Réception Logiques

Schéma global de traitement

Le schéma global de traitement des fichiers retours est résumé ci-dessous :

Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale	Périphériques
Pour chaque fichier retour reçu			
Demande de traduction du fichier retour			
Appel aux Services SESAM-Vitale	→ ←	**SSV** – Traduction ARL	
Prise en compte des comptes rendus contenus dans l'ARL			
Rapprochement de chaque ARL avec le lot associé.			
Sauvegarde des ARL positifs			

L'appel aux Services SESAM-Vitale

Le progiciel du Professionnel de Santé appelle les Services SESAM-Vitale afin que ceux-ci procèdent :

- à la vérification des données fournies par le progiciel du Professionnel de Santé (format des données, présence des données),
- à la restitution des informations relatives aux accusés de réception logiques contenus dans le fichier retour.

Le progiciel du Professionnel de Santé utilise les informations rendues par les Services SESAM-Vitale afin de procéder à la corrélation des informations contenues dans les accusés de réception logiques avec celles relatives aux lots précédemment émis (références du lot acquitté, type d'acquittement, éventuellement code rejet).

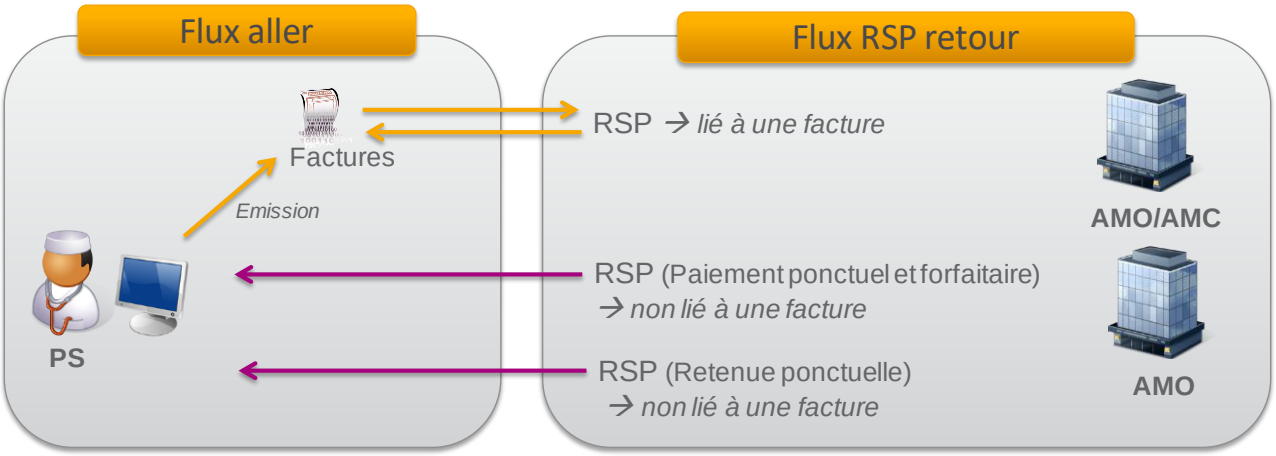
4.2.1.3.2 RR : Traitement des flux de rejet / signalement / paiement

Les Services SESAM-Vitale ne fournissent pas de fonction d'interprétation des flux de rejet / signalement / paiement (RSP).

Les flux de rejet / signalement / paiement sont créés dans les cas suivants :

- lors du traitement d'une facture par l'Assurance Maladie
- pour retour d'informations relatives à des opérations ponctuelles (uniquement envoyées par les organismes AMO), qui peuvent être des :
  - paiements ponctuels et forfaitaires (par ex. aide pérenne, ROSP, RMT, ..)
  - retenues ponctuelles (par ex. récupération pour satisfaire les besoins d'organismes extérieurs à l'Assurance Maladie)

Le schéma ci-dessous illustre le périmètre des RSP :



Le progiciel du Professionnel de Santé procède au traitement des flux de RSP conformément aux règles décrites dans l'Annexe 1-B0.

Remarque : certains organismes d'Assurance Maladie Obligatoire transmettent également un flux de RSP pour des Feuilles de Soin Papier.

4.2.1.4 Forçage

Cf. §4.3.8 SP11

4.2.2 Processus 2 : Lecture de la carte Vitale

Le processus de « Lecture de la carte Vitale » consiste en l'acquisition des données relatives au bénéficiaire des soins à partir

- Soit de la carte Vitale en s'appuyant sur le module SSV-Lecture droits Vitale
- Soit du service en ligne ADRi

Schéma global :

Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale ou Services en ligne	Périphériques
Acquisition des données relatives au bénéficiaire des soins à partir de la carte Vitale et d'un autre support éventuel[11]	→ ←	**SSV** – Lecture droits Vitale	**Carte VITALE et CPS** dans le(s) lecteur(s)
		ADRi - Acquérir les droits en ligne	-

[11] Cette fonctionnalité peut être exécutée plus en amont dans le processus d'élaboration de la facture.

4.2.3 AP : L'administration du système SESAM-Vitale

4.2.3.1 Session du remplaçant

- AP10 / Description

4.2.3.1.1 Préparation du Poste de Travail par le Professionnel de Santé remplacé

- AP10.01 / Préambule
- RG_AP081
- RG_AP082

4.2.3.1.2 Utilisation en facturation du Poste de Travail par le Professionnel de Santé remplaçant

- RG_PS044
- Cf. A1-A0 : groupes 1120, 1150 et 1151
- RG_MFxx027 [SP02]

Le Professionnel de Santé remplaçant réalise la sécurisation du lot de ses factures avec sa propre CPS, dans ce cas le Professionnel de Santé remplaçant réalise le lot avec son propre identifiant de facturation.

Les lots signés par le Professionnel de Santé remplaçant peuvent contenir des factures élaborées et signées par le Professionnel de Santé titulaire ou par les salariés de ce dernier. Le progiciel de santé assure l'incrémentation de la numérotation des lots constitués par le Professionnel de Santé remplaçant dans la continuité de ceux constitués par le Professionnel de Santé titulaire.

La mise en lot et la transmission par le remplaçant ou par le titulaire doivent respecter les délais prévus par le chapitre 3.2.10.1.2. – « Sauvegarde des lots de factures » de ce présent Cahier des Charges.

La mise en forme et la transmission des fichiers doivent être effectuées quelle que soit la session : remplaçant ou titulaire.

La gestion des ARL et des RSP doit être effectuée quelle que soit la session : remplaçant ou titulaire.

En cas de réception d'un ARL négatif reçu par le Professionnel de Santé remplaçant pour un lot dont il n'est pas l'émetteur, le Professionnel de Santé remplaçant a la possibilité de :

- réaliser la sécurisation du lot faisant l'objet d'un ARL négatif avec une CPE,
- réaliser la sécurisation du lot faisant l'objet d'un ARL négatif avec sa propre CPS ; dans ce cas le Professionnel de Santé réalise le lot avec sa propre CPS en indiquant son identifiant de facturation en tant que signataire du lot,
- ou éventuellement demander au Professionnel de Santé qui a réalisé les soins de transmettre à l'organisme d'assurance maladie les duplicatas des factures contenues dans le lot.

- AP10.02 / Préambule

4.2.3.1.3 Suppression des données de remplacement par le Professionnel de Santé titulaire

RG_AP083

En cas de réception d'un ARL négatif reçu par le Professionnel de Santé titulaire pour un lot dont il n'est pas l'émetteur, le Professionnel de Santé titulaire à la possibilité de :

- réaliser la sécurisation du lot faisant l'objet d'un ARL négatif avec une CPE,
- réaliser la sécurisation du lot faisant l'objet d'un ARL négatif avec sa propre CPS, dans ce cas le Professionnel de Santé réalise le lot avec sa propre CPS en indiquant son identifiant de facturation en tant que signataire du lot,
- ou éventuellement demander au Professionnel de Santé remplaçant qui a réalisé les soins de transmettre à l'organisme d'assurance maladie les duplicatas des factures contenues dans le lot.

Cas particuliers des Professionnels de Santé Pharmaciens dits multi-employeurs

AP10 / Préambule

De plus, le Professionnel de Santé Pharmacien multi-employeur peut sécuriser les lots comportant des factures sécurisées par les préparateurs de l'officine.

4.2.3.2 Chargement de logiciel dans le lecteur SESAM-Vitale

Schéma global du chargement

Le schéma global du chargement de logiciel dans le lecteur est résumé ci-dessous :

Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale	Périphériques
Sélection du fichier à charger dans le lecteur SESAM-Vitale			
Appel aux Services SESAM-Vitale	→ ←	Chargement	Lecteur SESAM-Vitale
Traitement du compte rendu d'exécution			

L'appel aux Services SESAM-Vitale

Lorsqu'une mise à jour du logiciel du lecteur doit être effectuée, le progiciel du Professionnel de Santé transmet aux Services SESAM-Vitale le fichier comprenant le logiciel à charger.

Les Services SESAM-Vitale envoient ce fichier au lecteur SESAM-Vitale qui effectue la mise à jour et restitue le résultat de ce traitement.

4.2.3.3 Mise à jour du Poste de Travail du Professionnel de Santé

Au niveau de l'équipement du Poste de Travail du Professionnel de Santé, l'outil de mise à jour remplit les activités suivantes :

- **Auditer** : Cette activité a pour but de répondre à la question suivante : « Qu'est-ce qui est présent sur le poste ? ».

  Elle doit permettre d'établir la liste exhaustive des fournitures SESAM-Vitale présentes sur le poste et sur le terminal lecteur mais également d'identifier unitairement le Poste de Travail, sa configuration et de déterminer le niveau d'OS.

- **Analyser** : Cette activité a pour but de répondre à la question suivante : « Qu'est-il nécessaire de changer ? ».

  Elle nécessite la connaissance du référentiel de composants à la base du Socle Technique de Référence.

- **Installer – mettre à jour** : Cette activité a pour but de répondre à la question suivante : « Comment mettre à jour le poste ? ».
  La mise en œuvre de cette fonctionnalité est fortement contrainte par les limitations liées aux droits d'accès et aux typologies. Elle nécessite la maîtrise des configurations déployées.

- **Contrôler** : Cette activité a pour but de répondre à la question suivante : « La mise à jour a-t-elle réussi ? ».

  Cette étape est dimensionnée par la nature des éléments mis à jour : tables de données, fichiers de paramétrage, librairies ou exécutables. La réversibilité de l'opération de mise à jour est assurée au cours de cette opération. Un échec constaté lors des tests de contrôle entraîne un basculement vers l'ancienne version présente initialement sur le poste.

- **Paramétrer** : Cette activité est transversale et préparatoire à l'ensemble des fonctionnalités décrites précédemment. Elle est réalisée lors de la phase de déploiement d'une nouvelle version. Elle permet de paramétrer l'outil de mise à jour afin de lui fournir la configuration (environnement, typologie, …) du Poste de Travail du Professionnel de Santé et de lui traduire les caractéristiques techniques d'interfaçage avec le serveur de diffusion. La complexité de paramétrage est directement liée à celle de la typologie et de la configuration du poste. La mise en place du paramétrage sera plus aisée si l'on opère via une IHM simplificatrice.

  Ce paramétrage peut être considéré comme optionnel dans le cas où le produit de mise à jour a été mis au point pour couvrir une configuration poste Professionnel de Santé type pré-définie.

- **Acheminer sur le poste du Professionnel de Santé** : Cette activité a pour but de répondre à la question suivante : « Comment amener sur le poste les éléments à changer ? »
  Elle est complètement dépendante des moyens mis en œuvre (support physique (CD, disquette, bande), mise à jour en ligne, intervention sur site, …) et peut ne pas être supportée par l'outillage de mise à jour.

L'ensemble des activités devra être supporté par un outillage de mise à jour.

En vue d'assurer la pérennité de l'outil au fil des évolutions des fournitures SESAM-Vitale, il est recommandé de concevoir un outil autonome d'administration des fournitures SESAM-Vitale indépendant du logiciel agréé de production de flux.

Le GIE SESAM-Vitale remettra aux éditeurs une boîte à outils permettant de procéder, sous leur propre responsabilité, au développement d'un outil autonome d'administration des fournitures SESAM-Vitale. Ces éléments seront accompagnés d'une documentation (manuel d'utilisation et manuel de programmation).

Il est important de signaler que les éléments apportés par le GIE SESAM-Vitale pour la mise à jour sur le poste Professionnel de Santé ne constituent pas une fourniture SESAM-Vitale au même titre que les SSV par exemple. L'éditeur pourra donc en reprendre tout ou partie, voire rien.

4.2.3.4 Administration de la liste d'opposition pour les catégories de Professionnel de Santé concernées

- BS01.03/Description
- RG_AP070

4.2.3.5 Administration des certificats de chiffrement et de la CRL des certificats de chiffrement

Le progiciel doit permettre la mise à jour des certificats de chiffrement de données et de la CRL des certificats de chiffrement de données pour chiffrer les FSE et/ou les DRE conformément aux règles décrites

- à l'annexe 1 partie C du cahier des charges.

De même, le progiciel doit permettre la mise à jour des certificats de chiffrement de pièce jointe et de la CRL des certificats de chiffrement de pièce jointe pour chiffrer les fichiers de lots de FSE et/ou DRE conformément aux règles décrites à l'annexe 4 du cahier des charges. Toutes procédures de mise à jour des certificats de chiffrement et de la CRL des certificats de chiffrement de pièce jointe doivent être réalisées de façon transparente et automatique pour le PS. Un message informatif de mise à jour d'un certificat de chiffrement de pièce jointe peut être affiché au PS.

4.2.3.6 Recommandations

Il est recommandé au Professionnel de Santé d'utiliser un antivirus et anti spam.

4.3 Situations spécifiques

Présentation

Les situations spécifiques identifiées pour le système de facturation sont les suivantes :

Référence	Libellé
SP02	Professionnel de santé remplaçant ou Multi-employeurs
SP03	Bénéficiaire de la C2S
SP04	Bénéficiaire sortant de la C2S
SP06	Bénéficiaire de l'AME
SP08.1	Bénéficiaire Migrant de passage
SP08.2	Bénéficiaire « autre situation de migrant »
SP09	Absence de support Vitale
SP10	Facture anonymisée
SP11	Forçage
SP12	Professionnel de Santé utilisant les services d'un OCT
SP18	Victime d'attentat

Certaines règles ou opérations du système de facturation présentent un comportement particulier différent du comportement nominal dans une, voire plusieurs de ces situations spécifiques. Dans ce cas-là, un renvoi vers la situation spécifique est mentionné au niveau de la règle ou de l'opération en question.

Identification

Chaque situation spécifique est caractérisée par une donnée, voire une combinaison de données positionnées au cours du processus de facturation.

Impact sur les fonctionnalités

Le tableau ci-après présente, pour chaque situation spécifique, les fonctionnalités du système de facturation (tout processus confondu) concernées par la situation spécifique en question.

	PS Remplaçant	*Bénéficiaire de la C2S*	*Bénéficiaire sortant de la C2S*	*Bénéficiaire de l'AME*	*Bénéficiaire Migrant de passage*	*Bénéficiaire autre situation de migrant*	*Absence de support*	*Facture anonymisée*	*Forçage*	*PS utilisant les services d'un OCT*	*Victime d'Attentat*
	SP02	**SP03**	**SP04**	**SP06**	**SP08.1**	**SP08.2**	**SP09**	**SP10**	**SP11**	**SP12**	**SP18**
PS	X										
BS		X	X	X	X	X	X		X		X
IP		X		X				X	X		X
CF		X	X	X	X	X		X	X		X
VF		X	X	X					X		X
MF	X	X		X			X	X	X	X	
AP										X	

4.3.1 SP02 Professionnel de santé Remplaçant ou Multi-employeurs

Description

<< La notion de remplaçant ~~correspond aux prescripteurs,~~ et la notion de multi-employeurs ~~correspond aux Pharmaciens. Ces 2 notions~~ sont traitées de la même façon au niveau du processus de facturation dans la situation spécifique SP02.>>

Les données du Domaine de l'Assurance Maladie (DAM) de la CPS du Professionnel de Santé remplacé (titulaire) doivent être copiées sur son poste de travail.

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, le Professionnel de Santé remplaçant hérite de tous les paramètres du médecin remplacé.

Le Professionnel de Santé remplacé et le Professionnel de Santé remplaçant sont identifiés dans les flux électroniques créés par le remplaçant.

La facture est élaborée à partir des données de facturation du Professionnel de Santé remplacé et de la CPS du Professionnel de Santé remplaçant.

☞ Remarque : les fournisseurs ne sont pas éligibles à la détention de carte de remplaçant. Ils sont donc hors cadre de la gestion des remplaçants dans le système SESAM-Vitale.

Pour élaborer une facture dans le cadre d'un remplacement, le professionnel de santé titulaire doit avoir, au préalable, préparé une session de remplacement.

Dans le cadre du remplacement, le système de facturation acquiert :

- Les informations relatives au professionnel de santé titulaire à partir des informations déclarées dans la session de remplacement.

  Les factures et les lots de factures sont réalisés au titre du professionnel de santé titulaire. Ceci signifie que les données du titulaire sont utilisées au même titre que celles du facturant.

- les informations relatives au professionnel de santé remplaçant à partir des informations contenues dans sa carte PS dans le but de contrôler que sa situation d'exercice et de facturation est conforme à celle déclarée par le professionnel de santé titulaire.

  Certaines informations du professionnel de santé remplaçant sont transmises dans la facture et le lot de factures.

  La carte du professionnel de santé remplaçant est utilisée pour signer les factures et les lots de facture. Elle sert également à acquérir les informations du bénéficiaire de soins.

  Dans le cas de la signature des Lots, la situation de remplacement est considérée comme un cas nominal.

Identification

Cette situation spécifique est caractérisée par la situation de remplaçant activée (~~EF_PS05_08~~ EF_PS05_01).

4.3.2 SP03 Bénéficiaire de la C2S

Description

Conformément aux dispositions législatives (article L. 160-1 du CSS et suivants) la protection universelle maladie (PUMa) permet à toute personne travaillant ou, lorsqu'elle n'exerce pas d'activité professionnelle, résidant en France de manière stable et régulière, de bénéficier, en cas de maladie ou de maternité, de la prise en charge de ses frais de santé dans les conditions prévues par les textes.

Par ailleurs, les dispositions législatives de protection complémentaire en matière de santé (article L. 861-1 du CSS et suivants) offrent aux personnes dont les revenus sont inférieurs à un seuil déterminé par décret, une protection complémentaire sans contrepartie contributive, pendant un an renouvelable. : la complémentaire santé solidaire (C2S).

Cette C2S peut également être accordée aux personnes dont les ressources se situent entre le plafond de la CMU-C et ce plafond majoré de 35%, en contrepartie d'une participation financière qui varie en fonction de l'âge. Cette protection est également accordée pendant 1 an renouvelable.

La protection complémentaire en matière de santé peut être servie à l'assuré soit par sa caisse d'Assurance Maladie Obligatoire, soit par un organisme complémentaire de son choix référencé sur une liste gérée par le fonds de la complémentaire santé solidaire et disponible auprès de sa caisse de rattachement.

Le Professionnel de Santé ne peut appliquer de dépassement tarifaire pour les actes dispensés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, sauf en cas d'exigence particulière du patient auquel cas le bénéficiaire de la C2S peut perdre le bénéfice de sa couverture complémentaire .

Pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ne respectant pas le parcours coordonné de soins, les médecins spécialistes peuvent pratiquer le dépassement autorisé « DA ». Ce dépassement reste en totalité à la charge du bénéficiaire (il n'est pas pris en charge par la complémentaire santé solidaire).

Le Professionnel de Santé doit :

- identifier que le bénéficiaire des soins est couvert par un contrat de complémentaire santé solidaire (C2S) ,
- proposer d'appliquer le tiers payant sur la part AMO et la part AMC. Le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance des frais.
- respecter les montants maximums de facturation(**sans dépassement**) sauf :
  - exigence particulière du patient,
  - pour les médecins spécialistes, quand le parcours coordonné de soins n'est pas respecté,
  - dans le cas de dispositions réglementaires particulières prévues pour les chirurgiens-dentistes et les et les audioprothésistes.

L'éditeur doit s'assurer que la prise en compte du montant maximum et de la dispense d'avance de frais correspondante sont possibles (sans blocage par le progiciel).

Identification

Cette situation spécifique est caractérisée par l'existence d'une situation particulière du bénéficiaire de soins issue de la carte Vitale ou du service ADRi (EF_BS08 renseignée) et le code situation particulière (EF_BS08_01) positionnée à la valeur « C2S »..

Spécificité des forfaits dentaires au titre de la C2S (forfaits CMU-C)

Les traitements liés aux forfaits CMU-C sont regroupés dans la situation spécifique SP03 pour des raisons d'organisation thématique.

Les forfaits CMU-C sont des forfaits de type dentaire.

Un Professionnel de Santé a la possibilité de facturer de tels forfaits pour les bénéficiaires des soins titulaires de la C2S .

Cependant, la facturation de ces forfaits relève uniquement de la responsabilité du Professionnel de Santé : le système de facturation ne vérifie pas la situation du bénéficiaire des soins, à savoir le code situation particulière (EF_BS08_01) positionnée à la valeur « C2S ».

Les spécificités liées aux forfaits CMU-C sont donc « déclenchées », non pas par le code situation particulière (EF_BS08_01) positionnée à la valeur « CMU-C », mais par le code prestation de l'acte (EF_IP04_01) correspondant à un forfait CMU-C.

[SP03.1] Forfaits dentaires CMU-C

Les forfaits dentaires CMU-C sont caractérisés par des prestations de groupe fonctionnel général (EF_IP05_03) à « Soins Dentaires » et de groupe fonctionnel détaillé (EF_IP05_04) à « Forfait CMU-C ». (cf. Table 1 de l'annexe 2 : EF_A2_T1)

Les forfaits dentaires CMU-C sont des prestations de type secondaire : elles sont nécessairement facturées avec un acte dentaire support.

Les spécificités liées aux forfaits dentaires CMU-C peuvent porter également sur l'acte dentaire support au forfait.

4.3.3 SP04 Bénéficiaire sortant de la C2S

Description

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. (…).*

Ces personnes ont également droit au tiers payant sur la part obligatoire sur cette période.

Dans tous les cas, le Professionnel de Santé doit :

- identifier le bénéficiaire comme « sortant de C2S» à partir des éléments suivants : carte Vitale, service ADRi, attestation AMO.
- proposer d'appliquer le tiers payant sur la part obligatoire, le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance des frais.

Le Professionnel de Santé peut appliquer un tiers payant sur la part complémentaire si le bénéficiaire des soins justifie des droits au tiers payant complémentaire et si une convention de tiers payant existe entre le Professionnel de Santé et l'Assurance Maladie Complémentaire. Le Professionnel de Santé doit pouvoir identifier les droits au regard de l'Assurance Maladie Complémentaire, à partir de tout support de droits AMC, dans le cas où cet organisme n'est pas identifié dans le support de droits AMO.

Identification

Cette situation spécifique est caractérisée par l'existence d'une situation particulière du bénéficiaire de soins issue de la carte Vitale ou du service ADRi (EF_BS08 renseignée) et le code situation particulière (EF_BS08_01) positionnée à la valeur « Sortant de « C2S ».

4.3.4 SP06 Bénéficiaire de l'AME

Description

Le Professionnel de Santé peut élaborer une FSE dans le cadre de l'aide médicale d'Etat.

Les personnes bénéficiaires de **l'AME** ne sont pas concernées par le dispositif médecin traitant et le parcours coordonné de soins.

Le Professionnel de Santé médecin doit identifier que le bénéficiaire des soins est bénéficiaire de l'AME à partir des éléments suivants : service ADRi et/ou attestation de droits AME (Attestation d'admission à l'aide médicale de l'Etat).

Ces personnes ne possèdent pas de carte Vitale **mais** une attestation de droits AME (Attestation d'admission à l'aide médicale de l'Etat). La procédure dégradée doit donc être utilisée.

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). La procédure dégradée doit donc être utilisée (sauf en cas de facturation d'actes de télémédecine autres que des prestations d'accompagnement à la téléconsultation où le mode de sécurisation dégradé est interdit, la procédure Sesam sans Vitale doit donc être appliquée).

Le Professionnel de Santé médecin doit identifier que le bénéficiaire des soins est bénéficiaire de l'AME à partir des éléments suivants : service ADRi et/ou attestation de droits AME (Attestation d'admission à l'aide médicale de l'Etat).

Identification

Cette situation spécifique est caractérisée par l'existence d'une situation particulière du bénéficiaire de soins issue du service ADRi (EF_BS08 renseignée) et le code situation particulière (EF_BS08_01) positionnée à la valeur « AME ».

4.3.5 SP08.1 Bénéficiaire migrant de passage

Description

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.

Ces personnes sont identifiées par un NIR ayant une structure spécifique.

Elles ne sont pas détentrices d'une carte Vitale, la procédure dégradée doit donc être utilisée (sauf en cas de facturation d'actes de télémédecine autres que des prestations d'accompagnement à la téléconsultation où le mode de sécurisation dégradé est interdit, la procédure Sesam sans Vitale doit donc être appliquée). De plus, les migrants dits de passage ne sont pas concernés par le dispositif Médecin traitant et le parcours coordonné de soins.

Identification

Cette situation spécifique est caractérisée par l'existence d'une situation particulière du bénéficiaire de soins issue du support de droits (EF_BS08 renseignée) et le code situation particulière (EF_BS08_01) positionnée à la valeur « migrant de passage».

4.3.6 SP08.2 Bénéficiaire « autre situation de migrant »

Description

Il s'agit d'assurés avec des droits de base AMO limités, possédant une carte Vitale.

Ces personnes sont identifiées par un code gestion assurance maladie de l'assuré (EF_BS03_03) égal à 70.

Identification

Cette situation spécifique est caractérisée par l'existence d'une situation particulière du Bénéficiaire de Soins issue de la carte Vitale (EF_BS08 renseignée) et le code situation particulière (EF_BS08_01) positionnée à la valeur « autre situation de migrant».

4.3.7 SP09 Absence de support Vitale

Description

En cas d'absence de support Vitale ou de dysfonctionnement lié à son utilisation, les données sont alors chiffrées en l'absence du support Vitale.

A l'occasion de ce fonctionnement dégradé, le système de facturation peut appeler le service ADRi.

Identification

Cette situation spécifique est caractérisée par l'absence des données spécifiques au support Vitale (EF_BS25 non renseignée).

4.3.8 SP10 Facture anonymisée

Description

Dans certaines situations, liées à des contextes réglementaires spécifiques, il est nécessaire d'anonymiser, dans la facture transmise, certaines informations liées au Bénéficiaire des Soins, et notamment le NIR de l'assuré : par définition, une facture anonymisée s'appuie sur la transmission d'un NIR fictif, concerne une facture prise en charge à 100% par l'AMO et est nécessairement adressée au régime général.

Par ailleurs, ce type de facture peut relever de comportements spécifiques (exonération particulière, tiers payant,…) : ceux-ci sont décrits dans les règles de facturation sous la situation spécifique SP10.

Enfin, une facture anonymisée ne contient pas de part complémentaire. Le flux à transmettre est nécessairement uniquement une FSE.

Identification

Cette situation spécifique est caractérisée par le positionnement à « OUI » du top anonymisation de la facture (EF_IP01_10).

Le LPS identifie le contexte d'anonymisation potentielle soit en fonction des données de la facture, soit en fonction d'une donnée de contexte saisie par le PS.

Puis, en fonction de l'âge du Bénéficiaire des Soins notamment, il détermine la nécessité ou non d'anonymiser la facture

4.3.9 SP11 Forçage

Description

La garantie de paiement s'applique lorsque le Professionnel de Santé utilise les données contenues dans la carte Vitale **sans les modifier,** et si la carte Vitale n'est pas en opposition dès lors que des conventions ont été conclues avec les Professionnels de Santé dans ce sens**.**

Ainsi, toute modification d'une des données issues de la carte Vitale par le Professionnel de Santé entraîne de fait la non application de la garantie de paiement. L'acte de modifier la valeur d'une des données de la carte Vitale est désigné par le terme de « forçage ».

Ce principe est susceptible de s'étendre selon les accords conventionnels aux référentiels de tarification.

Pour les AMC, de manière générale, l'application de la garantie de paiement est fonction des conventions signées entre le Professionnel de Santé et l'AMC << qui peuvent faire mention de ce concept >>.

Le système de facturation doit permettre au Professionnel de Santé de modifier les éléments constitutifs de la facture dans la limite des données << spécifiées forçables >> et sans modification de leur définition fonctionnelle.

Ce forçage des données par le Professionnel de Santé est matérialisé par des indicateurs de forçage au niveau acte ou au niveau facture, << transportés dans les flux >>.

Les spécifications liées au forçage sont décrites

- Pour la partie SFG : dans chaque fonctionnalité au niveau du § SP11 ;

Aucune donnée n'est forçable sauf spécification contraire.

<< Le >> forçage ne concerne pas les prestations de type honoraire générées par le système de facturation : pour toute prestation de type honoraire généré, << (groupe fonctionnel général = « honoraire » et origine de la prestation = « LPS ») >>, aucune information de la prestation ne doit être modifiable (forçable) par le Professionnel de Santé.

Forçage et débrayage

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

Exemple

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

Identification

Cette situation spécifique n'est caractérisée par aucune information particulière. Elle permet d'identifier et de réunir toutes les règles que Professionnel de Santé peut outrepasser et de spécifier le comportement spécifique du système de facturation dans ces cas.

4.3.10 SP12 PS utilisant les services d'un OCT

Description

Le Professionnel de Santé a la possibilité d'opter pour une télétransmission via un Organisme Concentrateur Technique.

L'ensemble des traitements spécifiques à l'utilisation d'un OCT sont réunis sous la situation particulière SP12.

Identification

Cette situation spécifique est caractérisée en fonction du code utilisation des services d'un OCT (EF_PS04_12).

Les 13 principes généraux d'utilisation d'un OCT

- **Principe 1 : Réversibilité entre le mode d'échange direct << *(sans OCT)* >> et le mode via OCT**

Le système mis en place doit permettre au professionnel de santé, de passer d'un mode d'échange via un organisme concentrateur technique (PS <=> OCT <=> AM) à un mode d'échange direct (PS <=> AM) et vice-versa.

Ceci implique que :

- le progiciel de santé soit en conformité avec l'annexe 4 de ces SFG.
- l'installation ou la suppression sur le poste de travail du Professionnel de Santé des produits nécessaires à l'Organisme Concentrateur Technique n'interfère pas sur les modules de connexion au réseau de messagerie fournis lors de l'installation du progiciel de facturation agréé SESAM-Vitale.

Le progiciel doit pouvoir paramétrer l'existence ou non de l'utilisation par le Professionnel de Santé d'un service d'éclatement de FSE proposé par un OCT.

- **Principe 2 : Minimisation des impacts vers les éditeurs**

Il convient que les traitements par l'OCT ne présentent aucun impact sur le Cahier des Charges Editeurs 1.40.

- **Principe 3 : Liberté du choix de son OCT pour le Professionnel de Santé**

Le système mis en place doit laisser la possibilité au professionnel de santé de choisir et de changer librement et facilement d'Organisme Concentrateur Technique.

Ceci nécessite, s'il utilise un mode d'échange avec l'OCT conforme à l'annexe 4 ces SFG (messagerie SMTP), la libre configuration de l'adresse de messagerie de l'organisme concentrateur technique.

- **Principe 4 : Acheminement des flux IRIS[12]**

La transmission des flux IRIS (non SESAM-Vitale) pour un OCT selon les modalités techniques identiques à celles des flux SESAM-Vitale est autorisée.

En conséquence, une enveloppe SMTP est définie. Cf. annexe 7.

- **Principe 5 : Identifiant de l'OCT**
  - Unicité de l'identifiant[13]

    Le système SESAM-Vitale se base sur un réseau de messagerie avec une adresse de messagerie pour chaque identifiant destinataire ou émetteur de messages SESAM-Vitale.

    Afin de permettre une utilisation nationale et correcte du système par les organismes concentrateurs techniques, il est nécessaire de désigner chaque organisme concentrateur technique par un **identifiant unique et inter régime (SIREN).**

    D'ou l'utilisation d'un agrégat du type "n° SIREN + numéro séquentiel" pour une identification unique des OCT en tant qu'émetteur de flux dans SESAM-Vitale. **Et à cet identifiant de numéro émetteur ne peut correspondre qu'une seule adresse de messagerie.**

    La boîte aux lettres vers laquelle seront émis les messages retour des Organismes d'Assurance Maladie sera donc associée à cet agrégat.'

    C'est' l'OCT qui choisit son identifiant émetteur (unique au niveau national et non déjà utilisé pour les

    télétransmissions X-Modem) en fonction des principes énoncés dans ce paragraphe (SIREN + n' d'ordre)'

    L'OCT communique cet identifiant à ses partenaires.
  - Multi-boîtes aux lettres

    Les OCT sont autorisés à utiliser plusieurs boîtes aux lettres pour l'envoi des messages et la réception des retours.

    Dans ce cas, l'identifiant unique (SIREN) de l'organisme concentrateur technique sera décliné en autant de n° d'émetteur qu'il y a de boîtes aux lettres, afin de respecter **la règle d'unicité de l'identifiant émetteur pour une seule adresse de messagerie**. Cf. 3.5.3

---

[12] Les flux IRIS ne sont pas des flux SESAM-Vitale dégradés. Les flux SESAM-Vitale dégradés sont sécurisés et réalisés à partir d'un progiciel agréé SESAM-Vitale tandis que les flux IRIS sont non sécurisés et produits par des logiciels qui ne sont pas agréés SESAM-Vitale.
Les flux IRIS sont élaborés dans le cadre d'un contrat passé entre le Professionnel de Santé et sa caisse d'assurance maladie obligatoire, contrairement aux flux élaborés dans le cadre du système SESAM-Vitale (cadre réglementaire).
Dans les deux cas, la pièce justificative reste la feuille papier.

[13] Cet identifiant est utilisé dans le fichier B2 ou DRE (type 000 position 28-41 quand l'OCT est destinataire et type 000 position 6-19 quand l'OCT est émetteur) et ce doit être le même que l'entête SMTP (champs "to" quand l'OCT est destinataire et champs "from" quand l'OCT est émetteur).

Les BALs peuvent être sectorisées par catégories de Professionnel de Santé mais tous les types de flux d'un même Professionnel de Santé doivent être émis vers les AM depuis le même identifiant émetteur de l'OCT.

- Recommandations pour la migration IRIS-B2 / SESAM-Vitale

  Pendant la phase de migration, le même identifiant ne doit pas être utilisé pour les flux SESAM-Vitale sur le RÉSEAUX DE MESSAGERIE et pour les flux IRIS-B2 en X-Modem - PeSIT. Deux numéros différents devront être utilisés par les organismes concentrateurs techniques pendant cette phase de migration.

  Si un OCT utilise son numéro SIRET pour les flux IRIS en X-Modem, il devra utiliser un autre numéro à partir de son SIREN *(sous la forme SIRENxxxxx, comme décrit au §○)*.

  Par contre, si un OCT utilise le numéro SIRET pour les flux SESAM-Vitale et un autre numéro pour les flux IRIS, alors il pourra conserver son SIRET pour les flux SESAM-Vitale.

- Exception

  Les Organismes Concentrateurs Techniques qui ont déjà commencé à transmettre des flux SESAM-Vitale avec un identifiant autre que celui défini ci-dessus, peuvent le conserver, à condition toutefois d'avoir l'assurance qu'il ne soit pas utilisé par d'autres Organismes Concentrateurs Techniques.

  Par contre, l'attribution d'un identifiant supplémentaire (pour une autre BAL) doit se faire selon les règles ci-dessus.

- **Principe 6 : Conditionnement des flux de factures reçus du PS**

Les Organismes Concentrateurs Techniques peuvent recevoir deux types de fichiers de factures (au format B2 ou au format DRE).

- Soit un fichier unique par PS (spécificité OCT)
- Soit un fichier par organisme destinataire (standard 1.40), contenant soit des FSE, soit des DRE

Comme indiqué dans le CDC éditeur, le regroupement par organisme destinataire des lots de factures électroniques est effectué directement par le progiciel du Professionnel de Santé.

- **Principe 7 : Retransmission de l'ARL AMO et de l'ARL AMC au PS**

Selon l'article R 161-47 du décret n° 97-1321 du 30 décembre 1997, "*le professionnel de santé, l'organisme ou l'établissement ayant effectué des actes ou servi des prestations remboursables par l'assurance maladie transmet les feuilles de soins électroniques dans un délai qui est fixé à :*

- *trois jours ouvrés en cas de paiement direct de l'assuré*
- *huit jours ouvrés lorsque l'assuré bénéficie d'une dispense d'avance de frais.*

Dès réception des feuilles de soins, l'organisme d'assurance maladie adresse, par la même voie, à l'expéditeur, un accusé de réception. Lorsque ce dernier mentionne une altération des documents transmis, ou en l'absence d'accusé de réception dans les deux jours ouvrés suivant leur transmission, le professionnel, l'organisme ou l'établissement dispose de deux jours ouvrés pour transmettre à nouveau les documents ou, au plus tard, jusqu'à la transmission d'une nouvelle feuille de soins."

L'organisme concentrateur technique se doit donc pour l'AMO :

- d'acheminer à l'assurance maladie les flux collectés, dans des délais compatibles avec les obligations imposées par la réglementation.
- de retransmettre vers les PS, les ARL dans des délais compatibles avec les obligations imposées par la réglementation.

L'organisme concentrateur technique se doit pour l'AMC :

- de retransmettre vers l'AMC les flux dans un délai compatible avec les conventions signées entre Professionnel de Santé et AMC,
- dès lors que le Professionnel de Santé est le créateur du lot, de retransmettre vers le Professionnel de Santé les ARL dans les mêmes délais que les ARL AMO.

Des dispositions conventionnelles peuvent modifier ce fonctionnement.

- **Principe 8 : Acheminement de la liste d'opposition Vitale**

L'organisme concentrateur technique doit être capable de relayer aux Professionnels de Santé concernés. Cf. Annexe 6 du CDC OCT.

- la liste d'opposition Vitale électronique (LOE),
- la liste d'opposition Vitale incrémentale (LOI) et ses incréments quotidiens (dLOI),

Ces 2 modes de fonctionnement de la Liste d'Opposition étant exclusifs sur le Poste du Professionnel de Santé, l'OCT doit être en mesure de différencier les Professionnels de Santé utilisant la LOE, de ceux utilisant la LOI.

- **Principe 9 : Transmission des RSP AMO et des RSP AMC**

Les organismes AMO transmettent les flux retours (RSP AMO) sous la norme d'échange NOEMIE-PS.

Le retour RSP est transmis au poste de travail du Professionnel de Santé suivant le cadre du contrat de service PS-OCT.

Les RSP AMC suivent les mêmes principes que les retours actuellement utilisées entre les AMC et les Professionnels de Santé.

Une nouvelle norme commune AMO/AMC référencée NOEMIE-PS 580, répondant aux demandes des Professionnels de Santé a été élaborée.

La norme commune 580 doit être retransmise au Professionnel de Santé qu'elle soit issue de l'AMO ou de l'AMC.

- **Principe 10 : Compression des Flux**

La possibilité de compression des flux doit s'appliquer entre l'OCT et l'AM (l'AMO pour les flux de FSE et l'AMC pour les flux de DRE).

- **Principe 11 : Messagerie électronique**

Les flux SESAM-Vitale entre l'organisme concentrateur technique et :

- les organismes d'assurance maladie obligatoire,
- les organismes d'assurance maladie complémentaire faisant partie du périmètre SESAM-VITALE,

sont toujours des flux acheminés via un réseau de messagerie appliquant le protocole SMTP avec l'extension MIME.

Cette uniformisation du transport permet de surcroît d'adopter les mêmes mécanismes pour le chiffrement.

Le reste du document spécifie uniquement les flux échangés par le protocole de messagerie SMTP.

- **Principe 12 : Chiffrement de pièce jointe**

Avec la version 1.40 du système SESAM-Vitale, un chiffrement **fort** de pièce jointe avec la messagerie SMTP des flux **aller** SESAM-Vitale est obligatoire. Ce chiffrement permet de renforcer la confidentialité des flux télé-transmis par les Professionnels de Santé aux organismes d'assurance maladie.

Pour traiter les flux SESAM-Vitale qui peuvent être chiffrés, les Organismes Concentrateur Techniques déchiffreront les flux SESAM-Vitale sécurisés venant du PS. Et ils chiffreront ces flux SESAM-Vitale à destination des organismes d'assurance maladie.

- **Principe 13 : Respect des critères de regroupement fichier**

Pour ne pas altérer le contrôle d'agrément des logiciels du Professionnel de Santé, il faut que l'organisme concentrateur technique respecte les critères de regroupements en fichier indiqués dans l'annexe 4. Par conséquent la version de cahier des charges indiquée dans l'entête SMTP du message envoyé à l'AM doit être conforme à celui qui a été reçu du Professionnel de Santé.

De plus, pour les fichiers reçus en X-Modem, l'organisme concentrateur technique ne doit pas les mélanger avec des fichiers reçus par messagerie SMTP.

4.3.11 SP18 Victime d'Attentat

Description

Depuis la LFSS pour 2016, les personnes blessées ou impliquées dans un acte de terrorisme bénéficient de la dispense d'avance des frais pour les hospitalisations, actes, prestations et consultations liés à des actes de terrorisme, dans la limite des tarifs de responsabilité de l'assurance maladie.

En modifiant l'article L. 169-8, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a étendu le tiers-payant aux dépassements.

L'AMO en tant que guichet unique rembourse l'intégralité des frais aux professionnels de santé.

Si les soins sont en lien avec des actes de terrorisme, le Professionnel de Santé, au vu de l'attestation de prise en charge des victimes d'attentat, envoie un flux unique vers l'AMO précisant une prise en charge intégrale, en Tiers payant.

Identification

Cette situation spécifique est identifiée par le Professionnel de Santé au vu de l'attestation « Victime d'Attentat ». Il précise au logiciel qu'il est en train de facturer des soins liés à des actes de terrorisme. Le code situation particulière (EF_BS08_01) est positionnée à la valeur « Victime d'Attentat ».

5 Procédure d’agrément SESAM-Vitale

- Protocole d’agrément fournie par le CNDA.

6 Glossaire

GD §2

7 Références

GD §3 Références

Facturation SESAM-Vitale

Ordonnance du 24/04/1996

1.40 - Addendum 8

Mai 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

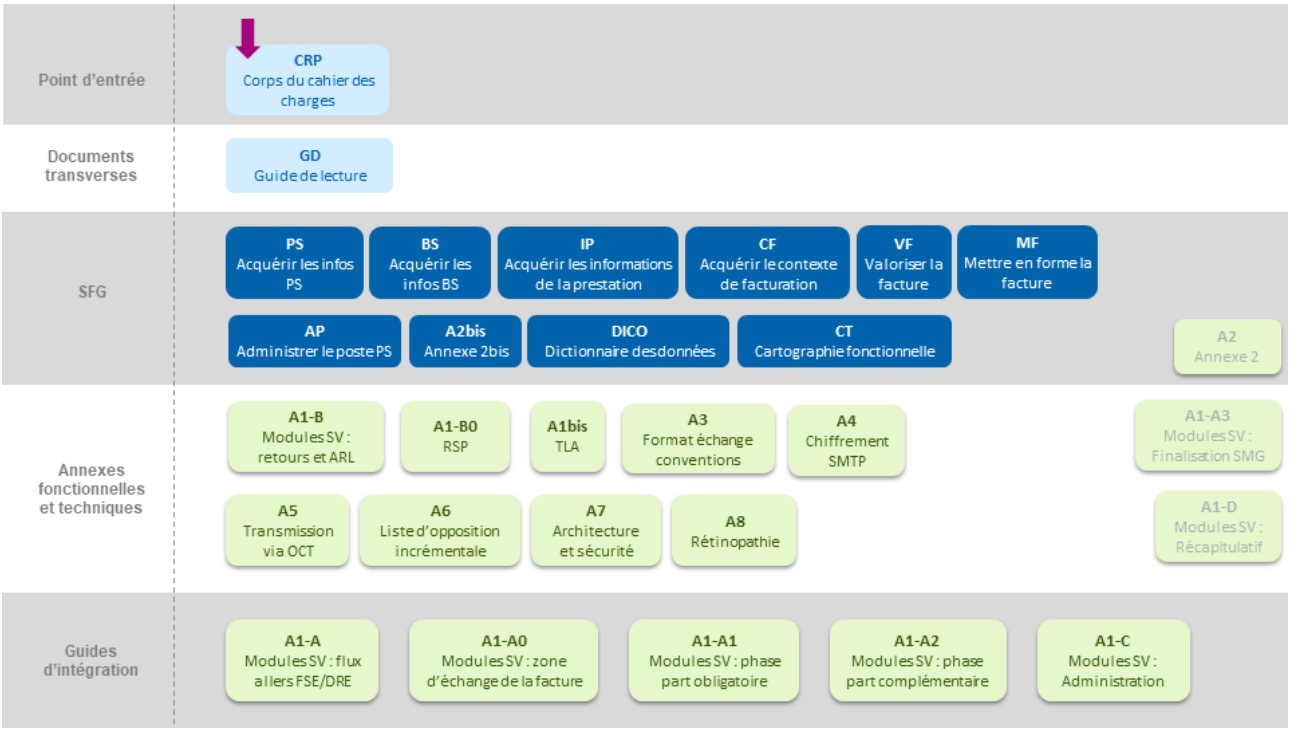
Cf. chapitre 2 du présent document.

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	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

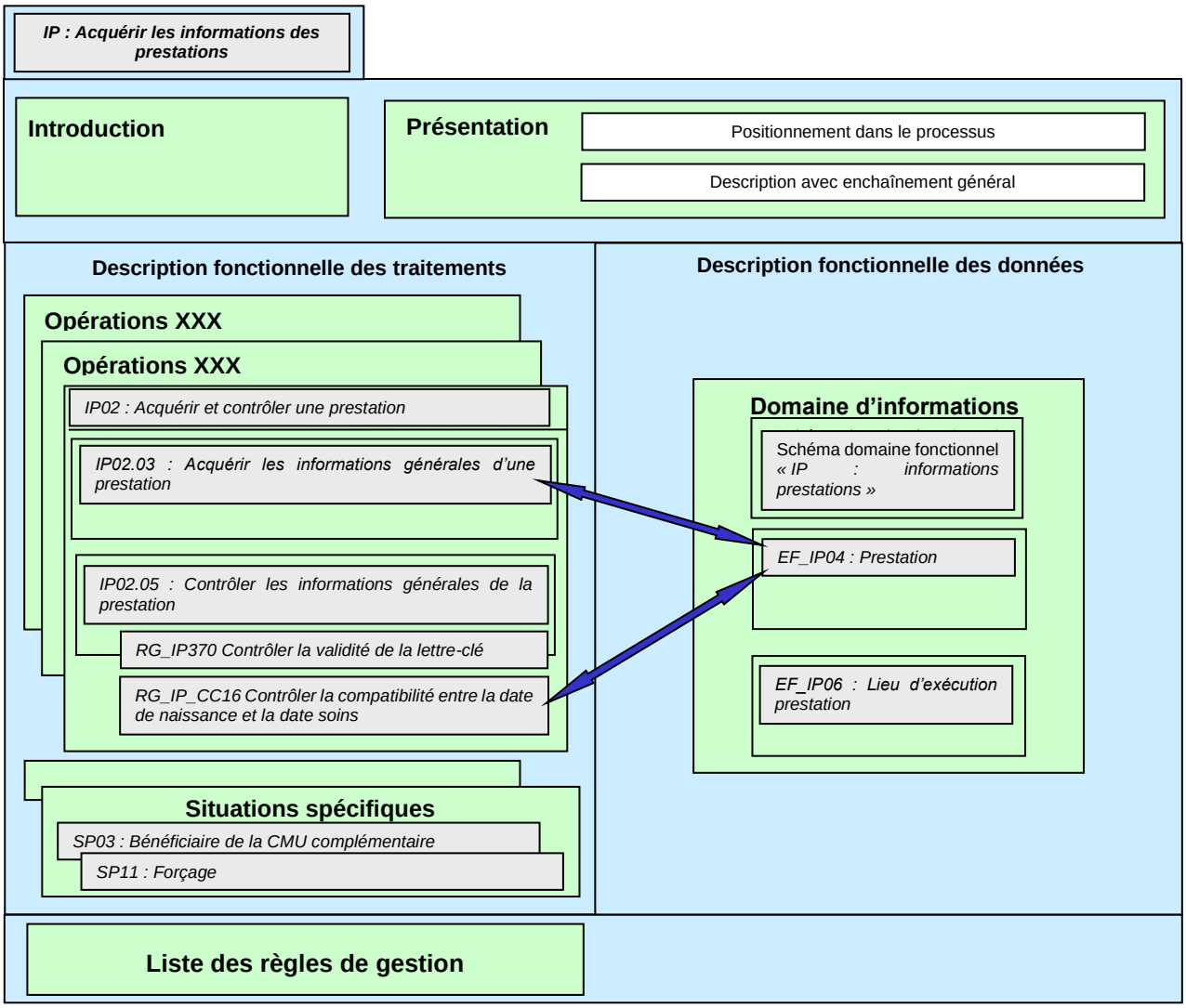


Figure 1 : Description d'un document présentant une fonctionnalité

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>

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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)
	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
Traitements	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)
	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
références CDC 1.40	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.

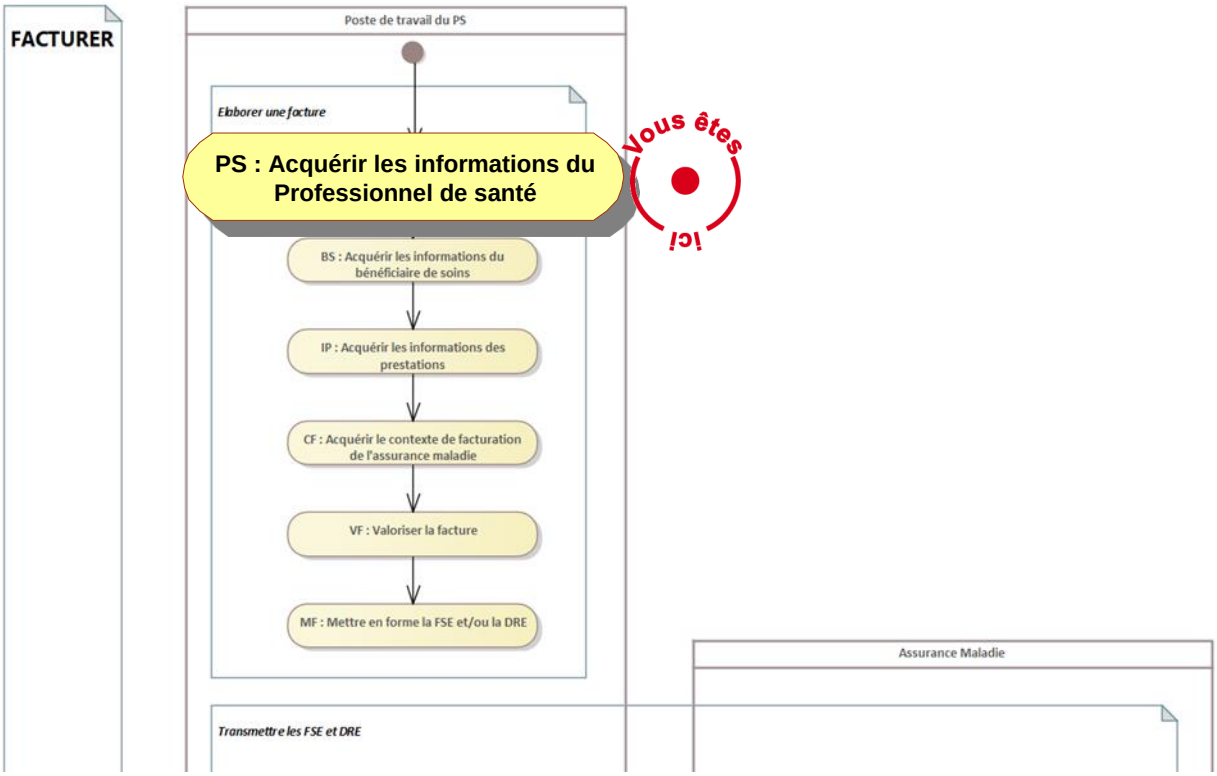


Figure 1: [PS] Positionnement de la fonctionnalité "PS : Acquérir les informations du professionnel de santé"

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 ».

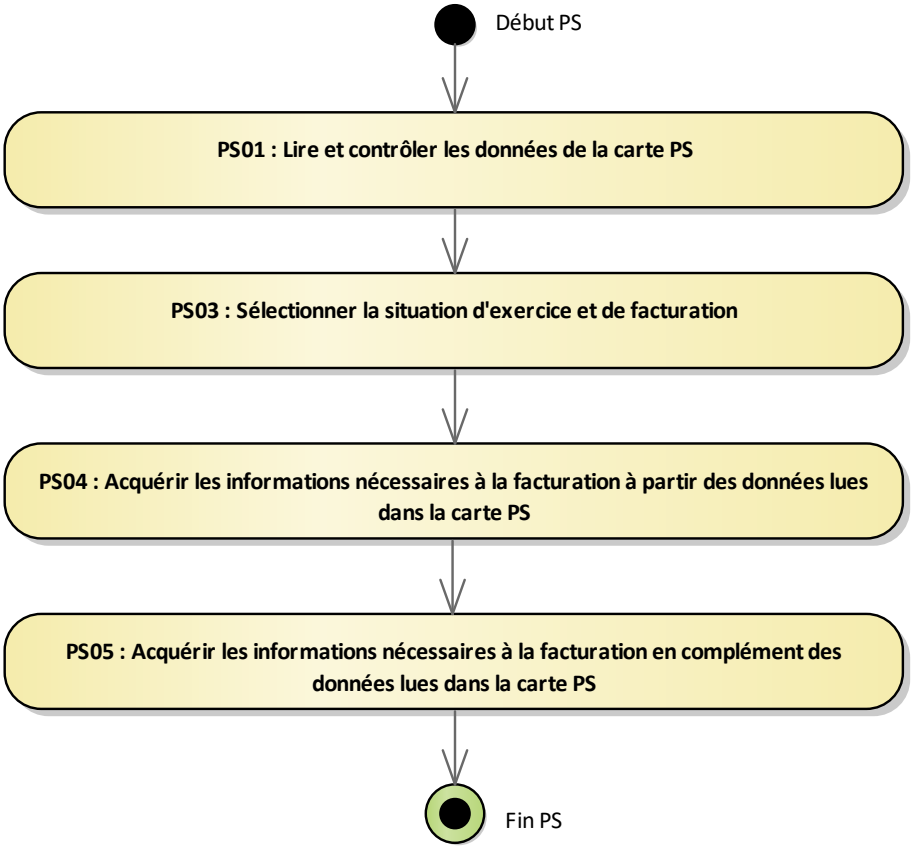


Figure 2: [SC_PS] Enchaînement de la fonctionnalité "PS : Acquérir les informations du professionnel de santé"

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

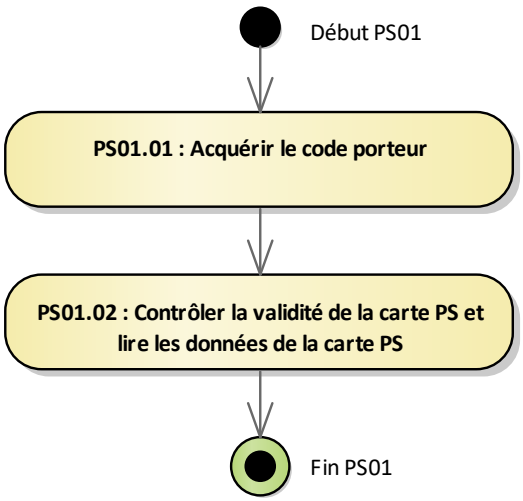


Figure 3: [SC_PS01] Enchaînement des tâches de l'opération "PS01 : Lire la carte PS"

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 »

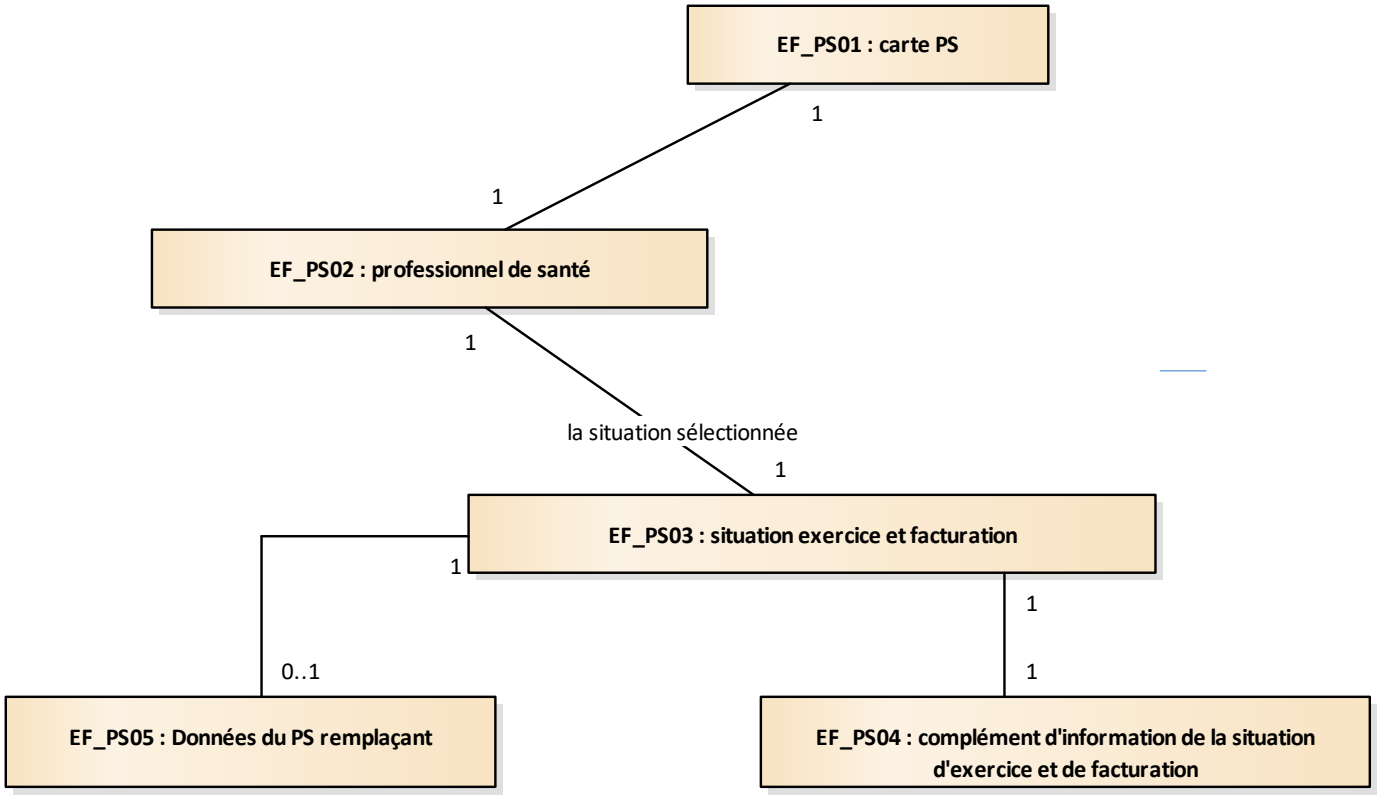


Figure 4 : [DF_PS] Modèle de données du domaine fonctionnel « Professionnel de santé »

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.

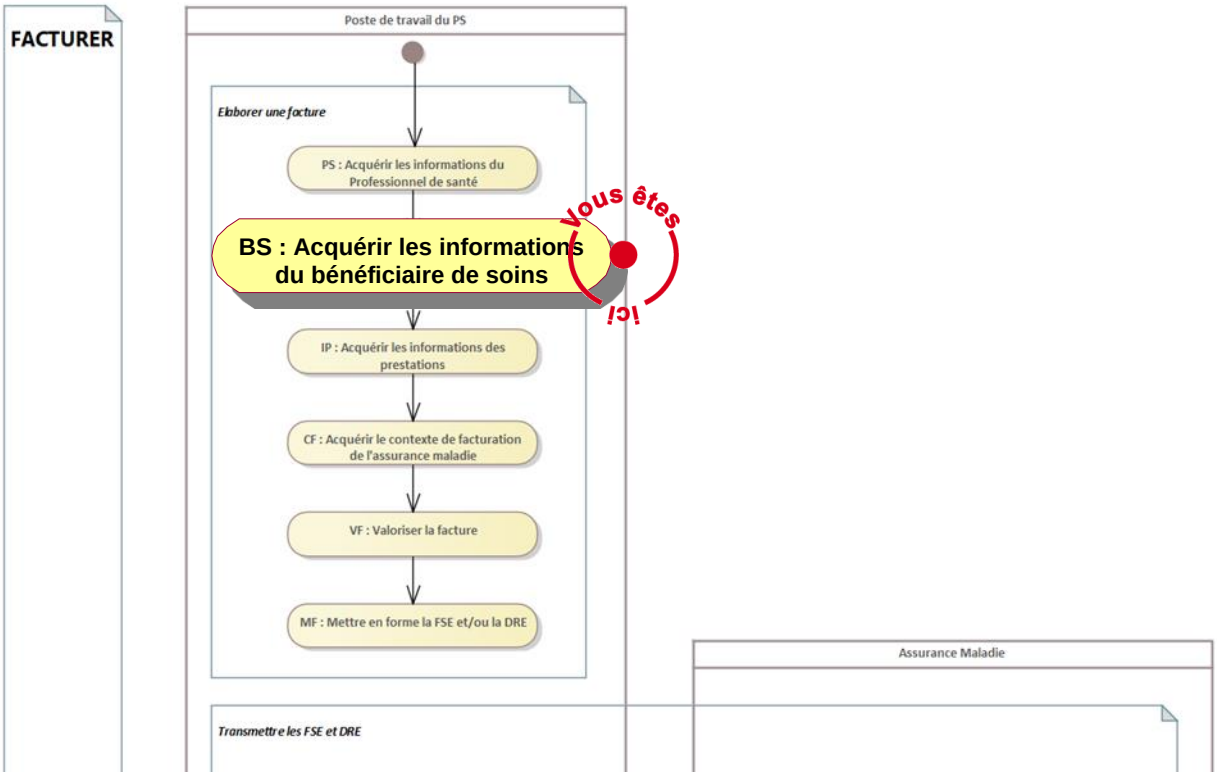


Figure 1: [BS] Positionnement de la fonctionnalité "BS : Acquérir les informations du bénéficiaire de soins"

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

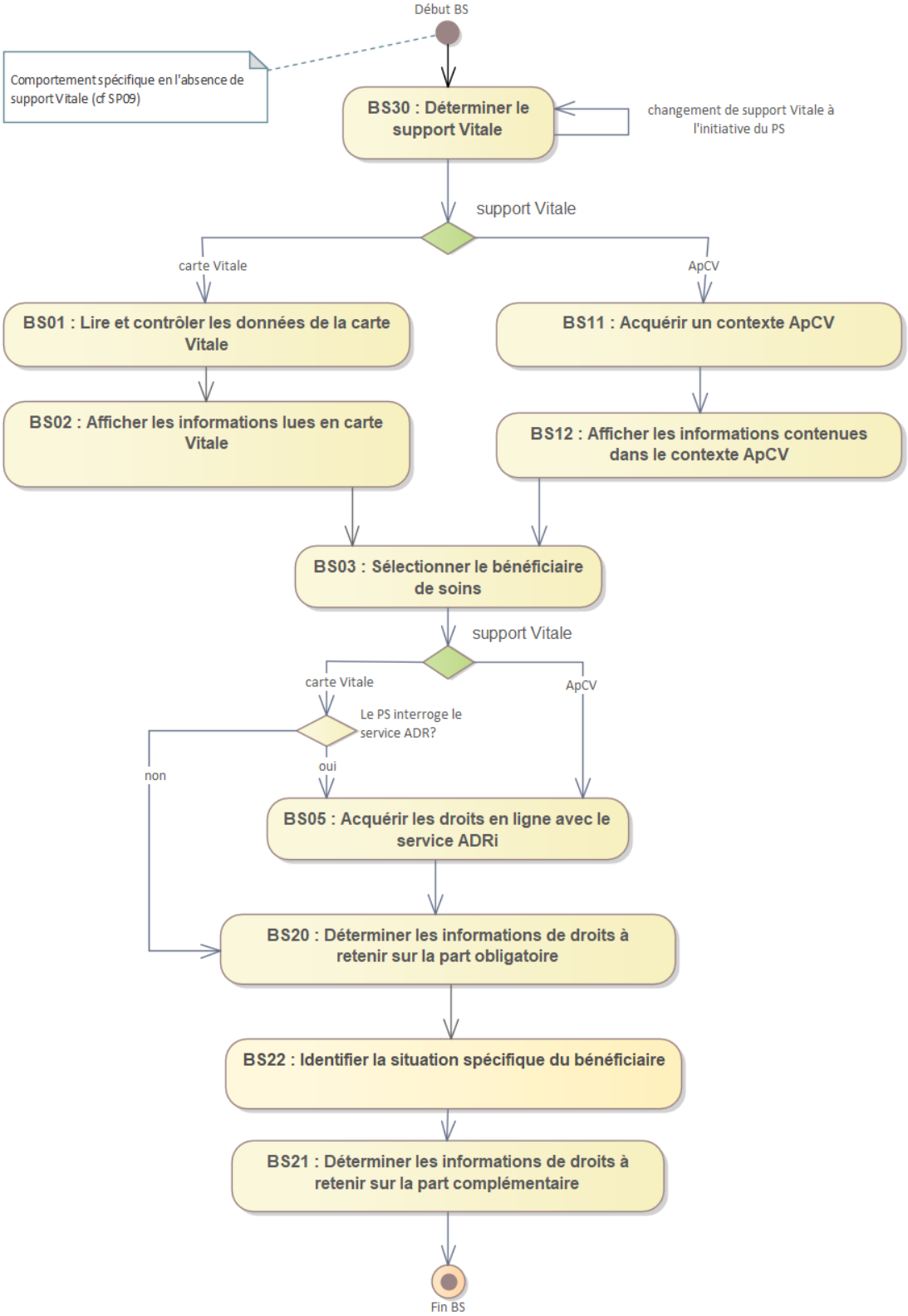


Figure 2 : [SC_BS] Enchaînement général de la fonctionnalité « BS : Acquérir les informations du bénéficiaire de soins »

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.

Référence	Libellé		Carte Vitale	
			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

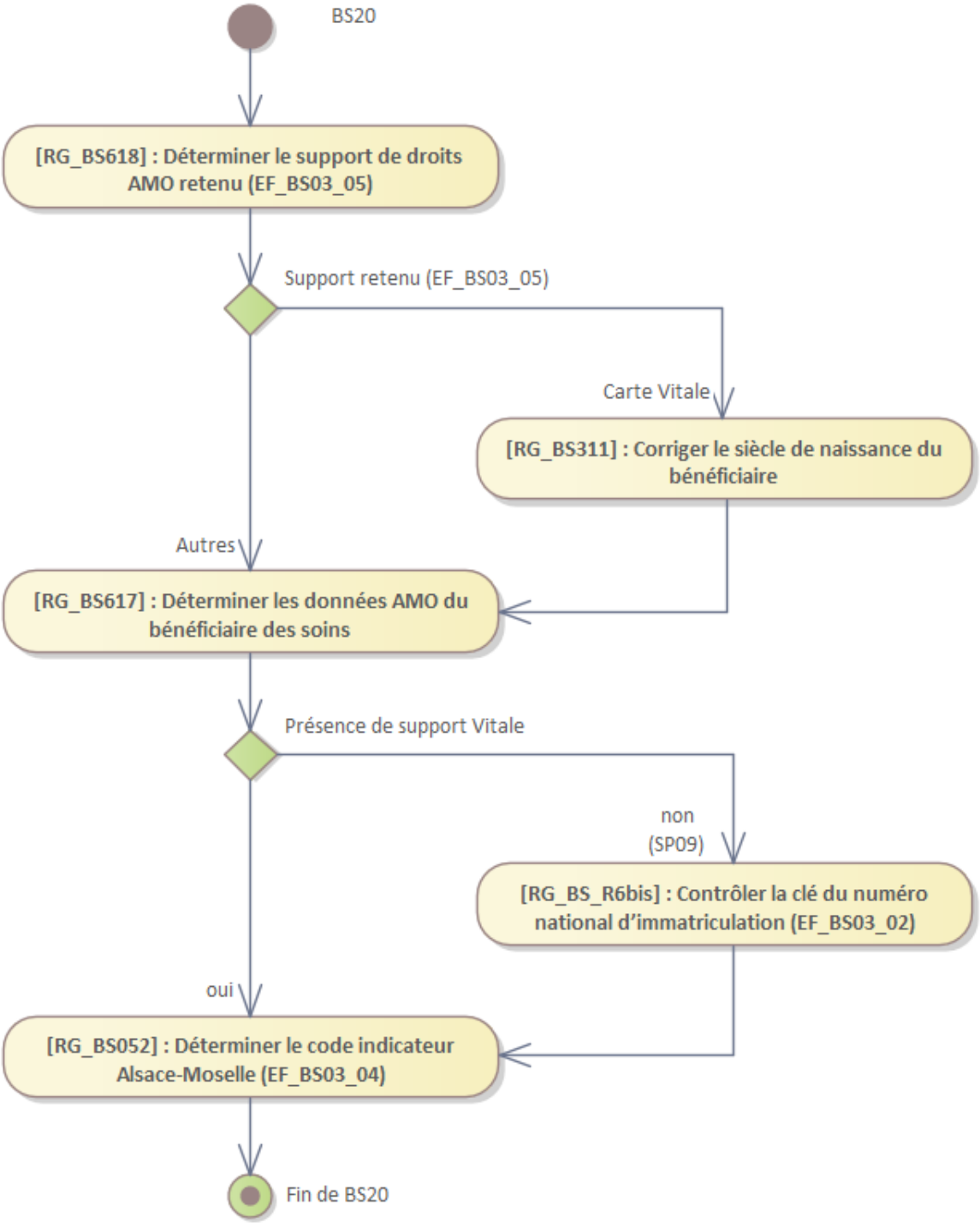
3.7 BS20 : Déterminer les informations d'identification et de droits AMO à retenir pour la facture

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

			Support de droits AMO		
N° EF ou de la donnée	**Libellé SFG**		**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

			Support de droits AMO		
N° EF ou de la donnée	**Libellé SFG**		**Référence ADRi**	**Référence Carte Vitale #CDC**	**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

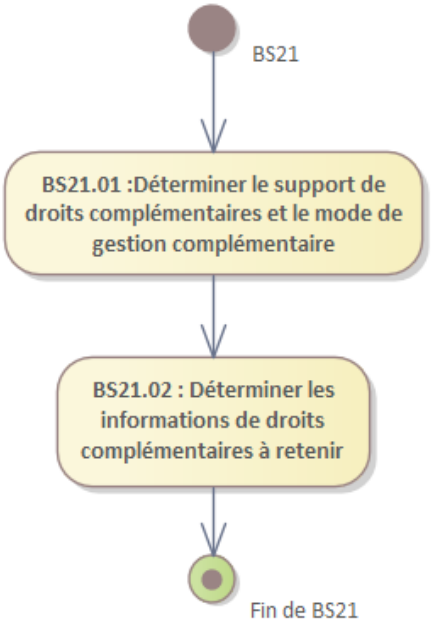


Figure 3 : [SC_BS21] Enchaînement des tâches de l'opération « BS21 : Déterminer les informations de droits complémentaires à retenir pour la facture »

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

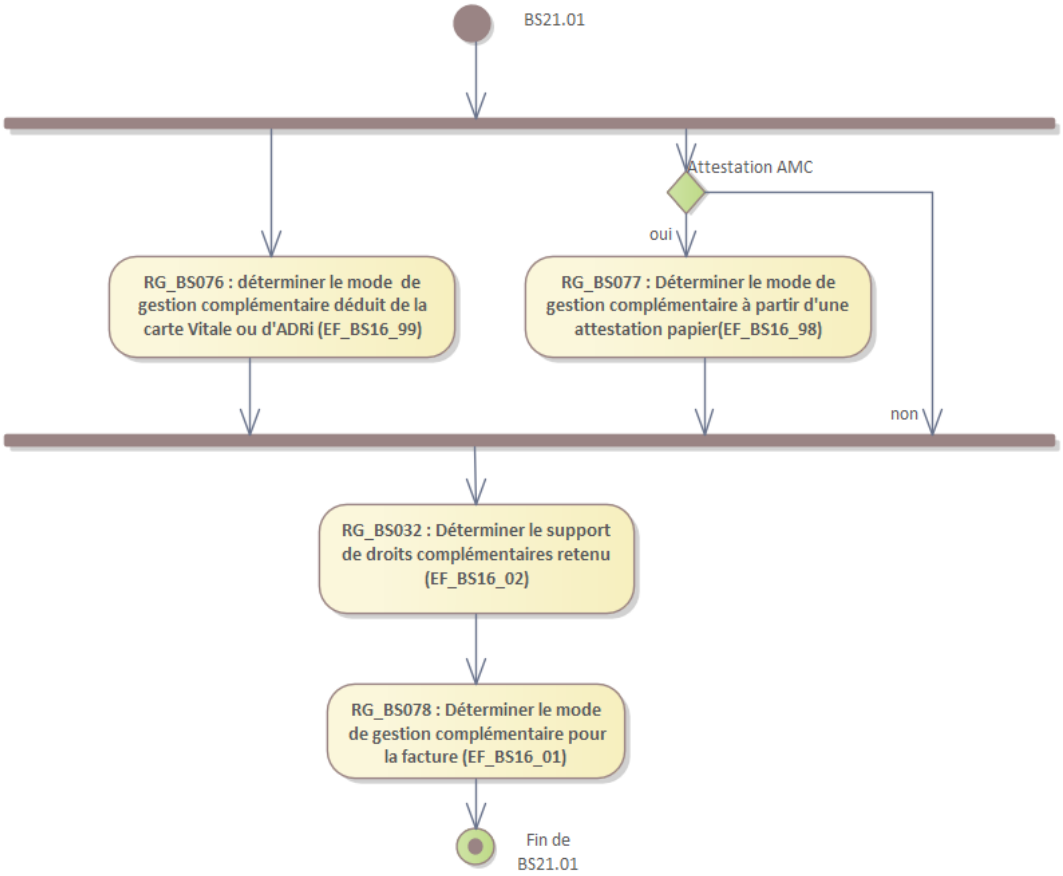


Figure 4 : [SC_BS21.01] Enchaînement des tâches de l'opération « BS21.01 : Déterminer le support de droits complémentaires et le mode de gestion complémentaire »

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

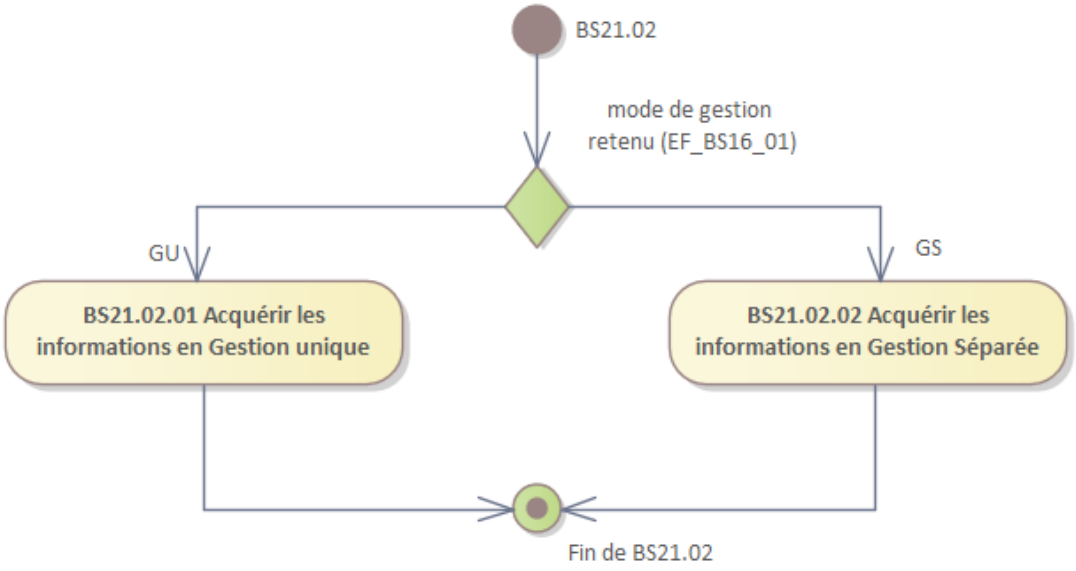


Figure 5 : [SC_BS21.02] Enchaînement des tâches de l'opération « BS21.02 : Déterminer les informations de droits complémentaires à retenir »

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

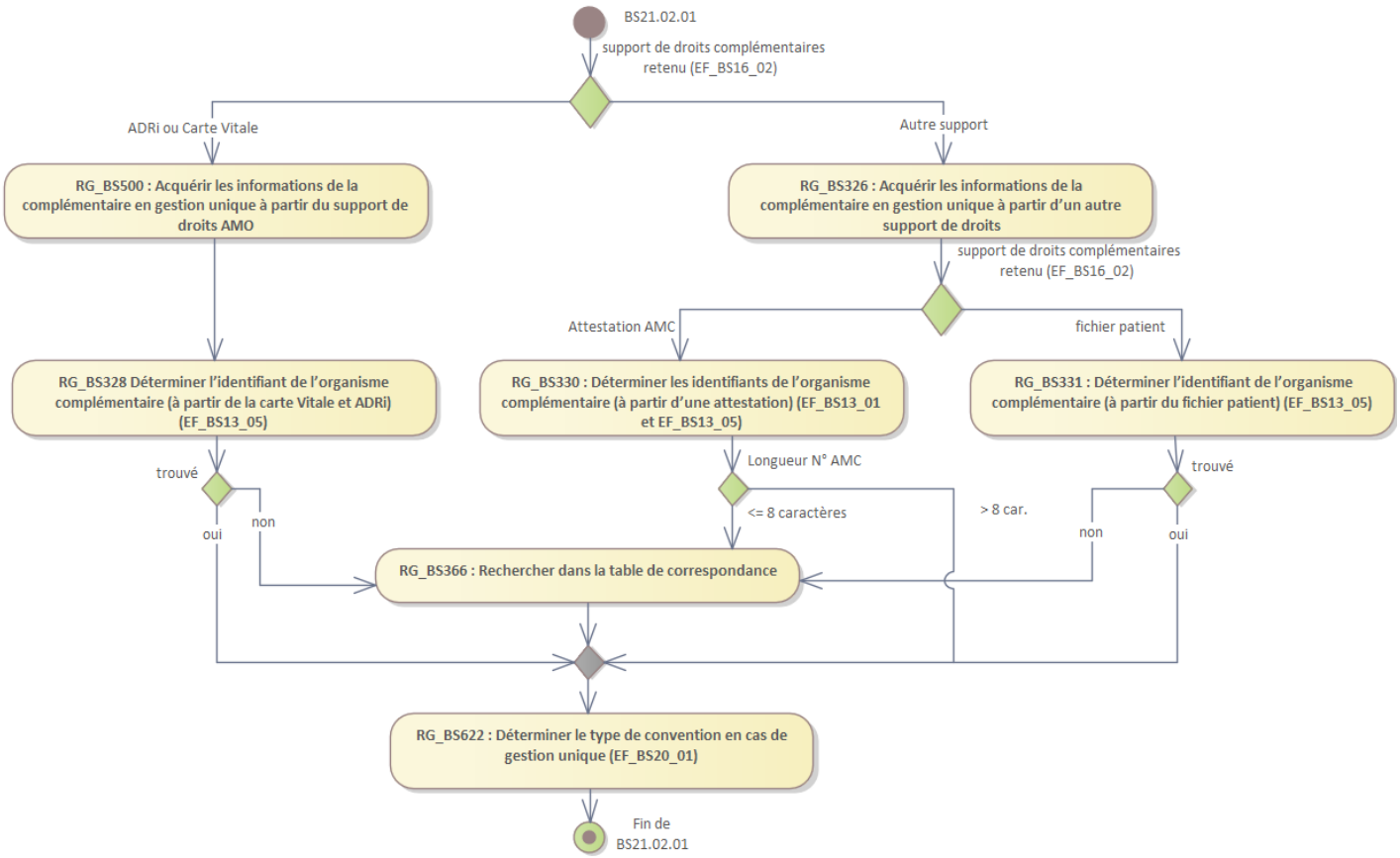


Figure 6 : [SC_BS21.02.01] Enchaînement des tâches de l'opération « BS21.02.02: Acquérir les informations en Gestion unique »

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).

		Support de droits complémentaires retenu (EF_BS16_02)		
N° EF ou de la donnée	Libellé SFG	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.

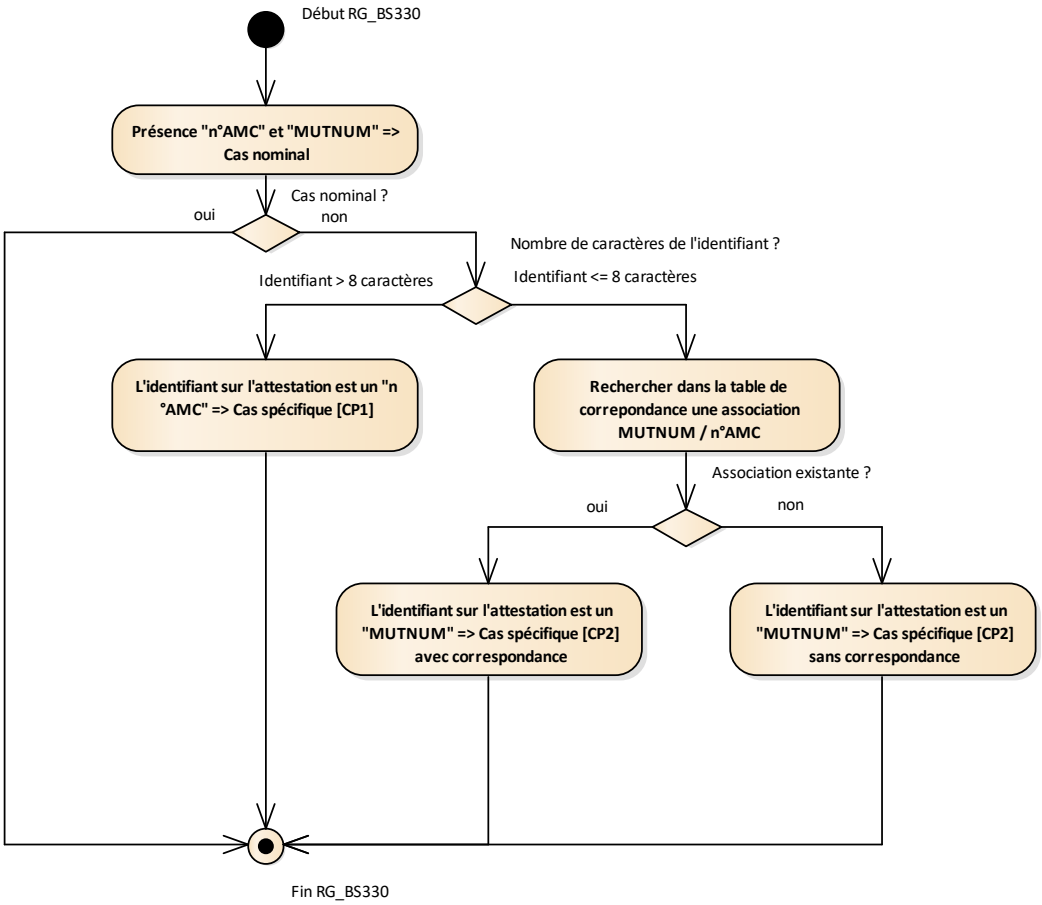
[RG_BS330] Déterminer les identifiants de l'organisme complémentaire (à partir d'une attestation) (EF_BS13_01 et EF_BS13_05)	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

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

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

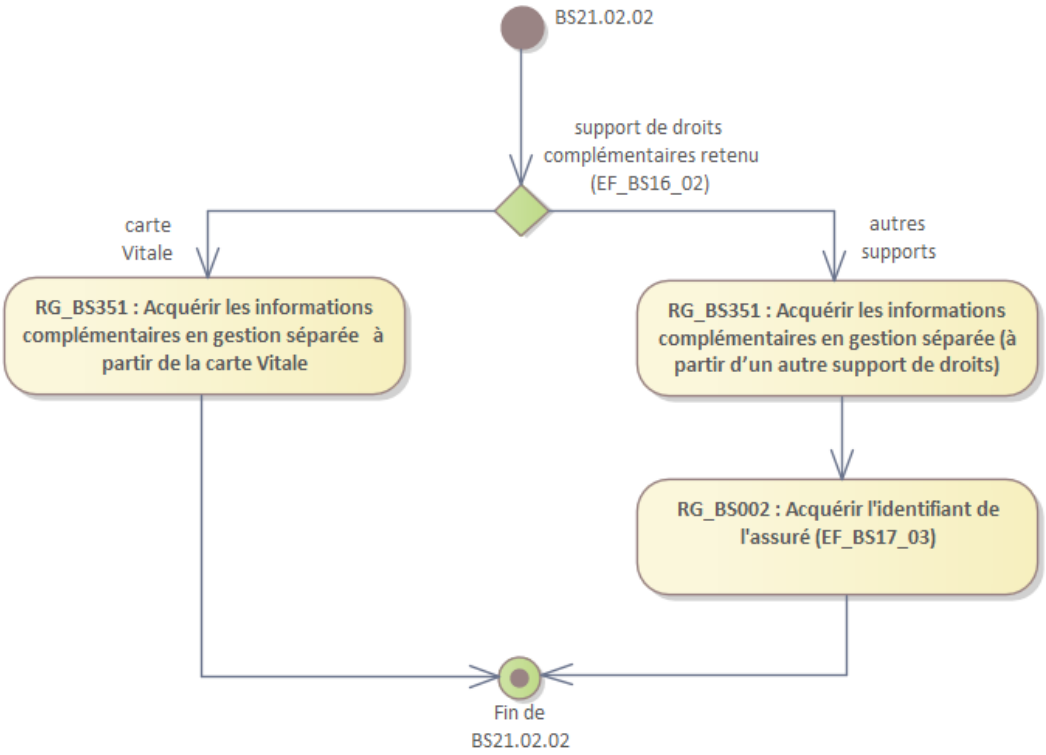


Figure 7 : [SC_BS21.02.02] Enchaînement des tâches de l'opération « BS21.02 .03: Acquérir les informations en Gestion Séparée »

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

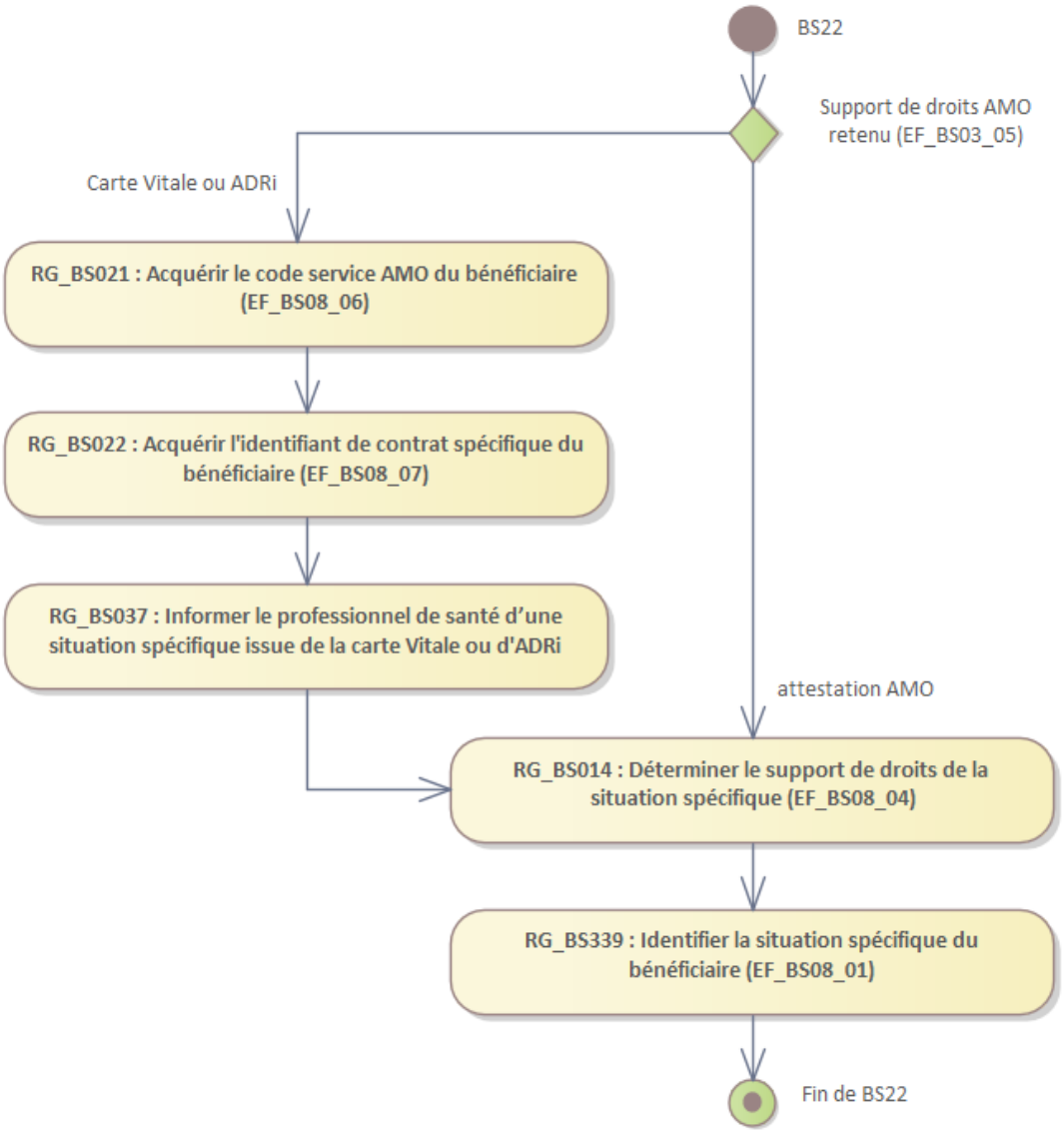


Figure 8 : [SC_BS22] Enchaînement des tâches de l'opération « BS22 : Identifier une situation spécifique pour le bénéficiaire »

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

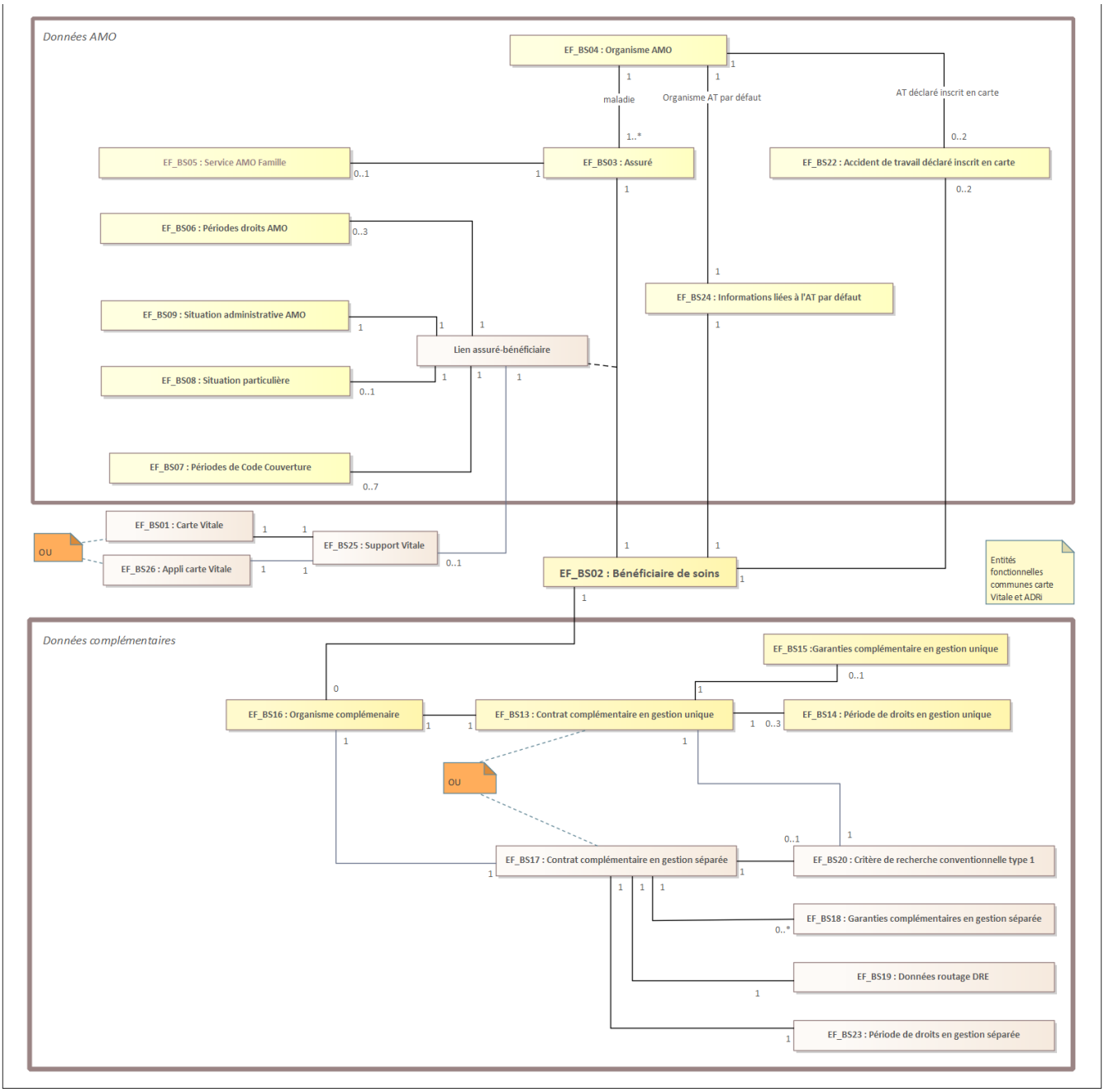


Figure 9 : [DF_BS] Modèle de données « Bénéficiaire de soins » : DF_BS

☞ 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.

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

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.

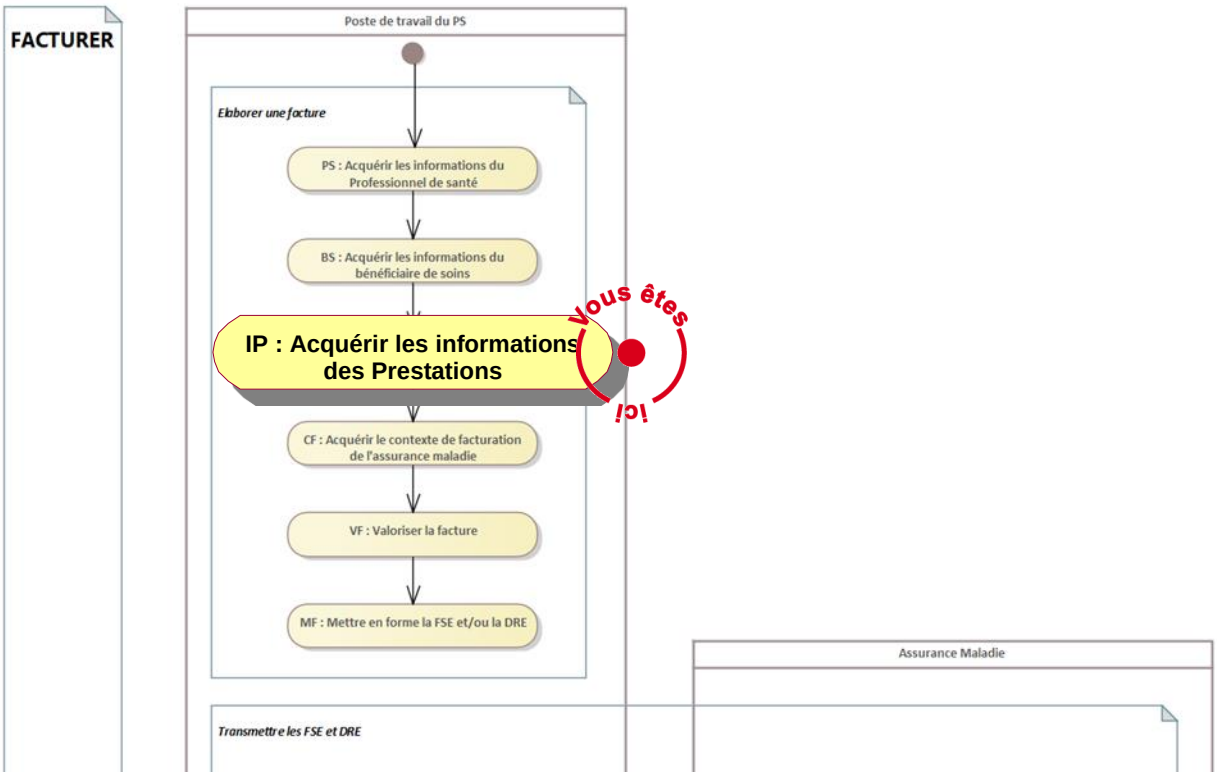


Figure 1 : [IP] Périmètre de "Acquérir information prestation"

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 ».

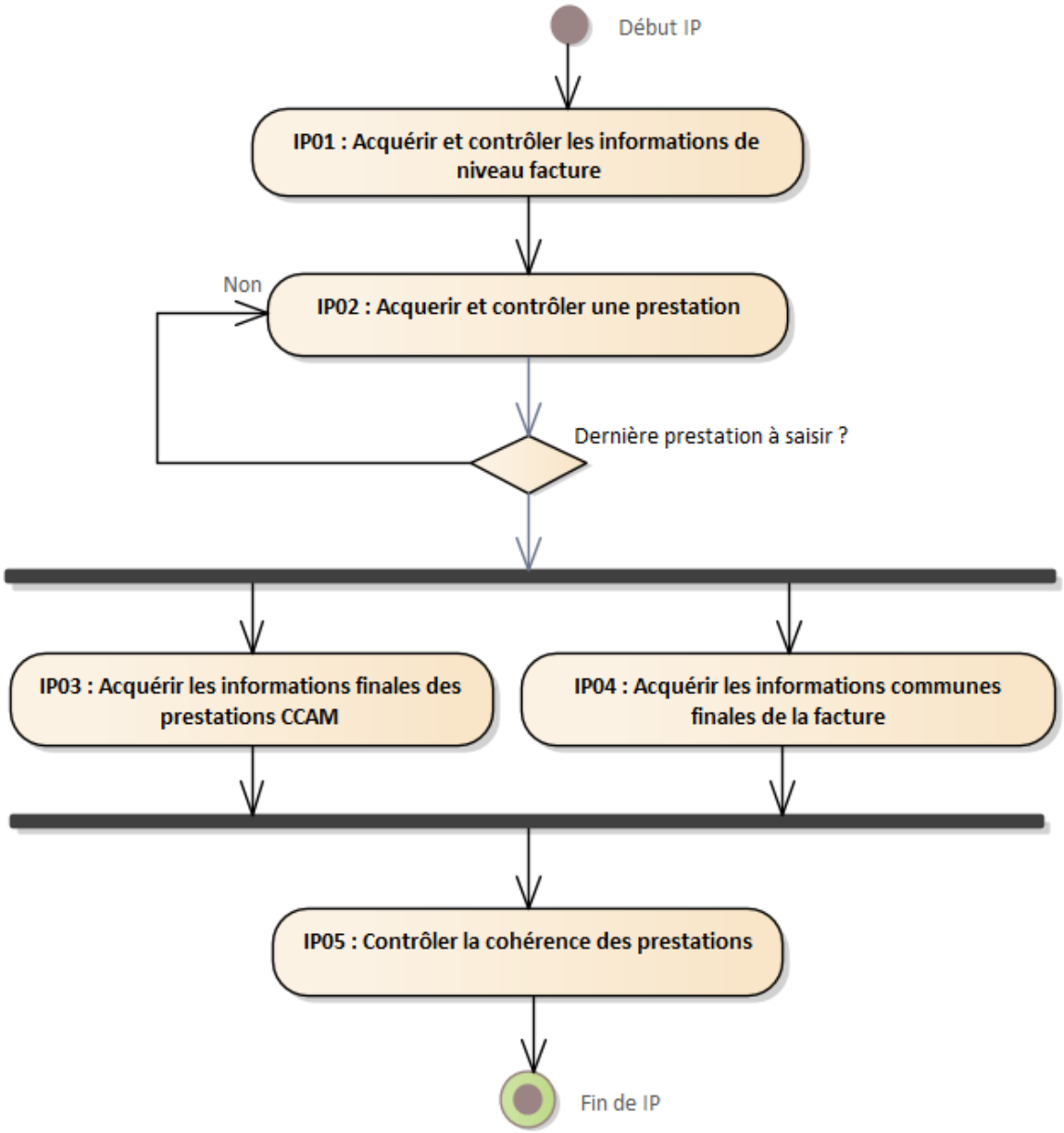


Figure 2 : [SC_IP] Enchaînement de IP : "Acquérir les informations des prestations"

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~~			~~AM~~	~~LB~~	~~PH~~	~~FR~~	~~TR~~
	~~M~~	~~CD~~	~~SF~~					

~~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~~

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 »), 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 ».

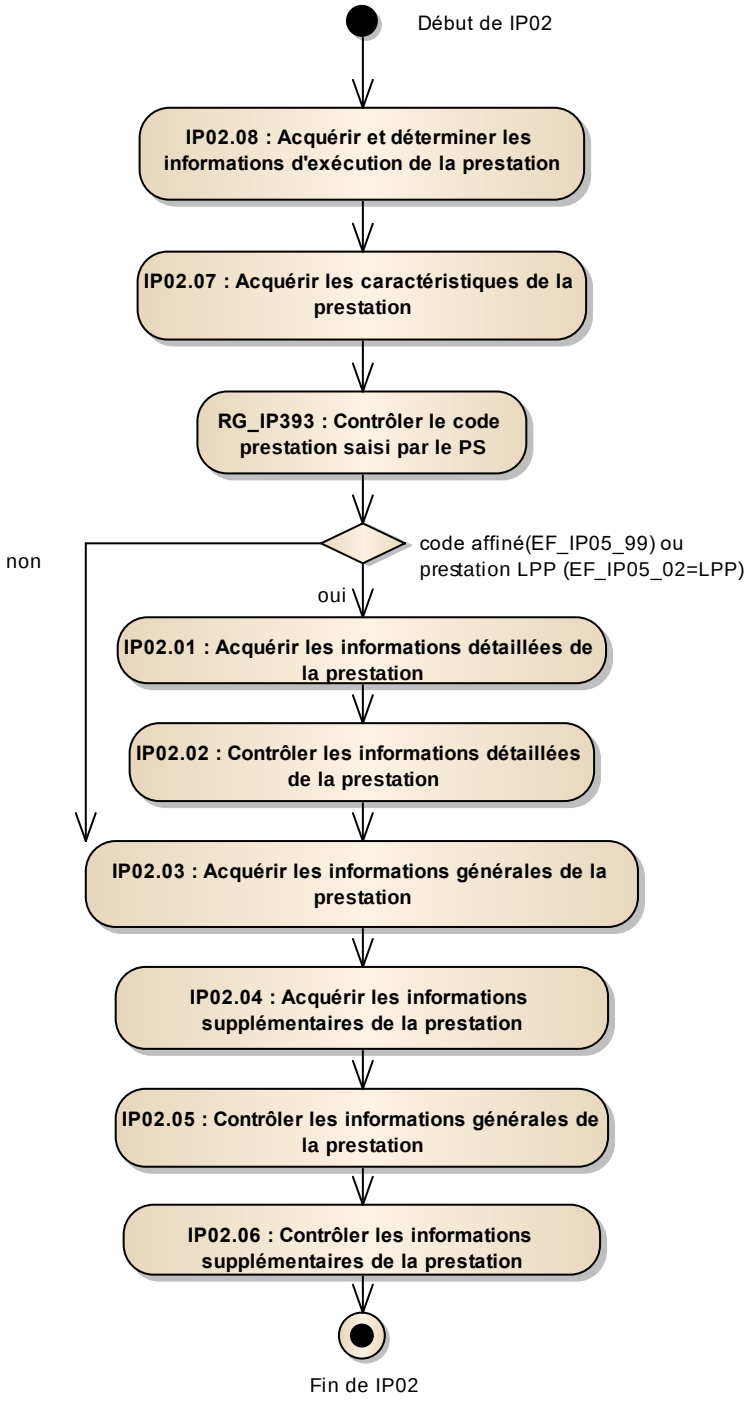


Figure 3 : [SC_IP02] Enchaînement de IP02 : « Acquérir et contrôler une prestation »

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

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

[RG_IP_CC6] Contrôler la Validité de la lettre-clé (EF_IP04_01) par rapport au codage CCAM

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

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

[RG_IP_CC6] [CE1] Lettre-clé NGAP non valide par rapport au codage CCAM

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.

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

[RG_IP340] Contrôler la validité du code prestation (EF_IP04_01) dans le système de facturation

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

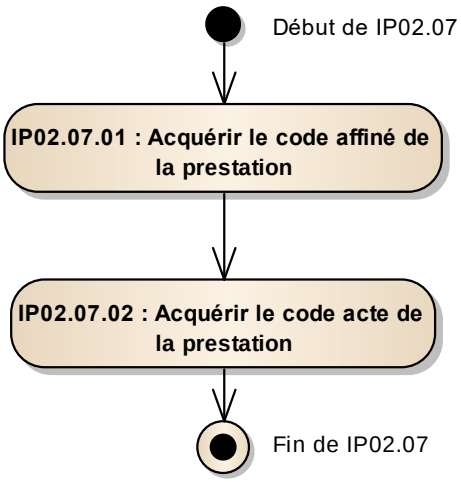


Figure 4 : [SC_IP02.07] Enchaînement de IP02.07 : « Acquérir les caractéristiques de la prestation »

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**	**AM**	**LB**	**PH**	**FR**	TR

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).

	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

[RG_IP354] Déterminer le type de nomenclature de la prestation (EF_IP05_02)

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.

	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

[RG_IP355] Déterminer le groupe fonctionnel général (EF_IP05_03) et le groupe fonctionnel détaillé (EF_IP05_04) de la prestation

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.

	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

[RG_IP356] Déterminer le code nécessité de codage affiné (EF_IP05_05) de la prestation

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

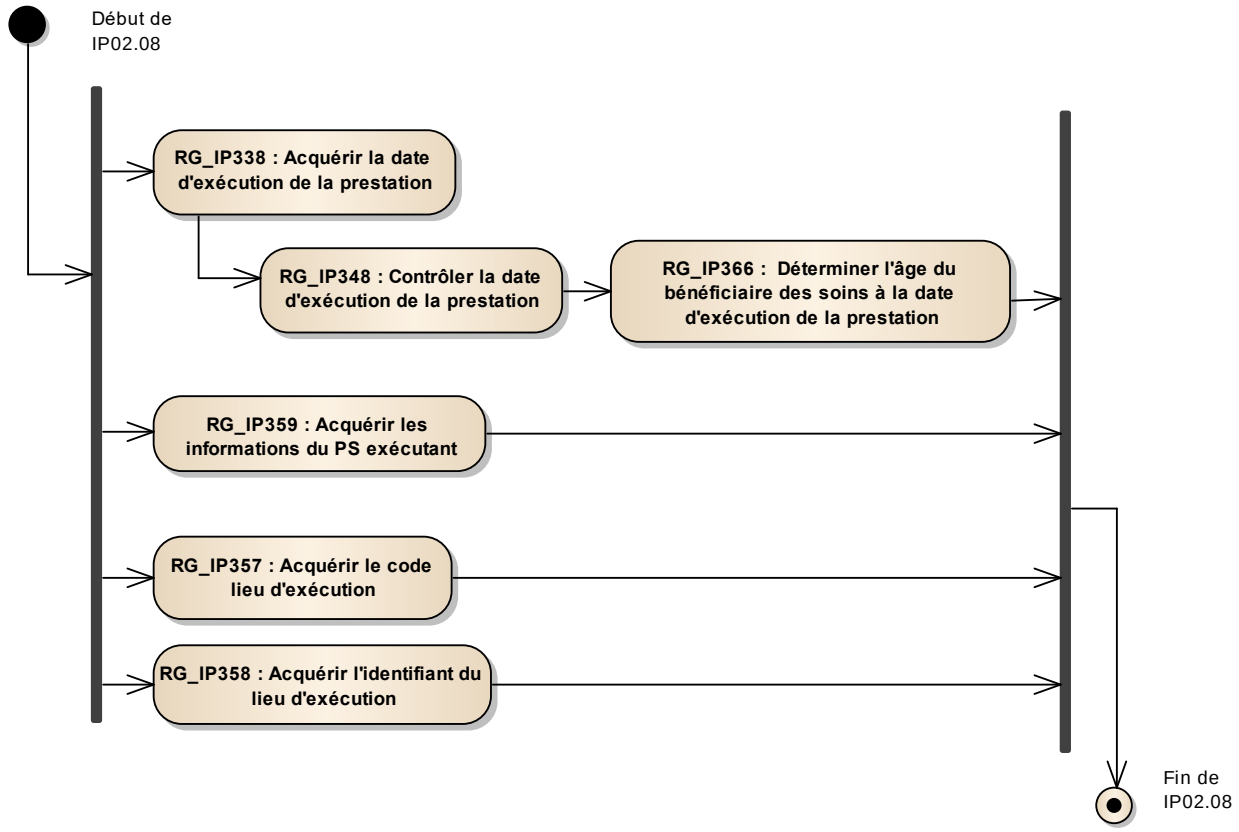


Figure 5 : [SC_IP02.08] Enchaînement de IP02.08 : " Acquérir et déterminer les informations d'exécution de la prestation "

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

		PR			AM	LB	PH	FR	TR
		M	CD	SF					
[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***								

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

[SP03.1] Contrôler la Compatibilité du forfait dentaire (au titre de la CMU-C) avec le code acte CCAM de l'acte support

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

[RG_IP_R21] Contrôler le respect des règles spécifiques en matière de codes affinés de biologie (EF_IP12_01)

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

	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

[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)

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

	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

[RG_IP_R23] Contrôler la justification du complément à la cotation minimale liée aux actes sanguins

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. Contrôle compatibilité du code regroupement avec le code acte/activité.	Code regroupement	EF_IP04_01	EF_IP09_95
			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

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

[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)

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.

<u>Débrayages à opérer</u>

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

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

[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)

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.

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

[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)

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.

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

[RG_IP_RC12] [SP11] Contrôler la Compatibilité entre codes modificateurs CCAM AMO (EF_IP10_01)

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.

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

[RG_IP_RC14] [SP11] Contrôler la compatibilité code CCAM (EF_IP09_01) / numéro de dent (EF_IP11_01)

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

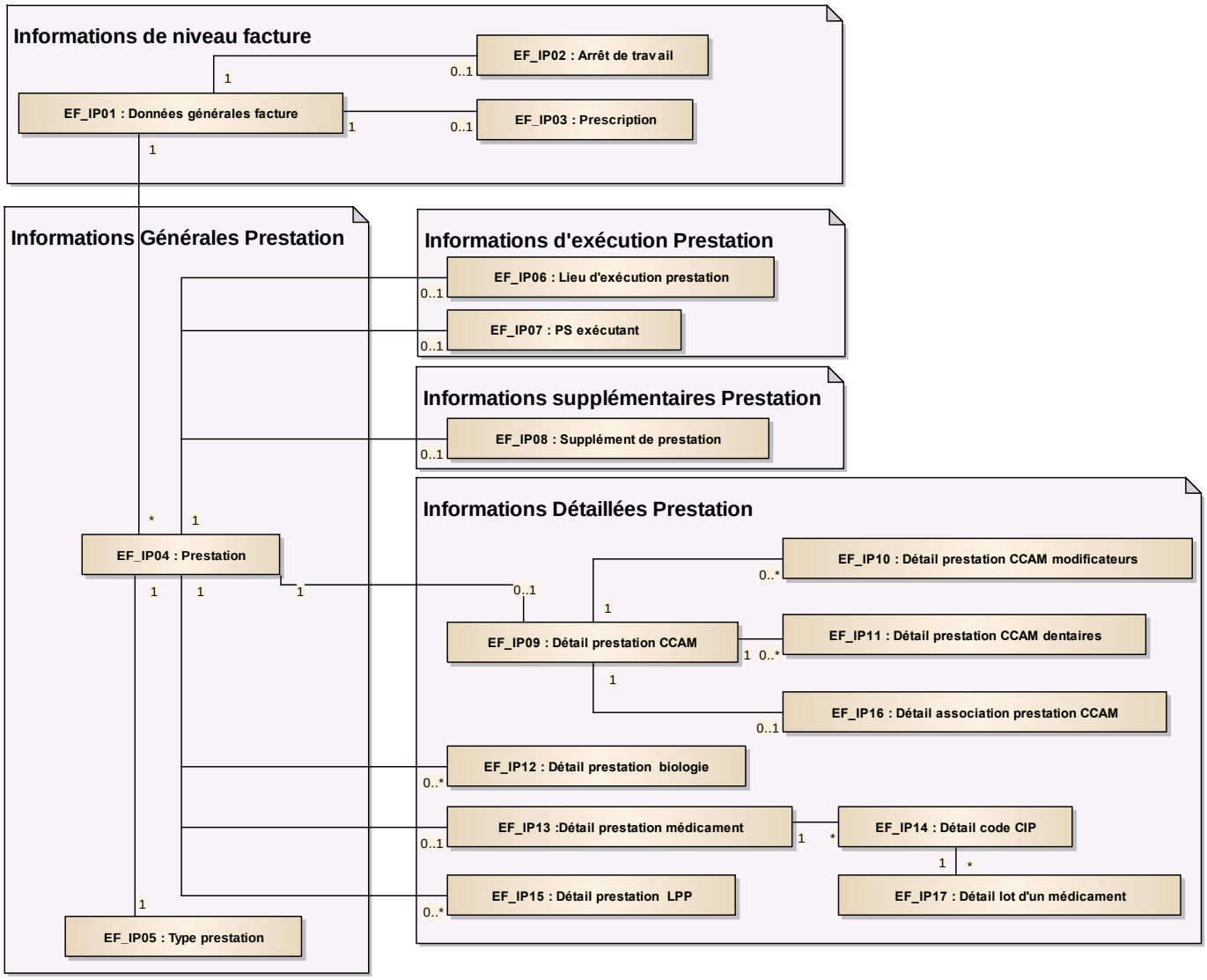


Figure 6 : [DF_IP] Modèle de données de la fonctionnalité IP « Informations Prestation » : DF_IP

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.

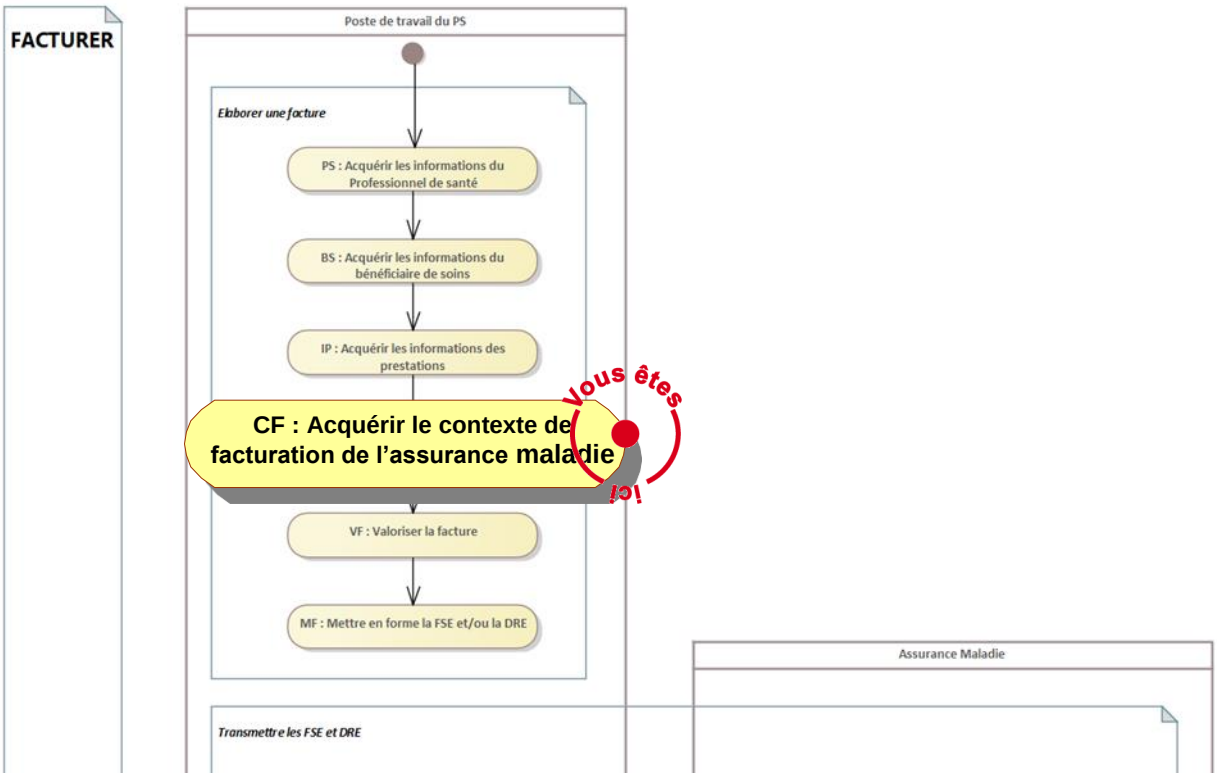


Figure 1 : **[CF]** Périmètre de "Acquérir contexte facturation assurance maladie"

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

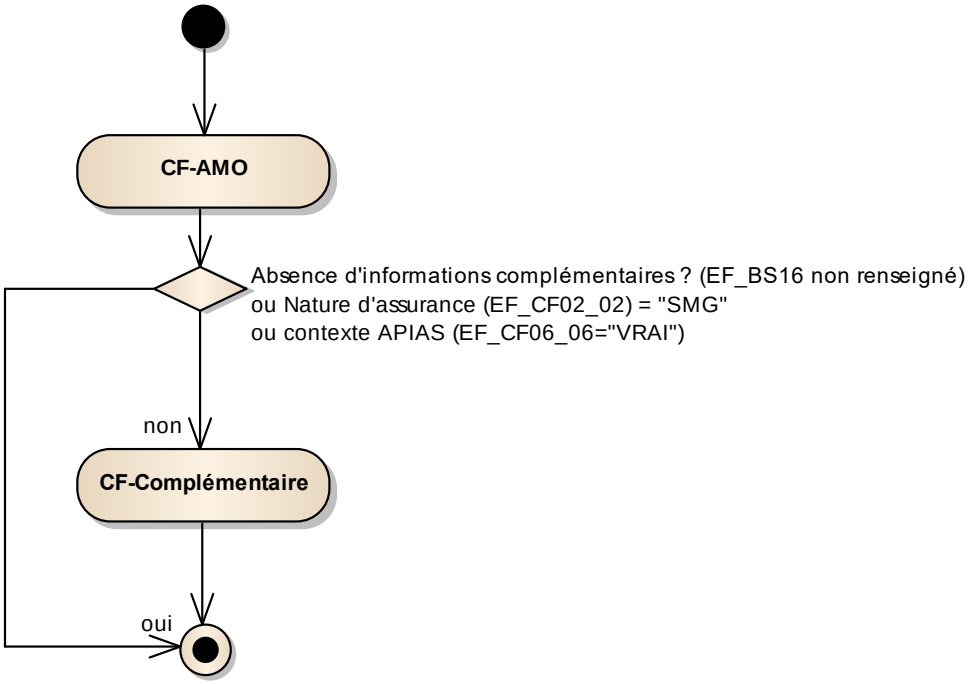


Figure 2 : [SC_CF] Présentation de la fonctionnalité CF : "Acquérir le contexte de facturation assurance maladie"

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

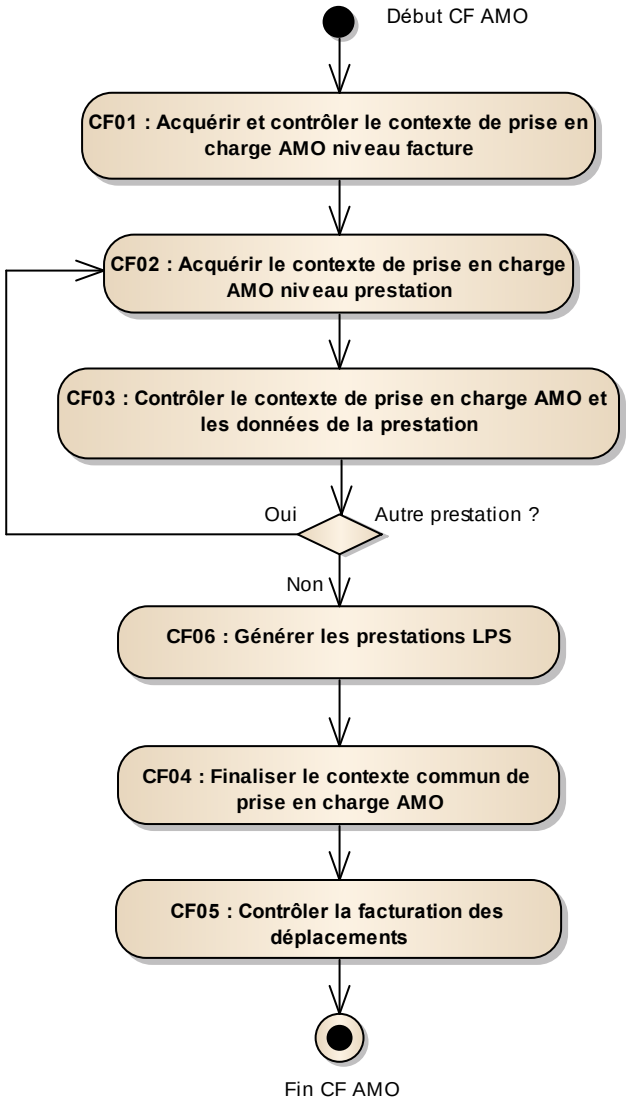


Figure 3 : [SC_CF-AMO] Enchaînement des opérations de CF-AMO "Acquérir le contexte de facturation pour la prise en charge de la part obligatoire"

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

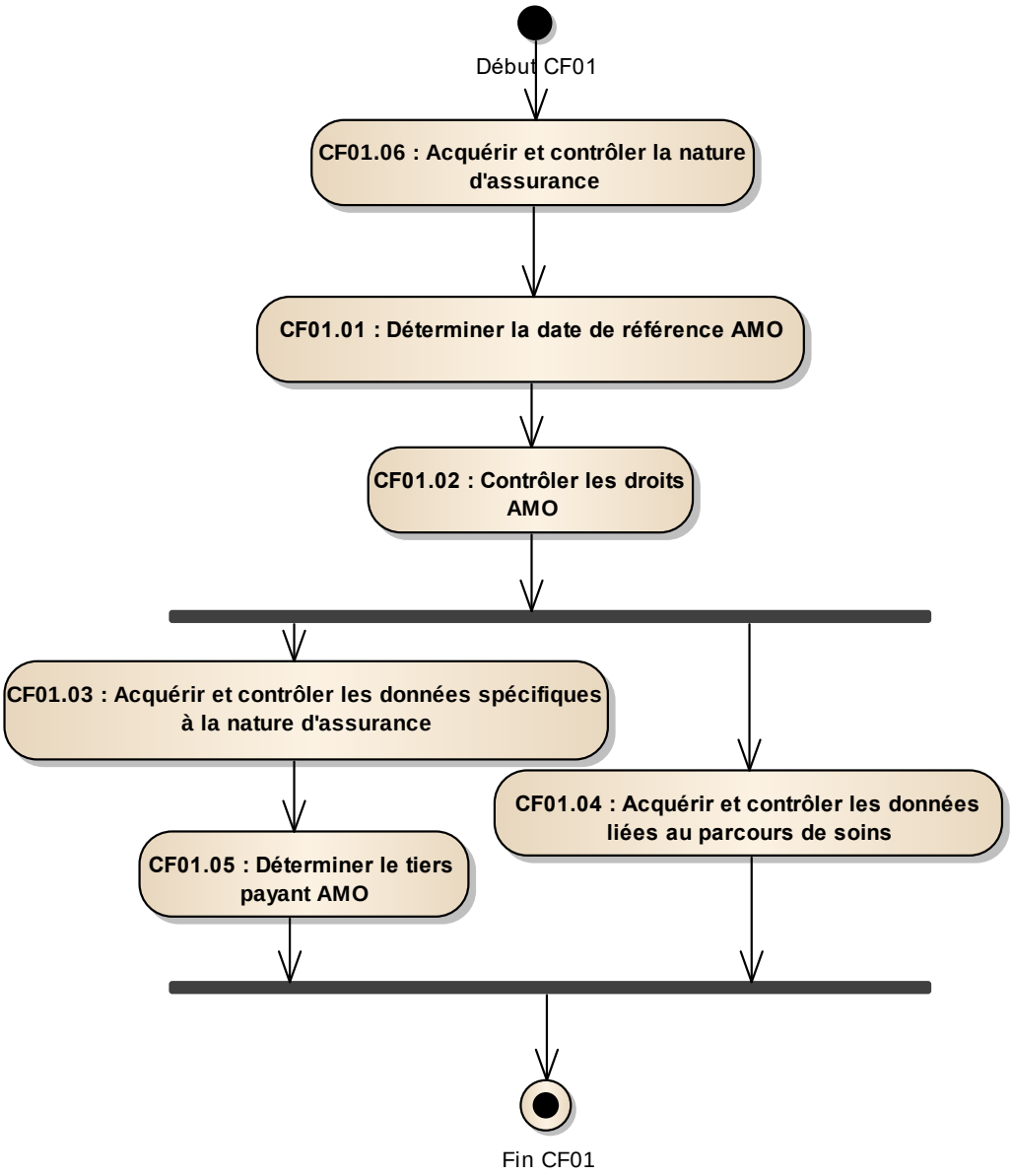


Figure 4 : [SC_CF01] Enchaînement de CF01 : "Acquérir et contrôler le contexte de prise en charge AMO niveau facture"

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	donnée 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

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

[SP03] Déterminer si les droits à la situation particulière sont ouverts pour la facture (EF_CF15_01) pour un bénéficiaire de la C2S

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.

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

[SP04] Déterminer si les droits à la situation particulière sont ouverts pour la facture (EF_CF15_01) pour un bénéficiaire sortant de la C2S

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***

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

[SP03][CP1] Bénéficiaire de la C2S / Prestations pharmaceutiques et dispositifs de la LPP

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***

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

[SP03][CE1] Bénéficiaire de la C2S / Droits non ouverts

Le bénéficiaire de soins n'a pas de droit à la C2S pour cette facture.

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

[SP04][CE1] Bénéficiaire sortant de la C2S / Droits non ouverts

Le bénéficiaire de soins n'a pas de droit de sortant de C2S pour cette facture.

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

[RG_CF330] Contrôler les données du BS en facturation télémédecine

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

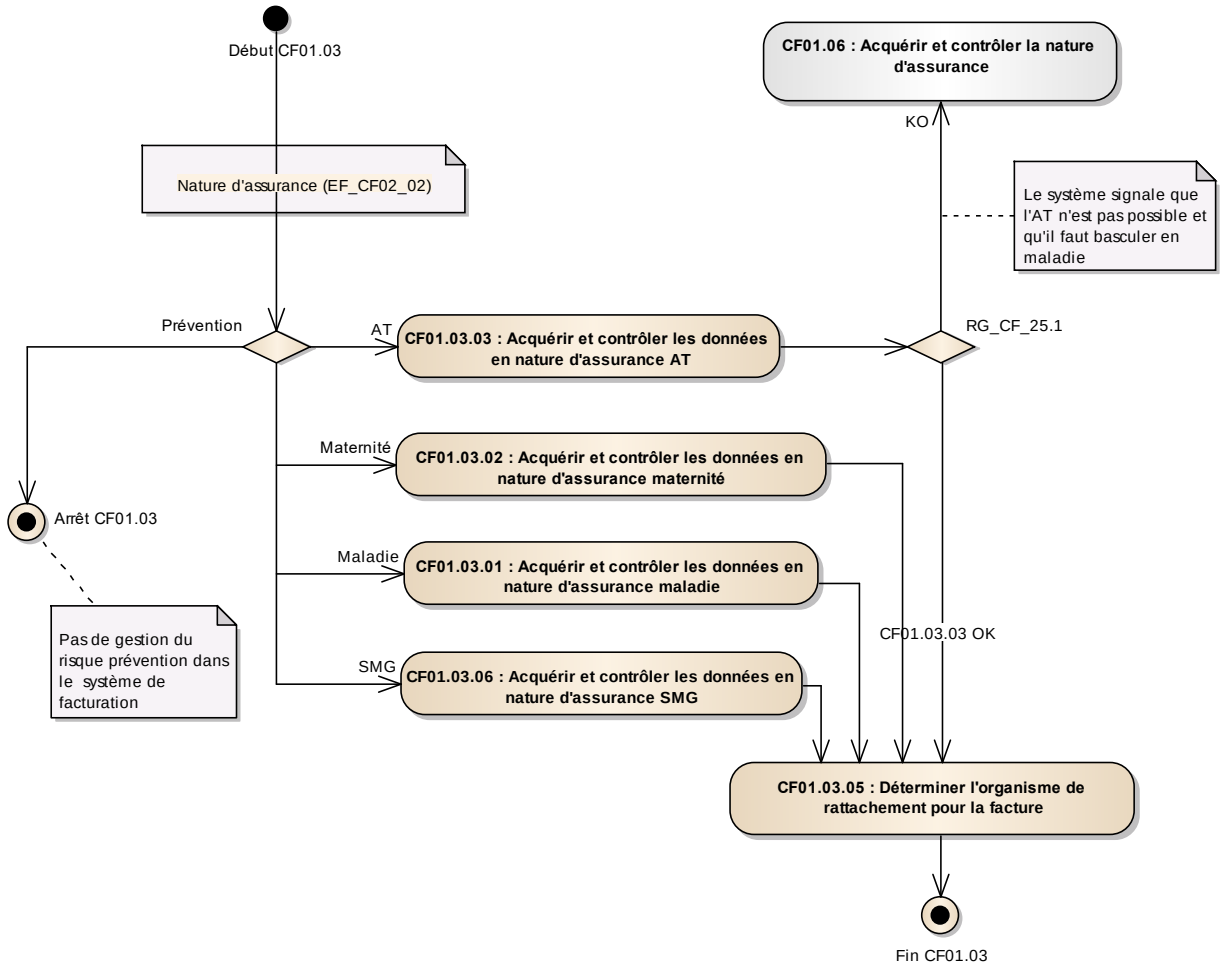


Figure 5 : [SC_CF01.03] Enchaînement de CF01.03 : "Acquérir et contrôler les données spécifiques à la nature d'assurance"

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

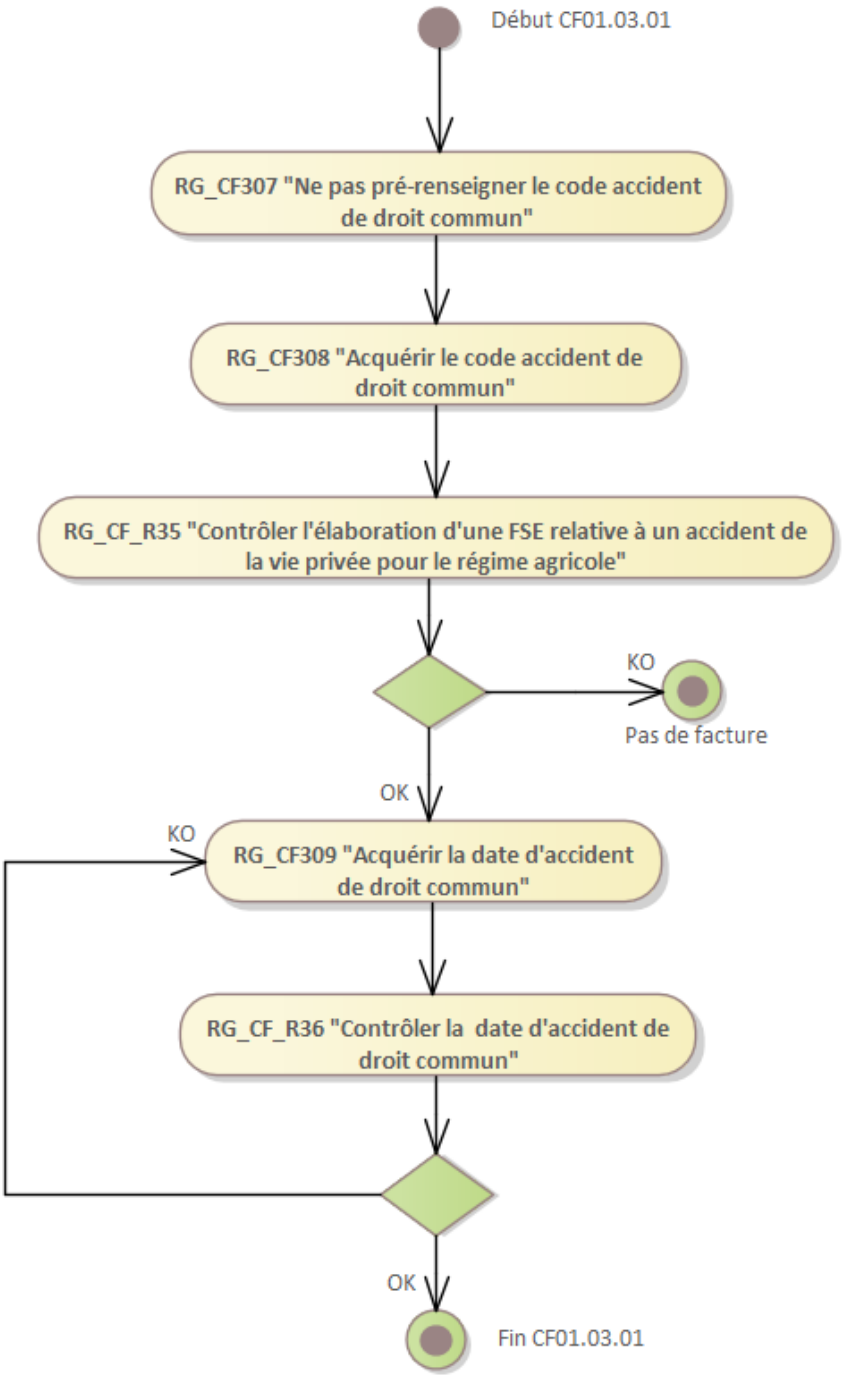


Figure 6 : [SC_CF01.03.01] Enchaînement de CF01.03.01 : "Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance maladie"

Règles de gestion

	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					
[RG_CF308] Acquérir le code accident de droit commun (EF_CF04_01)								

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.

[RG_CF309] Acquérir la date d'accident de droit commun (EF_CF04_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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.

[RG_CF_R36] Contrôler la date d'accident de droit commun (EF_CF04_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

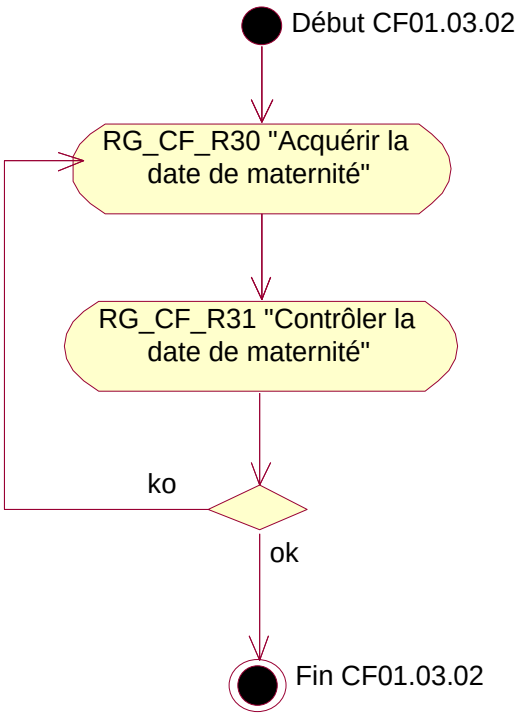


Figure 7 : [SC_CF01.03.02] Enchaînement de CF01.03.02 : "Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance maternité"

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

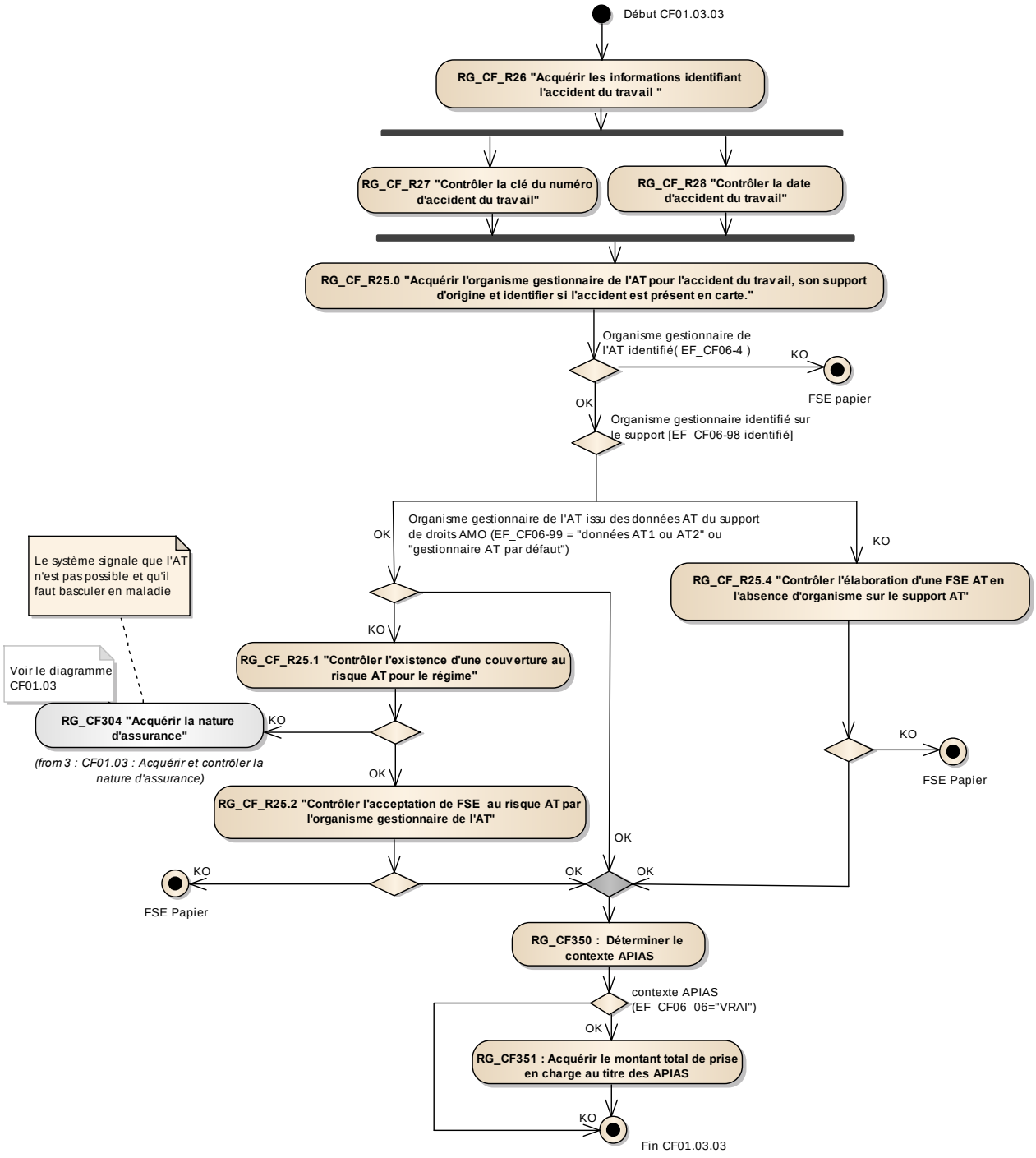


Figure 8 : [SC_CF01.03.03] Enchaînement de CF01.03.03 : "Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance AT"

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

Règles de gestion

	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

[RG_CF_R26] Acquérir les informations identifiant l'accident du travail (EF_CF06_01 ; EF_CF06_02 ; EF_CF06_03)

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.

	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

[RG_CF_R27] Contrôler la clé du numéro d'accident du travail (EF_CF06_02)

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.

	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

[RG_CF_R28] Contrôler la date d'accident du travail (EF_CF06_03)

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.

	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

[RG_CF_R25.0] Acquérir l'organisme gestionnaire de l'AT (EF_CF06_04) et son origine (EF_CF06_99)

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~~

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

~~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~~

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

~~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

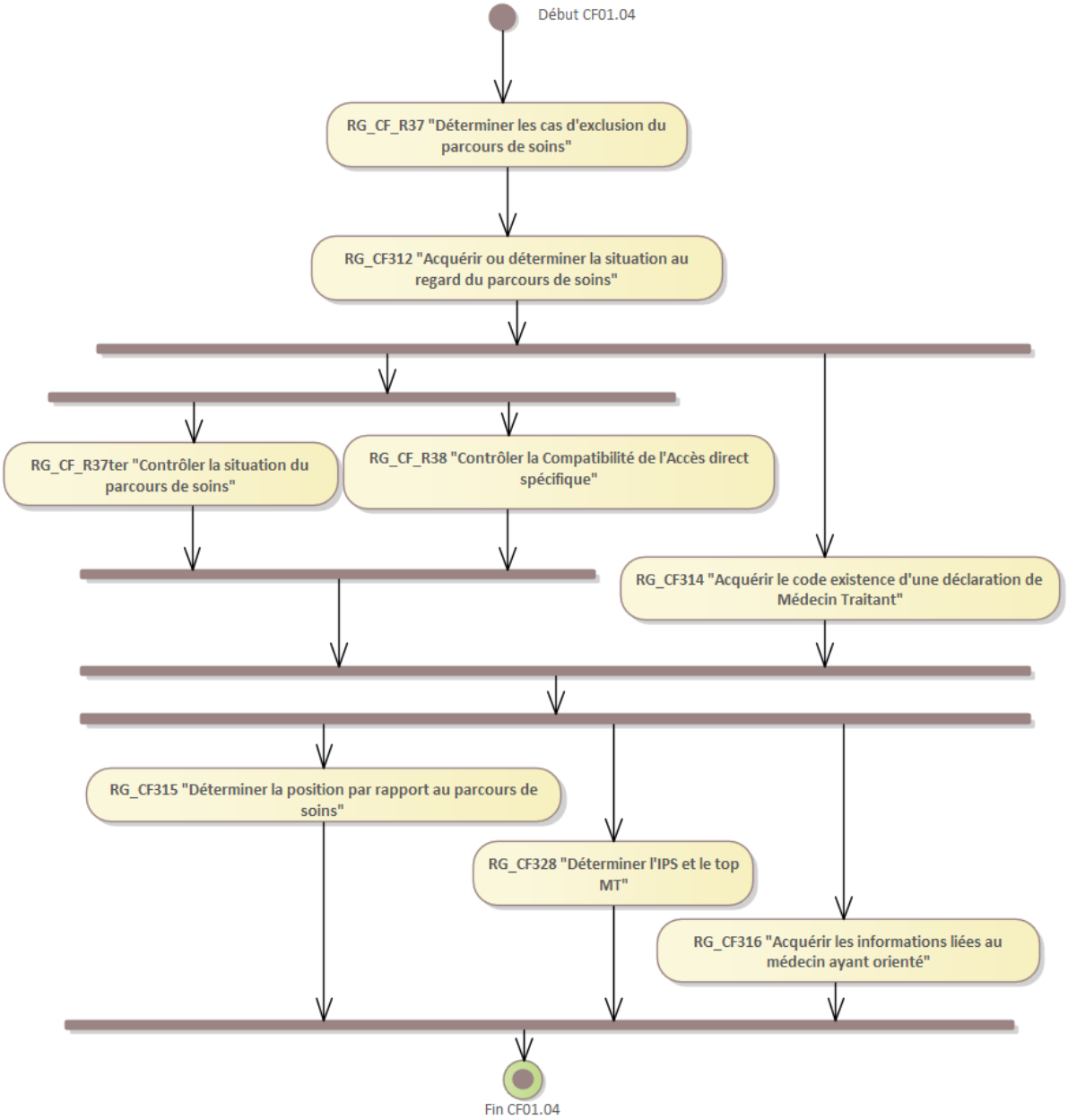


Figure **9** : **[SC_CF01.04]** Enchaînement de CF01.04 : "Acquérir et contrôler les données liées au parcours de soins "

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

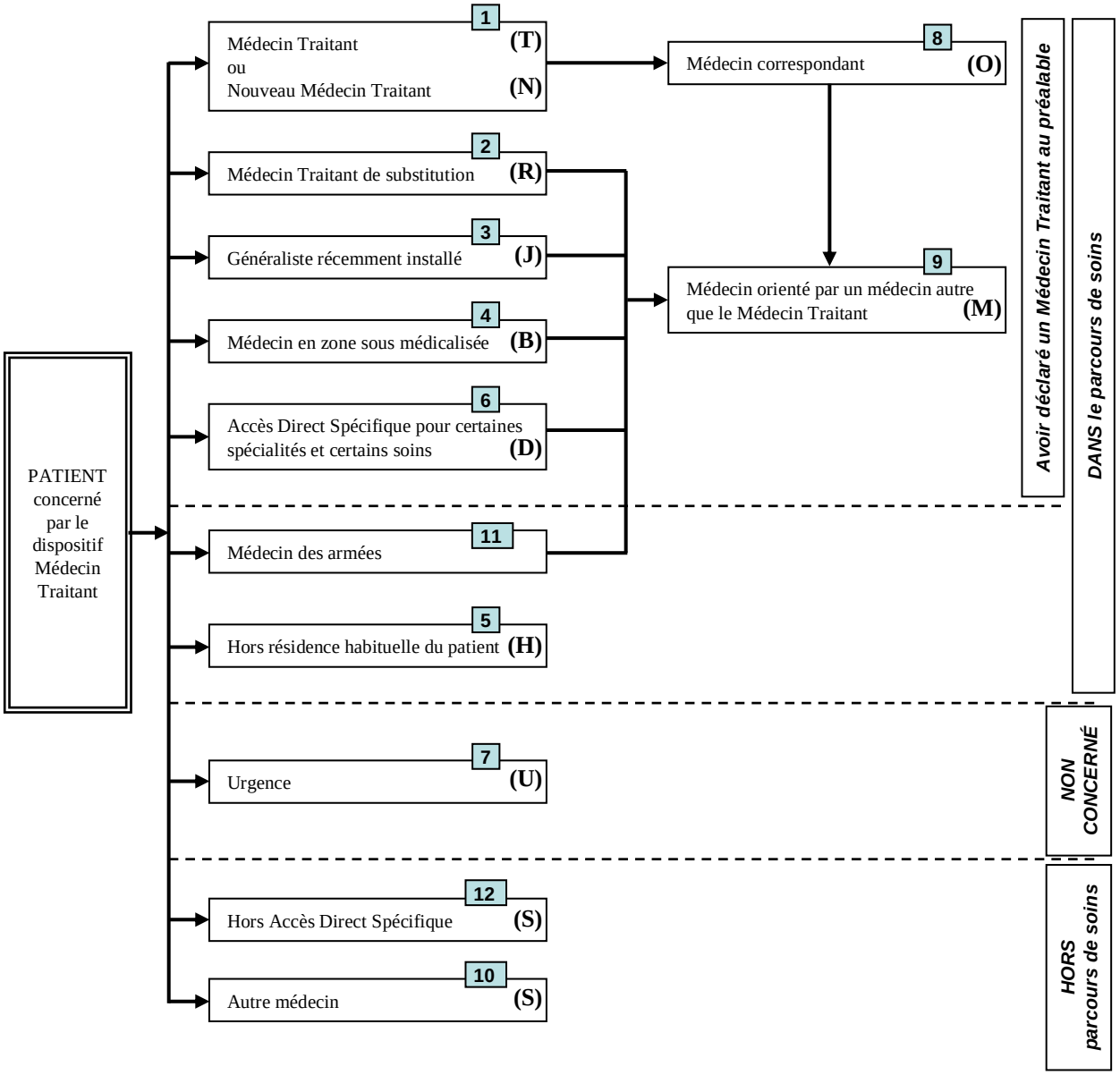


Tableau 1 : Schéma de présentation du Contexte général du dispositif « Médecin Traitant »

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					

<u>Facture concernée/non concernée</u>

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.

Saisie du PS Contexte du parcours de soins		**Donnée interne (cf. RG_CF_R37bis)**
Situation au regard du parcours de soins	**Existence de la déclaration d'un Médecin traitant**	**Position par rapport au parcours de soins**
Exclusion du parcours de soins	(sans objet) (*)	**Non concerné**
Urgence	(sans objet) (*)	
Médecin Traitant	(sans objet) (*)	**Dans**
Nouveau Médecin Traitant	(sans objet) (*)	
Médecin traitant de substitution (**)	Oui	
Généraliste récemment installé	Oui	
	Non ou ne sait pas	**Hors**
Médecin installé en zone sous médicalisée	Oui	**Dans**
	Non ou ne sait pas	**Hors**
Hors résidence habituelle du patient	Oui	**Dans**
	Non ou ne sait pas	
Accès direct spécifique	Oui	
	Non ou ne sait pas	**Hors**
Hors Accès Direct Spécifique	Oui	
	Non ou ne sait pas	
Médecin orienté par le MT	(sans objet) (*)	**Dans**
Médecin orienté par un médecin autre que le MT *(médecin en accès direct spécifique, généraliste récemment installé, médecin installé en zone sous médicalisée…)*	Oui	
	Non ou ne sait pas	**Hors**
Non respect du parcours *(PS non Médecin Traitant, non orienté,…)*	(sans objet) (*)	

(*) 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

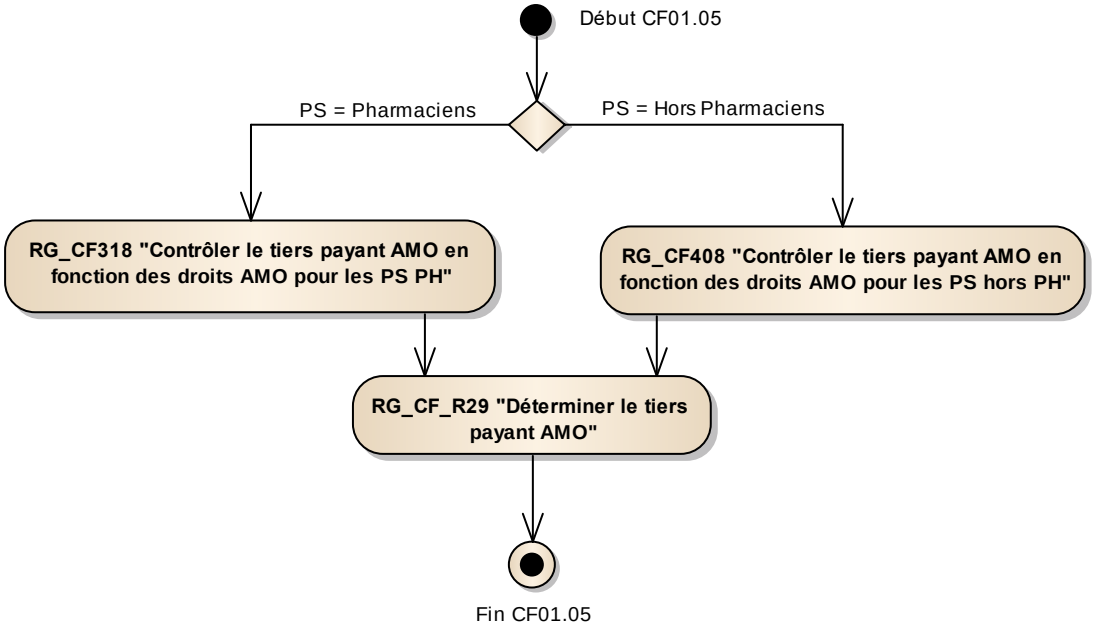


Figure 10 : [SC_CF01.05] Enchaînement de CF01.05 : "Déterminer le Tiers Payant AMO "

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

[CE1] Nature d'assurance incompatible avec la qualité du bénéficiaire

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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***

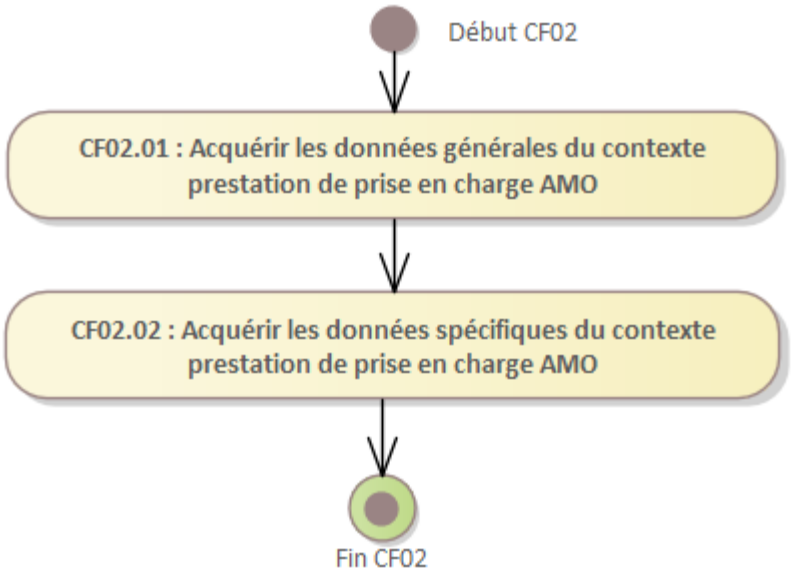
Description Cette opération consiste à acquérir les données de contexte de prise en charge de chaque prestation de la facture par l'assurance maladie obligatoire au regard des droits du bénéficiaire de soins et de la réglementation.

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

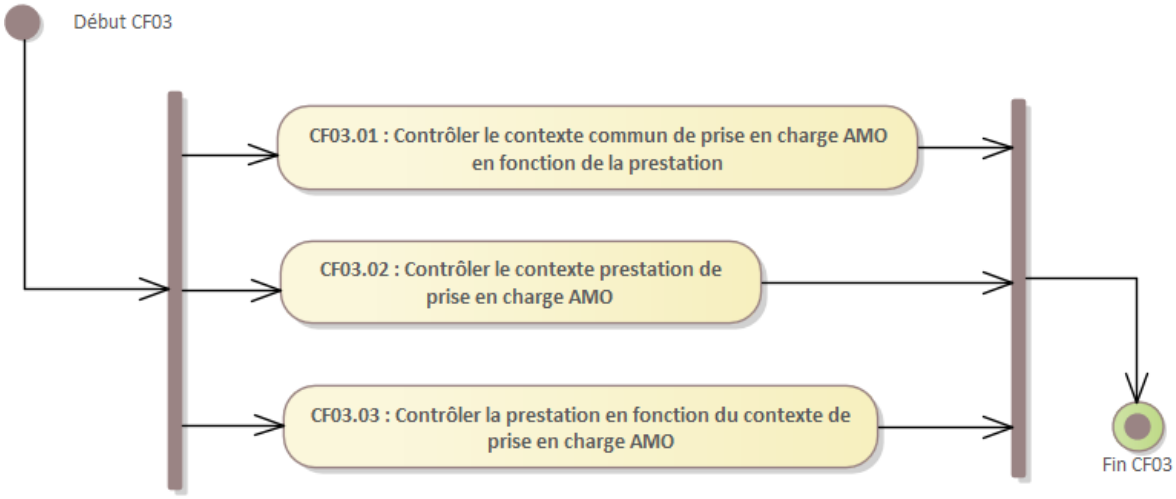


Figure 12 : [SC_CF03] Enchaînement de CF03 : " Contrôler les données de contexte AMO et les données de la prestation "

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="7">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

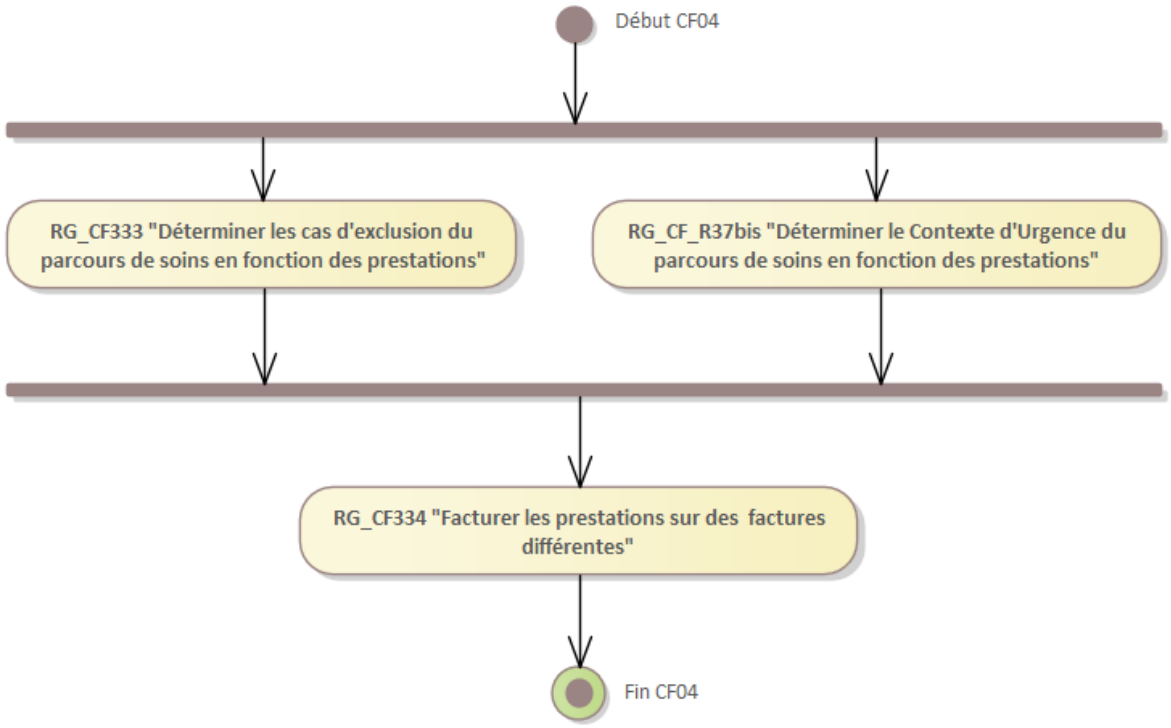


Figure **13** : **[SC_CF04]** Enchaînement de CF04 : " **Finaliser le contexte commun de prise en charge AMO** "

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

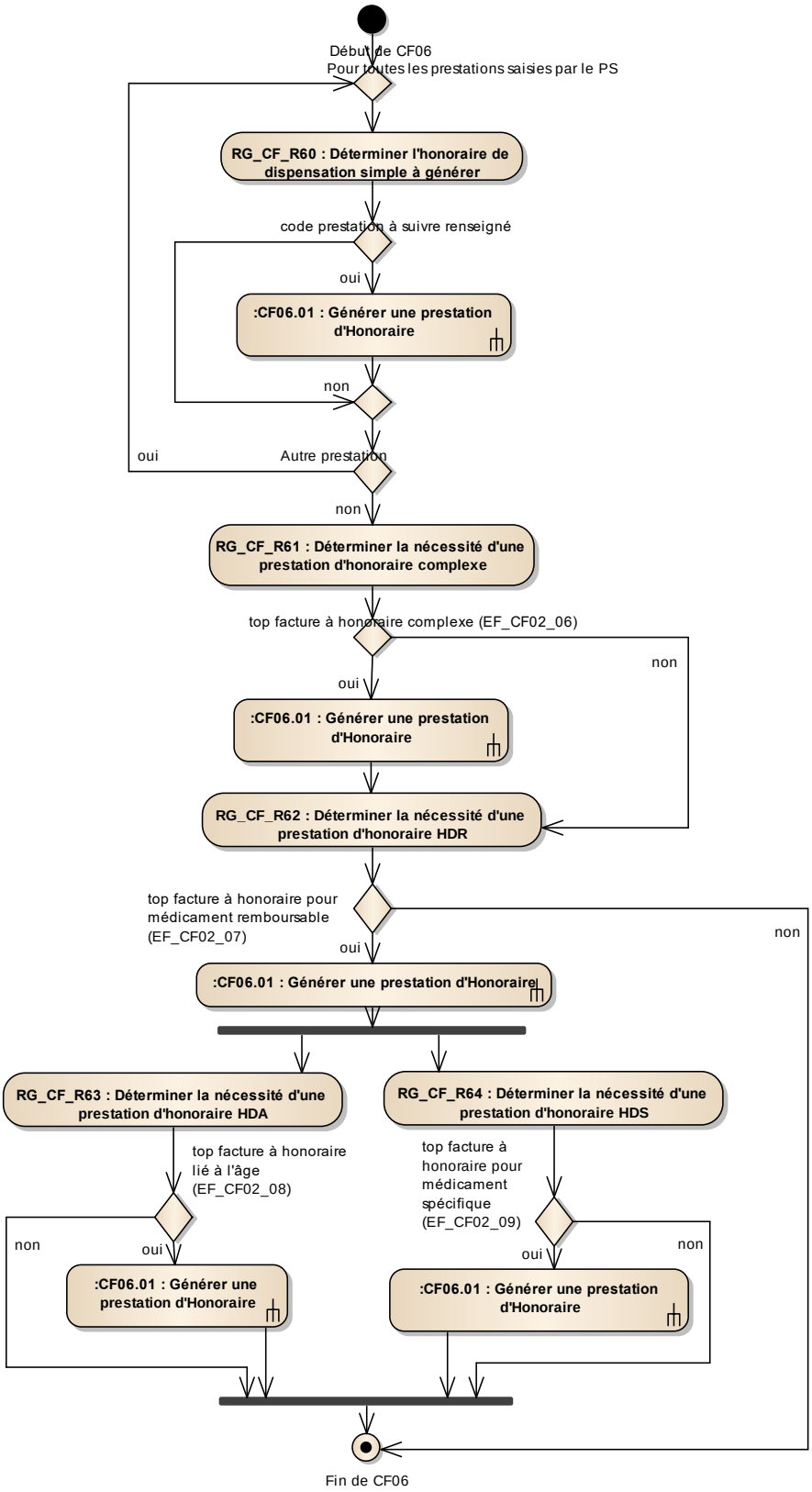


Figure 14 : [SC_CF06] Enchaînement de CF06 : " Générer les prestations LPS "

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			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

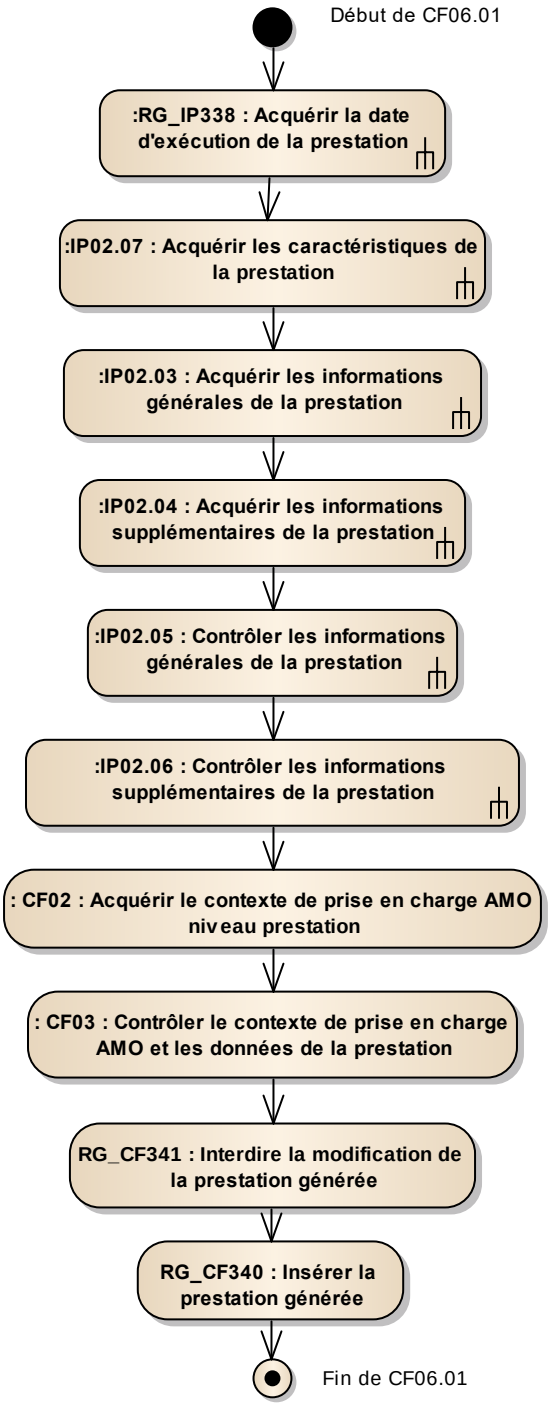


Figure 15 : [SC_CF06.01] Enchaînement de CF06.01 : " Générer une prestation d'honoraire "

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

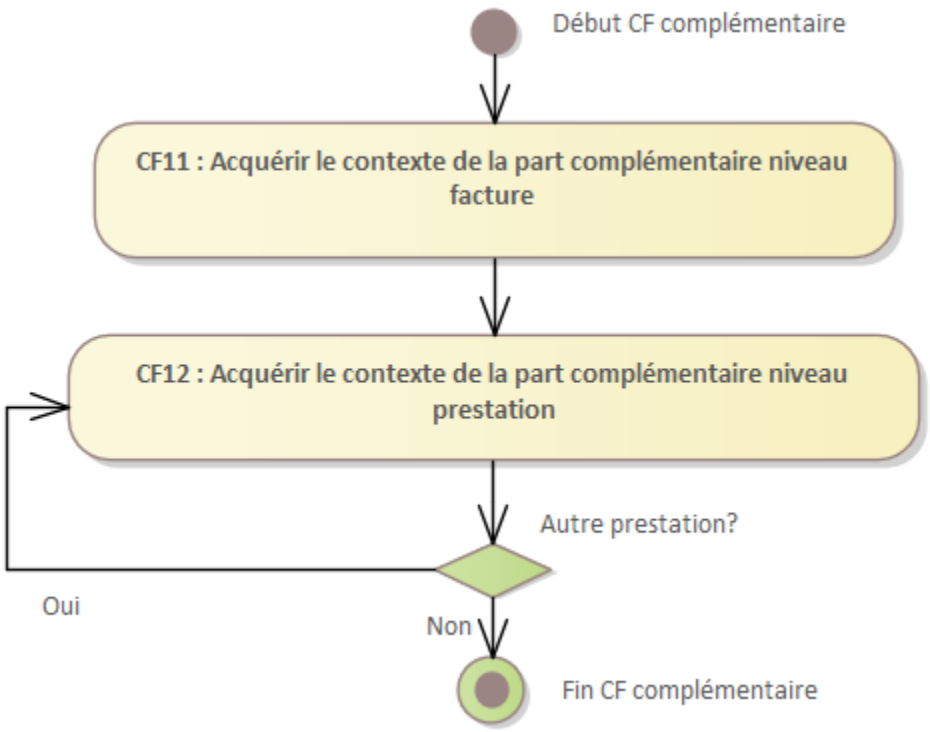


Figure 16 : [SC_CF-AMC] Enchaînement des opérations de CF-Complémentaire : "Acquérir le contexte de facturation de la part complémentaire"

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

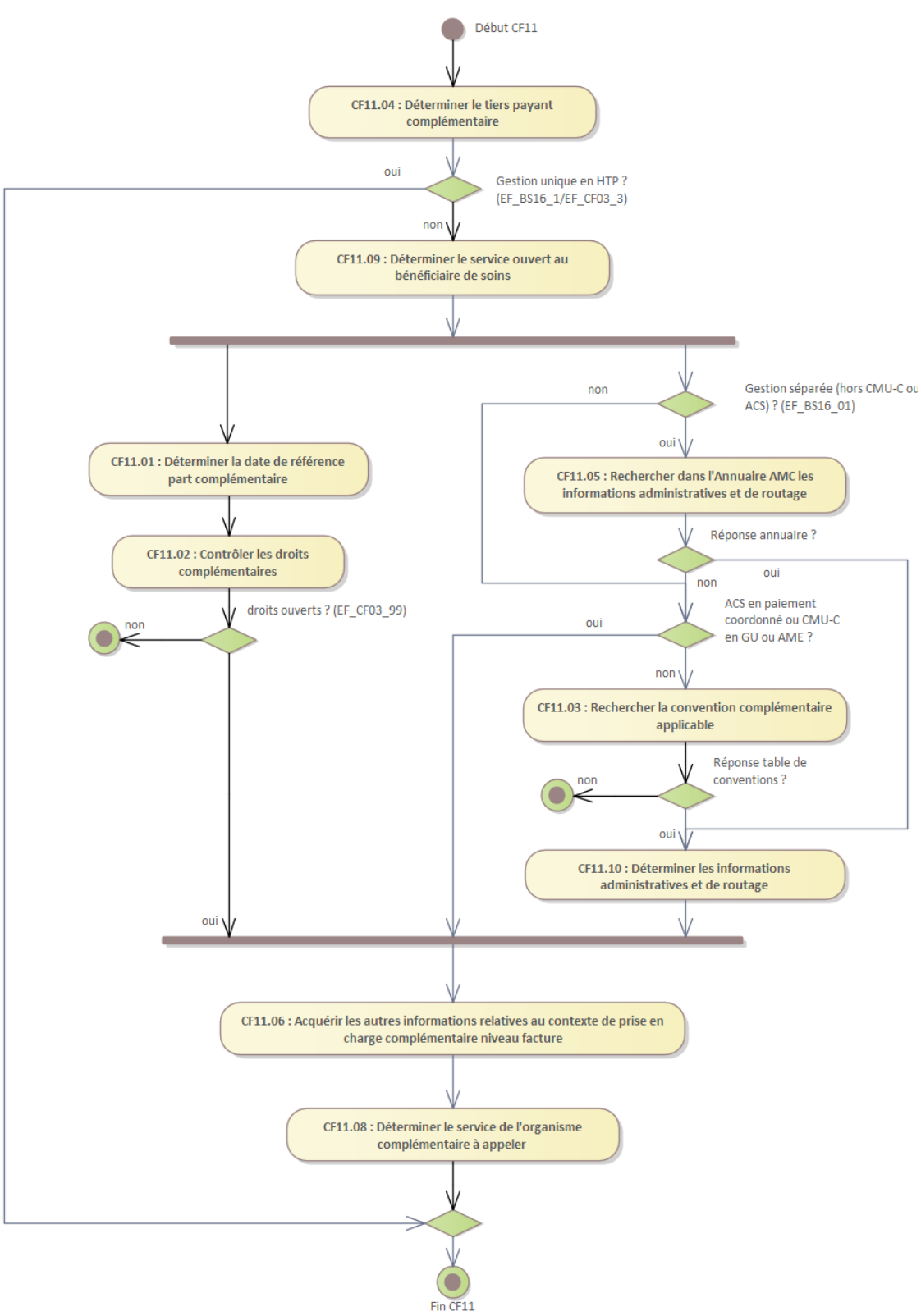


Figure 17 : [SC_CF11] Enchaînement des tâches de l'opération CF11 « Acquérir le contexte de la part complémentaire niveau facture »

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	Tous		RG_CF380
	Auxiliaires médicaux	Traitements en série		

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

	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

[RG_CF361] Contrôler l'ouverture des droits complémentaires (EF_CF03_99)

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

[CP1] Droits issus d'un fichier patient (indépendamment de la présence ou pas de la carte Vitale ou d'une attestation)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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 ».

[CP2] Droits issus du service ADRi

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

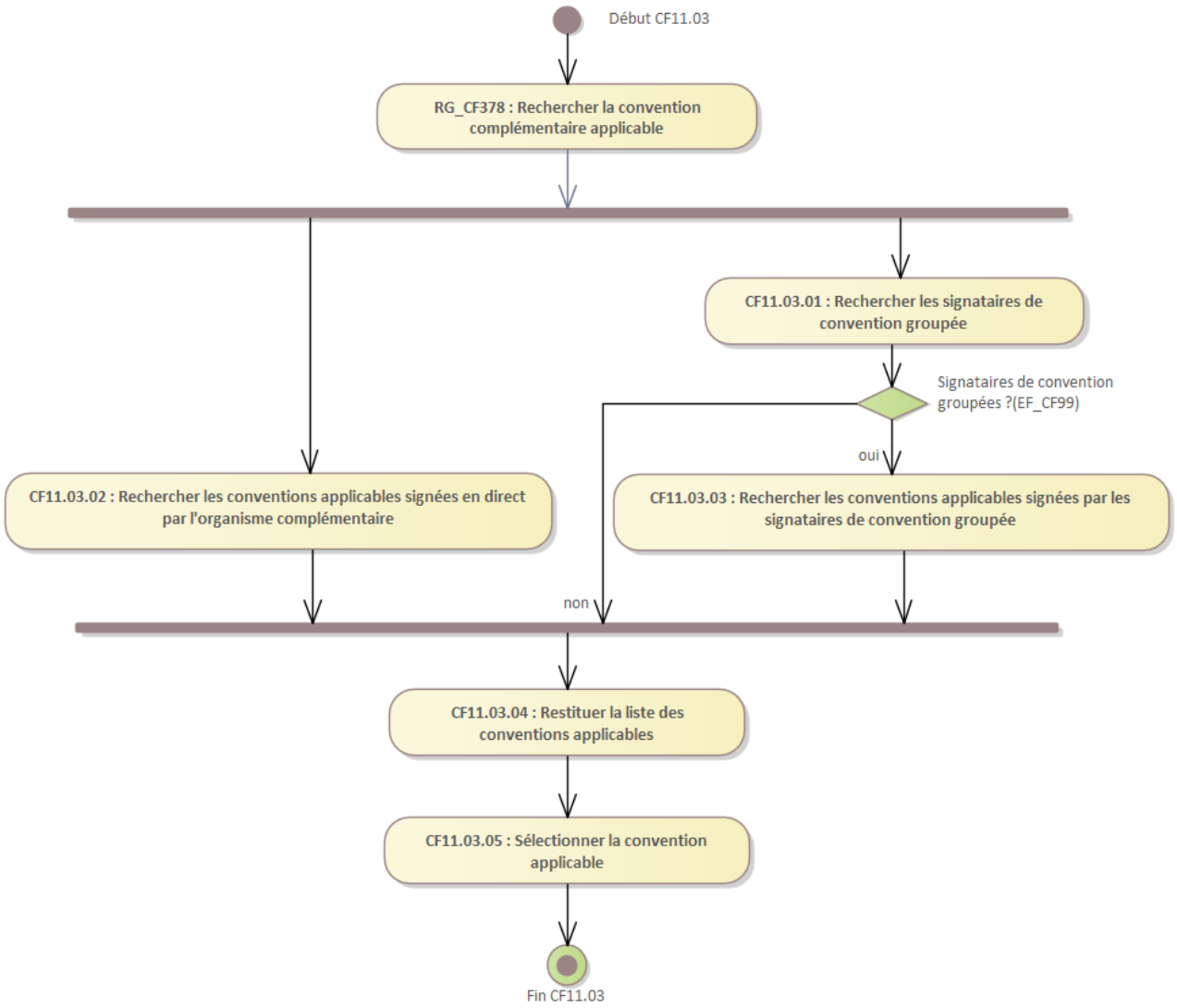


Figure 18 : [SC_CF11.03] Enchaînement de la tâche CF11.03 « Rechercher la convention applicable »

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

	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

[RG_CF363] Rechercher les signataires de conventions groupées en gestion unique

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

	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

[RG_CF364] Restituer la liste des signataires de conventions groupées (EF_CF99)

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

	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

[RG_CF366] Rechercher les conventions signées en direct en gestion unique

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 » (liste des conventions applicables signées par des signataires)	EF_CF97

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 » (liste des conventions applicables signées en direct) — EF_CF96
« Signataire de convention groupée » (liste des conventions applicables signées par des signataires) — EF_CF97

Sorties
« Convention » (liste des conventions applicables) — EF_CF98

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

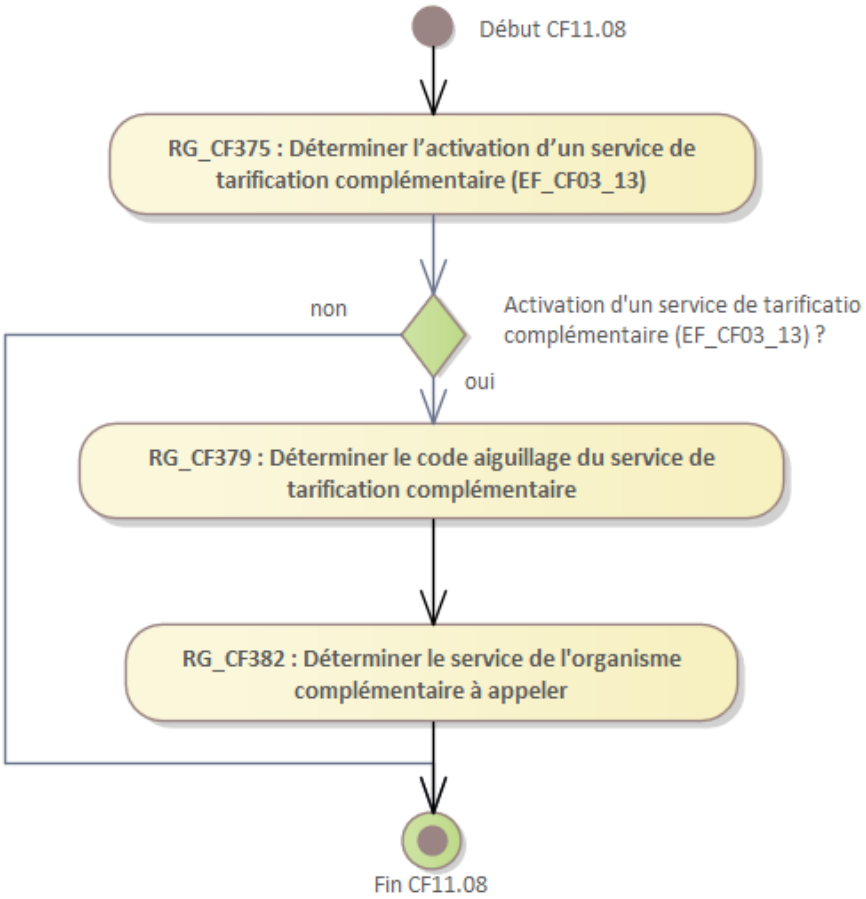


Figure 19 : [SC_CF11.08] Enchaînement de CF11.08 « Déterminer le service de tarification complémentaire à appeler »

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

	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

[RG_CF409] Contrôler le choix de tiers payant avec le service ouvert au bénéficiaire de soins

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

	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

[RG_CF_R25.2] [SP11] Contrôler l'acceptation de FSE au risque AT par l'organisme gestionnaire de l'AT

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

	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

[RG_CF_R37] [SP11] Déterminer les cas d'exclusion du parcours de soins

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.

	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

[RG_CF_R37ter] [SP11] Contrôler la situation du parcours de soins (EF_CF13_02)

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.

	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

[RG_CF_R38] [SP11] Contrôler la Compatibilité de l'« Accès direct spécifique »

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

	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					
[RG_CF_RC8] [SP11] Contrôler la Nature d'assurance (EF_CF02_02) pour une prestation CCAM (EF_IP05_02)								

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

	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					
[RG_CF_R3] [SP11] Contrôler la nature d'assurance (EF_CF02_02) pour une prestation non CCAM (EF_IP05_02)								

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

	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					
[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)								

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					

<u>Dans le cadre de la gestion séparée :</u>

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).

<u>Dans le cadre de la gestion unique :</u>

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

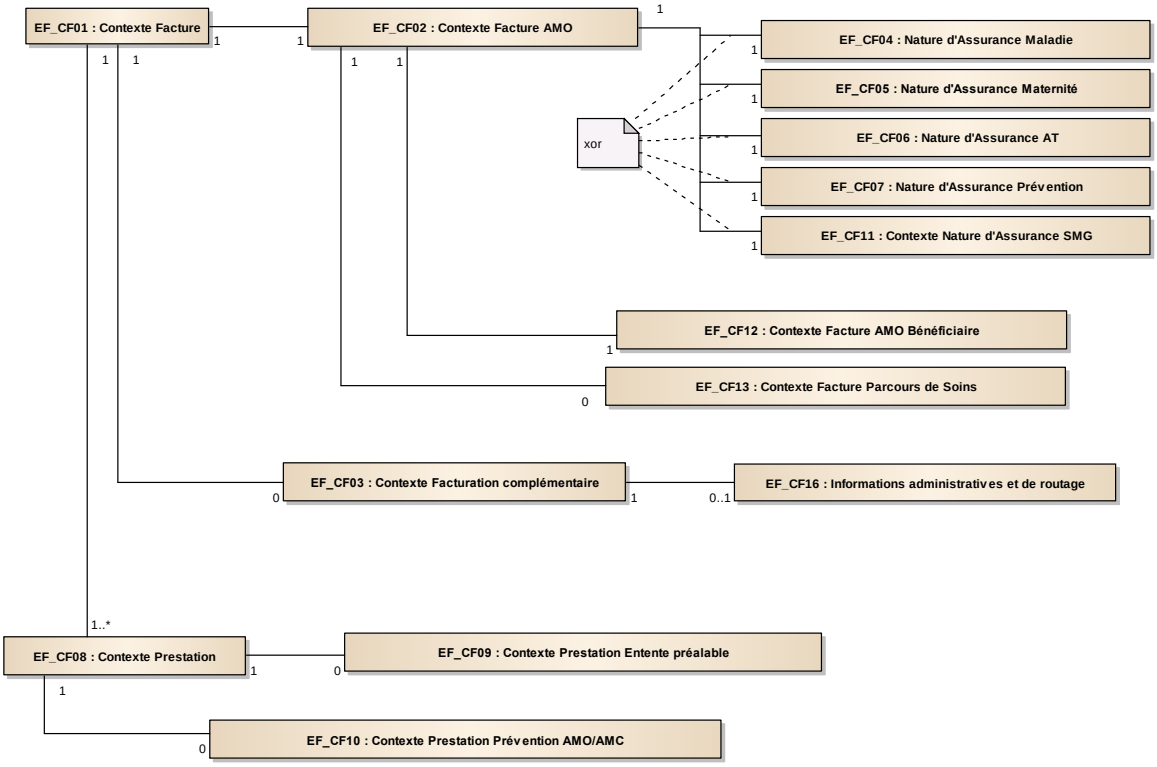


Figure 20 : [DF_CF] Modèle de données de la fonctionnalité CF-Contexte Facture

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) ».

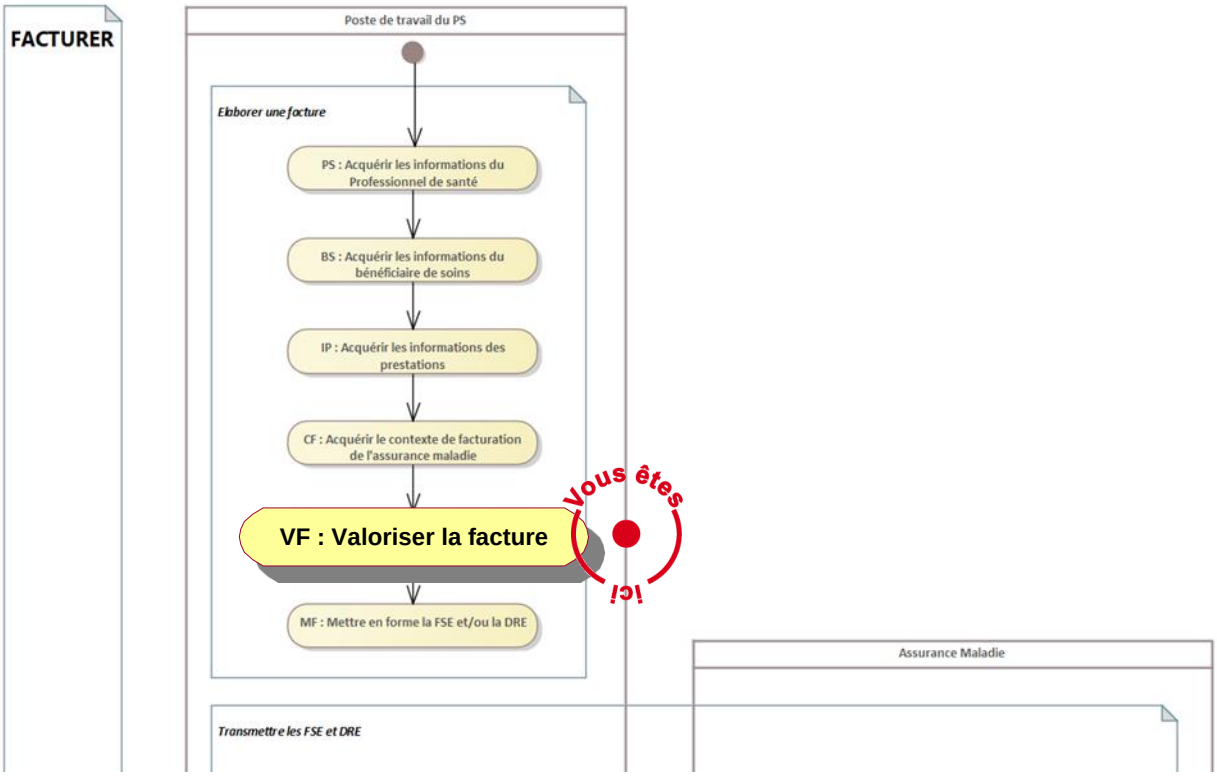


Figure 1 : [VF] Périmètre de « Valoriser la facture »

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

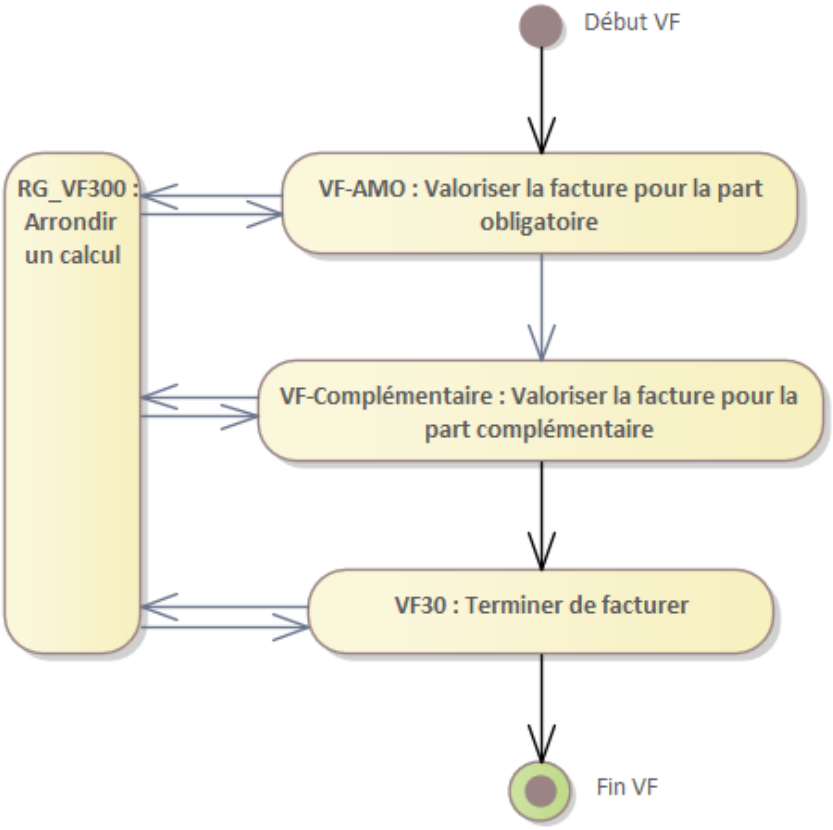


Figure 2 : [SC_VF] Opérations de la fonctionnalité VF : « Valoriser la facture »

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

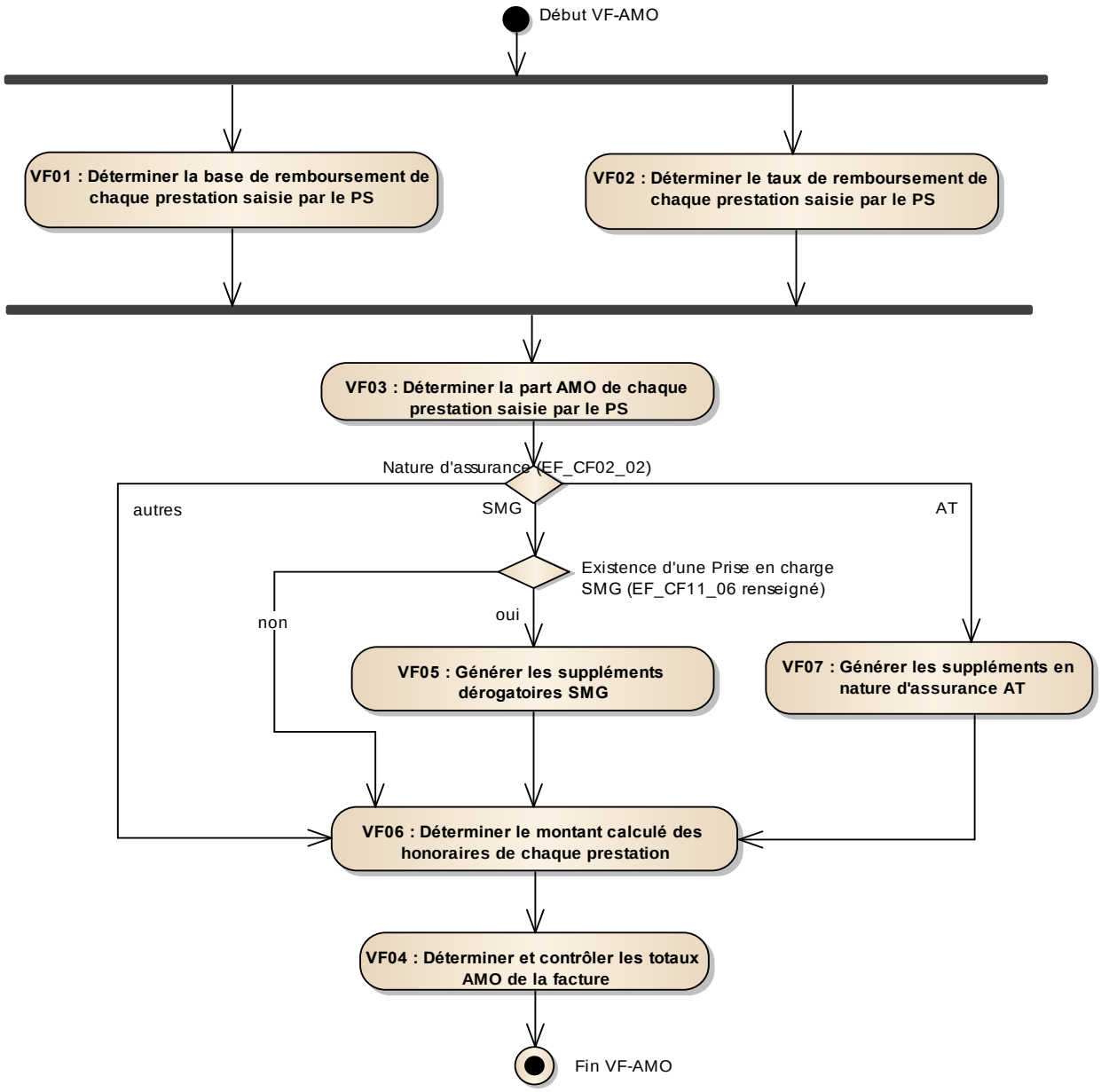


Figure 3 : [SC_VF-AMO] **Enchaînement des opérations de VF-AMO « Valoriser la facture pour la part obligatoire »**

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.

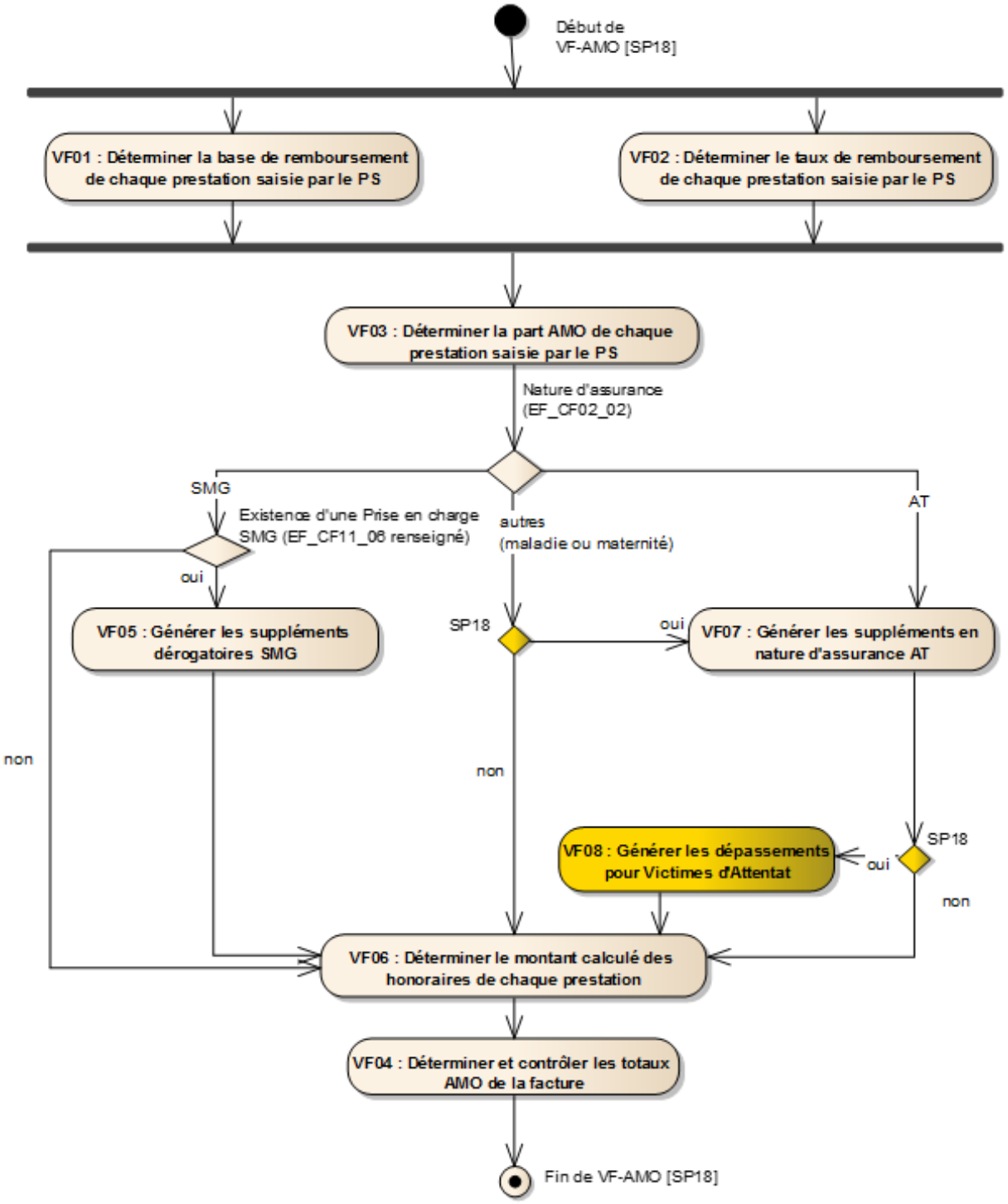


Figure 4 : [SC_VF-AMO][SP18] Enchaînement des opérations de VF-AMO [SP18] « Valoriser la facture pour la part obligatoire en situation Victime d'Attentat »

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

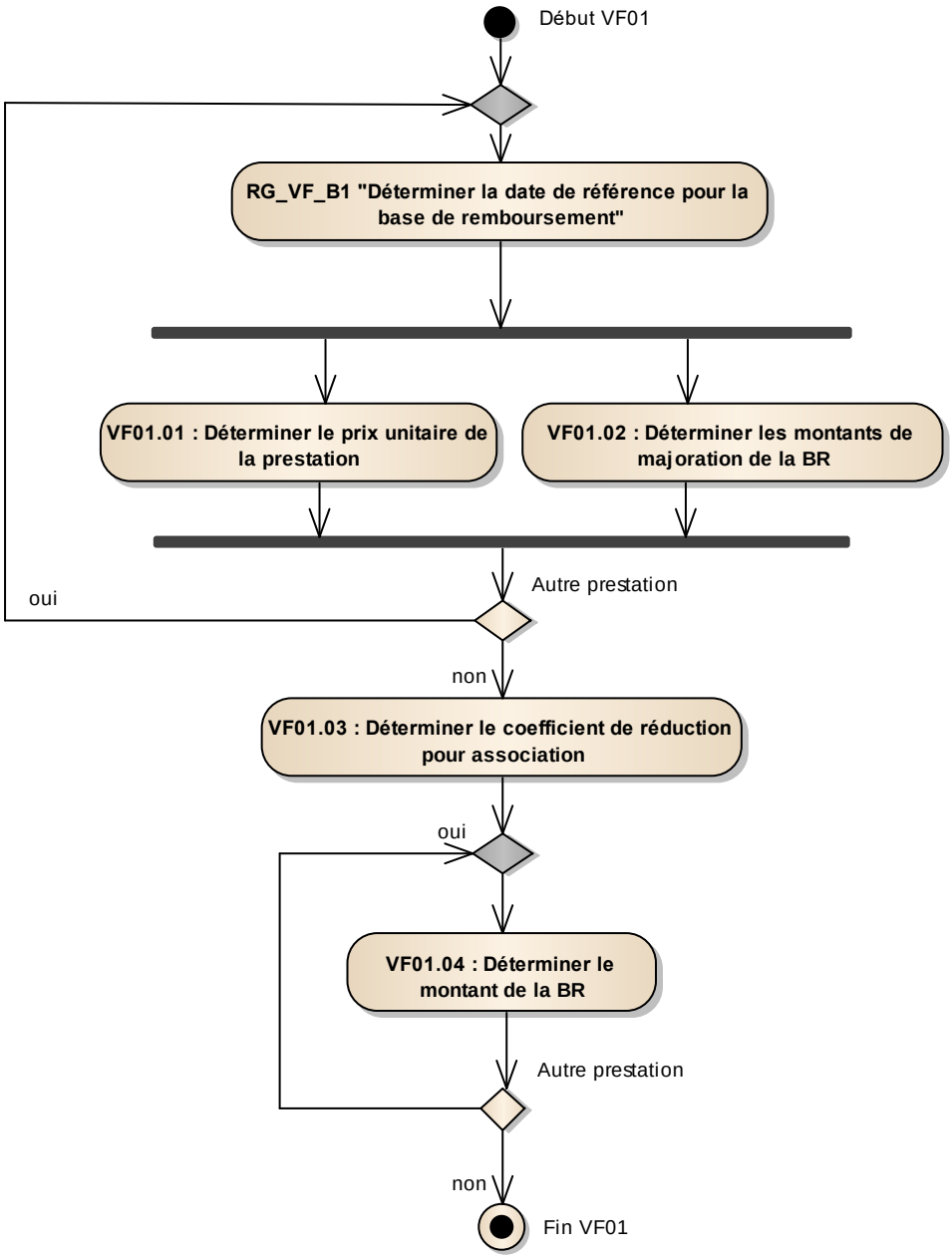


Figure 5 : [SC_VF01] Enchaînement de l'opération VF01 : Déterminer la base de remboursement de la prestation

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

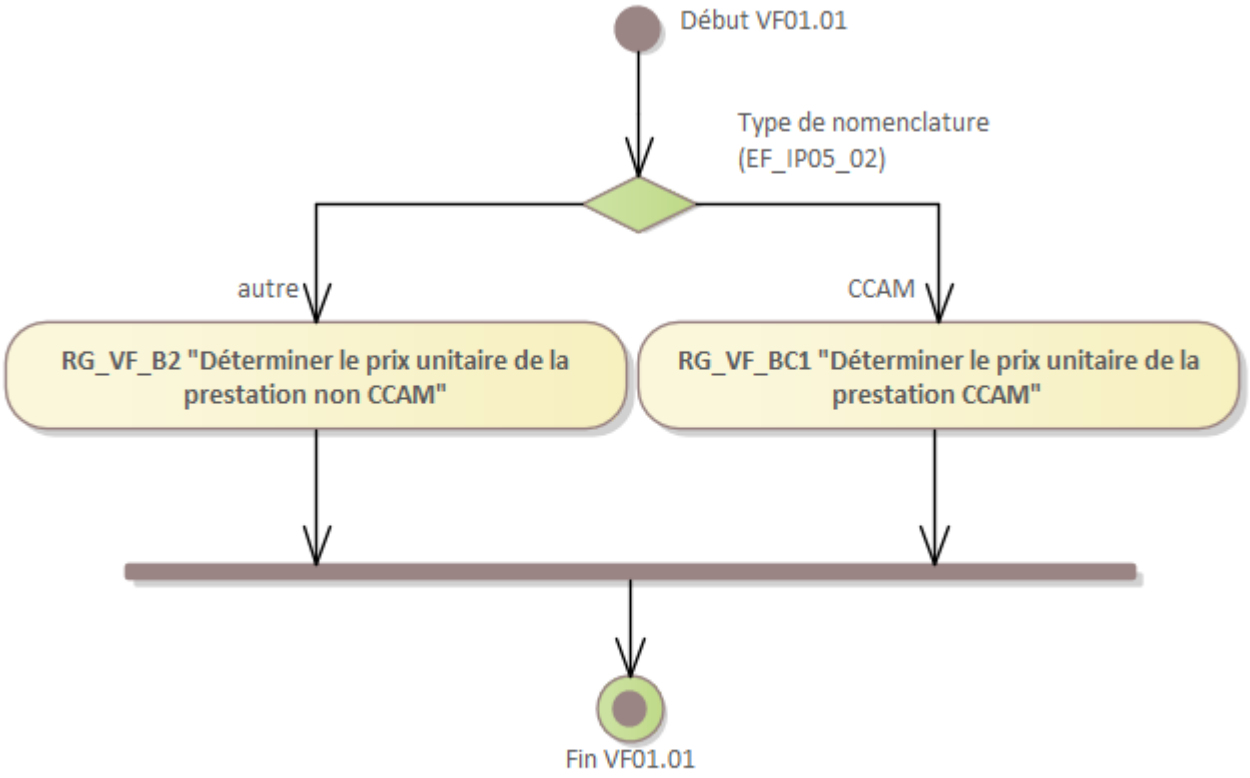


Figure 6 : [SC_VF01.01] Enchaînement des opérations de VF01.01 « Déterminer le Prix unitaire de la prestation »

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.

$$\mathbf{PU_{dépassement} = Montant\ honoraires_{Acte\ support} - MRO_{Acte\ support} - MRO_{ATx}}$$

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

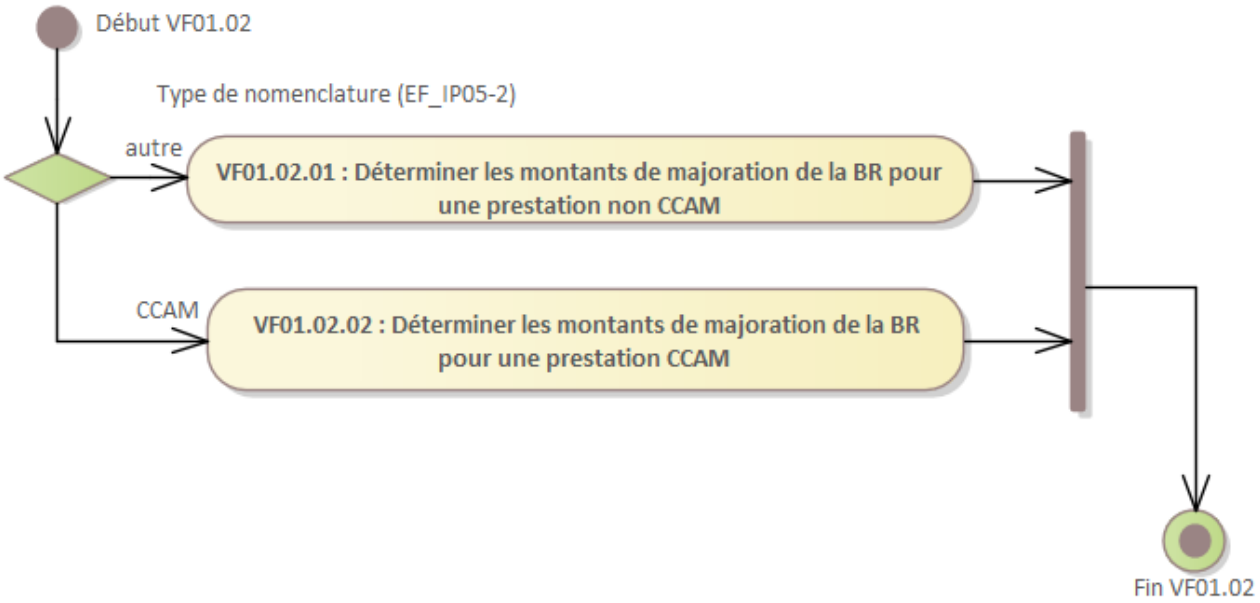


Figure 7 : [SC_VF01.02] Enchaînement des opérations de VF01.02 « Déterminer les montants de majoration de la BR »

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

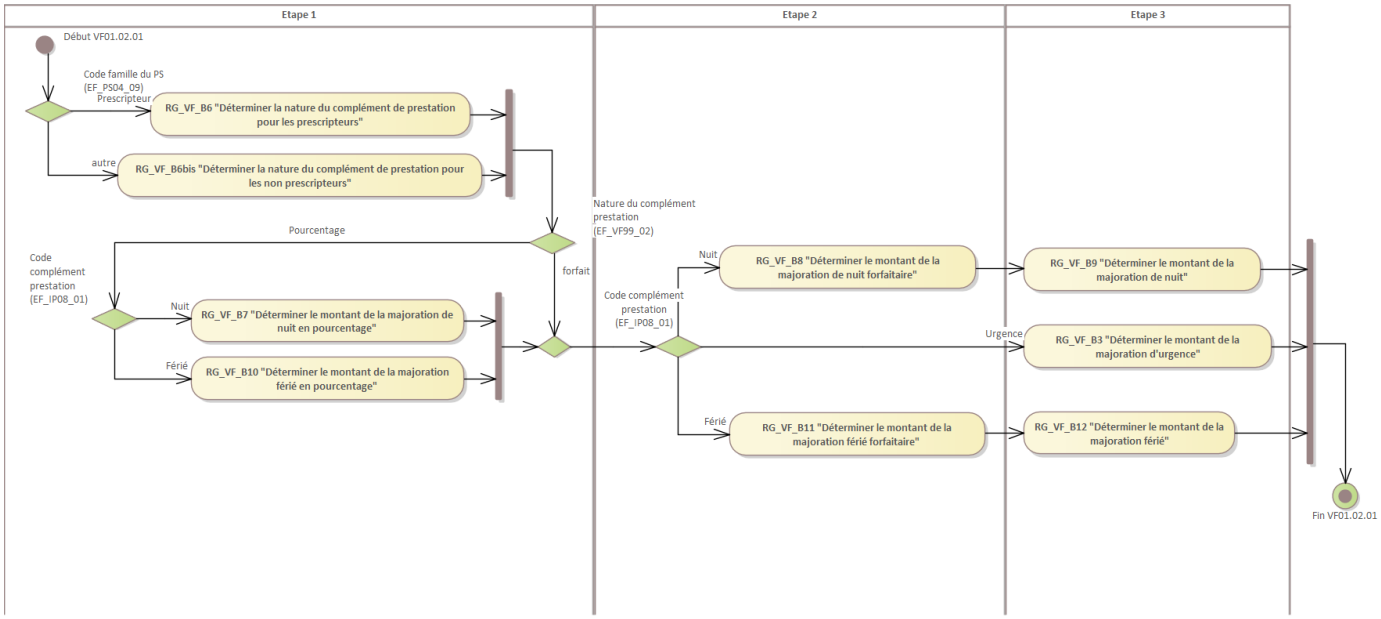


Figure 8 : [SC_VF01.02.01] Enchaînement des opérations de VF01.02.01 « Déterminer les montants de majoration de la BR pour une prestation non CCAM»

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]	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

Déterminer le montant de la majoration de nuit forfaitaire (EF_VF99_03)

➢ ***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]	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

Déterminer le montant de la majoration de nuit (EF_VF99_03)

➢ ***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

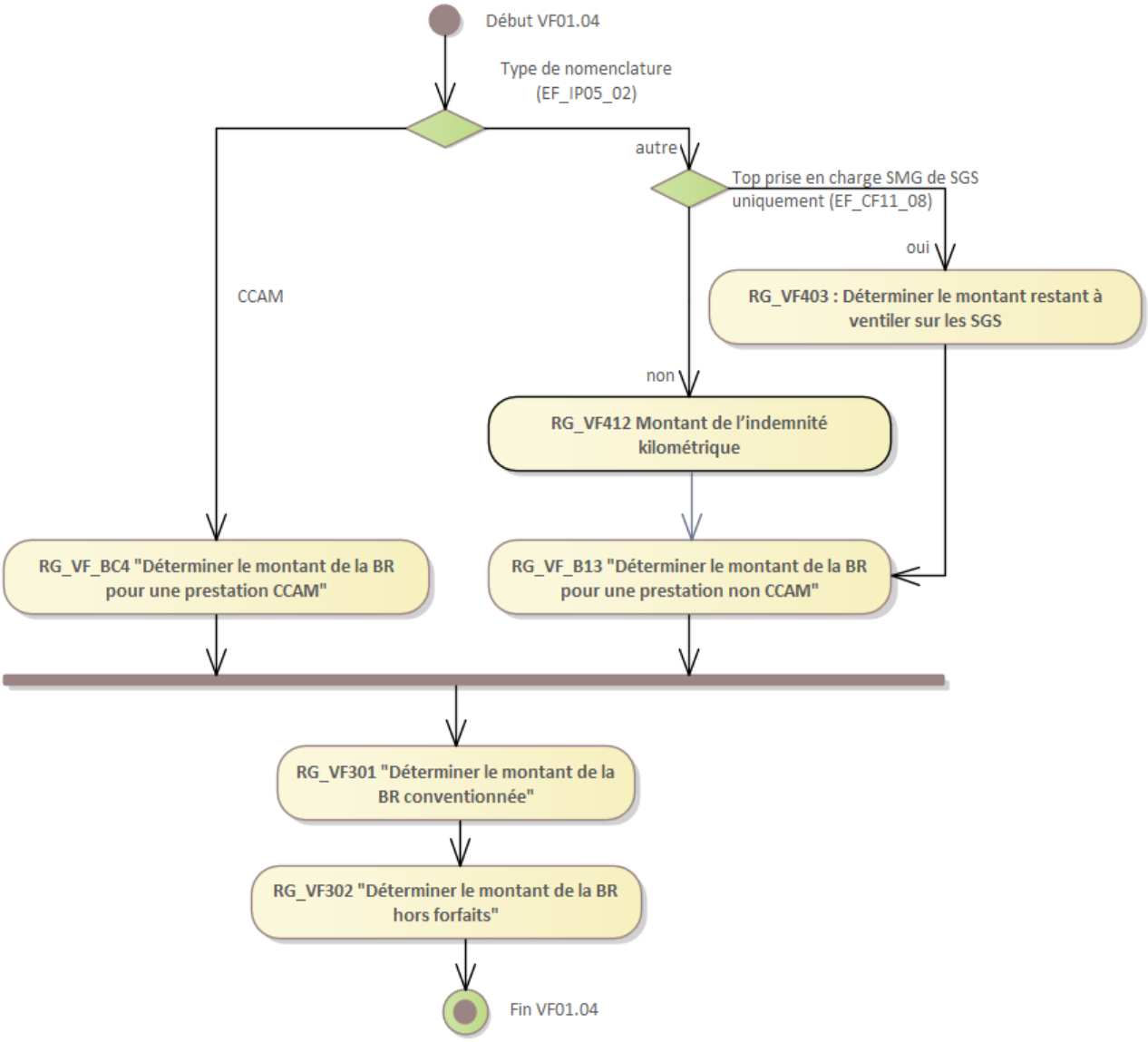


Figure 9 : [SC_VF01.04] Enchaînement des opérations de VF01.04 « Déterminer le montant de la BR »

Règles de gestion

Les règles de gestion concernant cette opération sont regroupées ci-après par thème.

Règles Prestation non CCAM

	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					
[RG_VF403] Déterminer le montant restant à ventiler sur les prestations SGS (EF_VF05_11)								

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

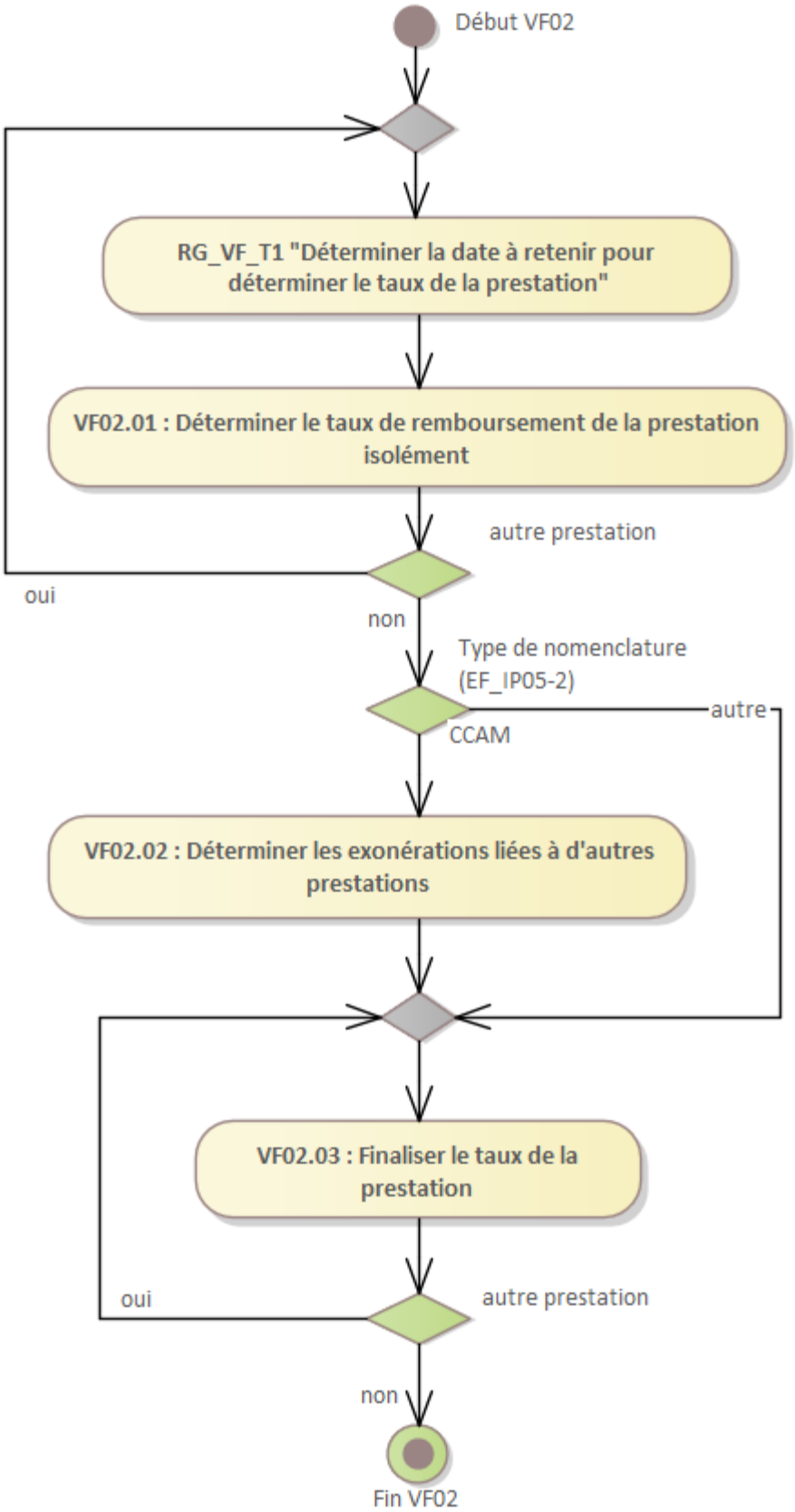


Figure 10 : [SC_VF02] Enchaînement des opérations de VF02 « Déterminer le taux de remboursement de chaque prestation »

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

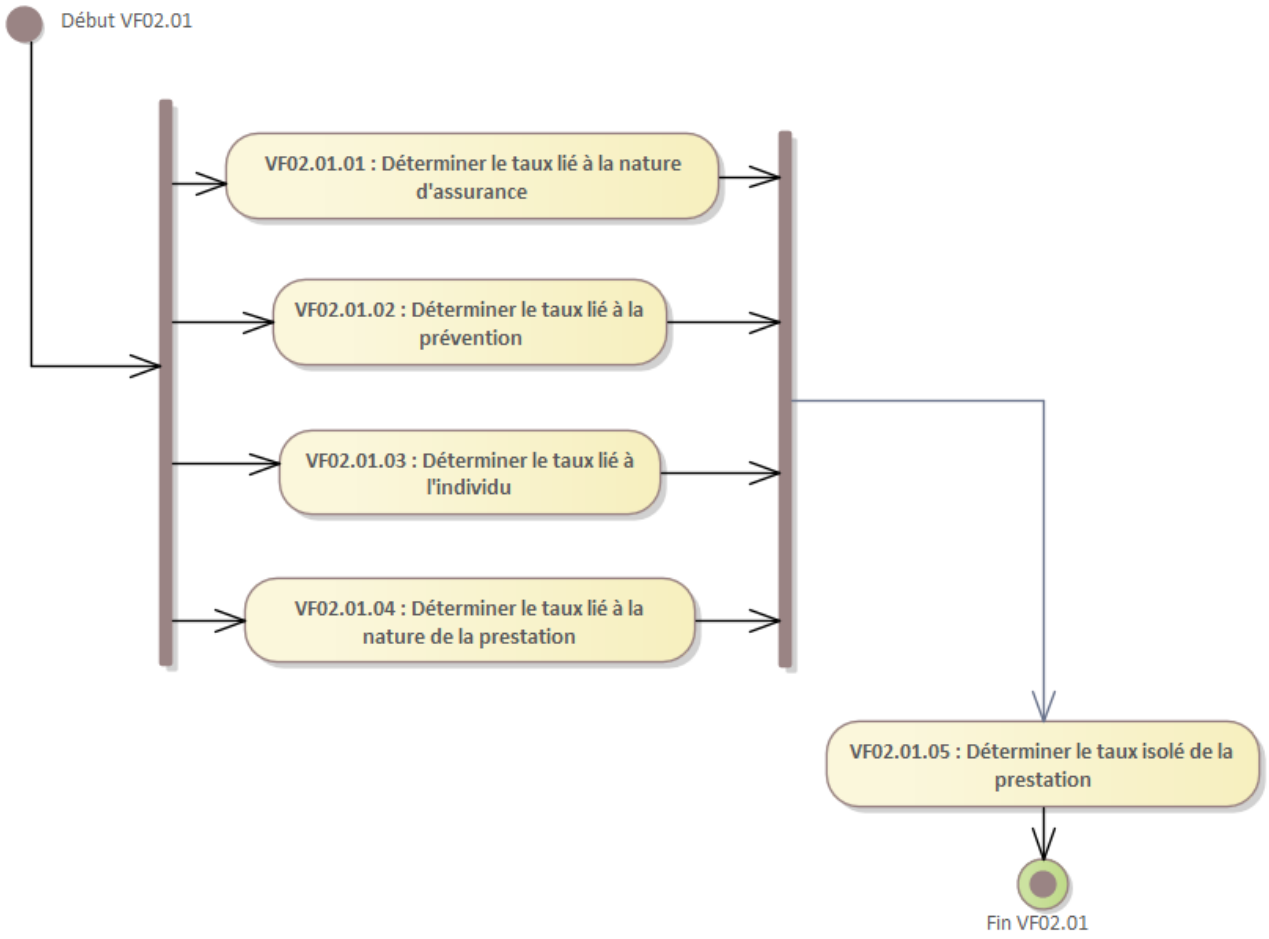


Figure 11 : [SC_VF02.01] Enchaînement des opérations de VF02.01 « le taux de remboursement de la prestation isolément »

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			AM	LB	PH	FR	TR
		M	CD	SF					

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			AM	LB	PH	FR	TR
		M	CD	SF					

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

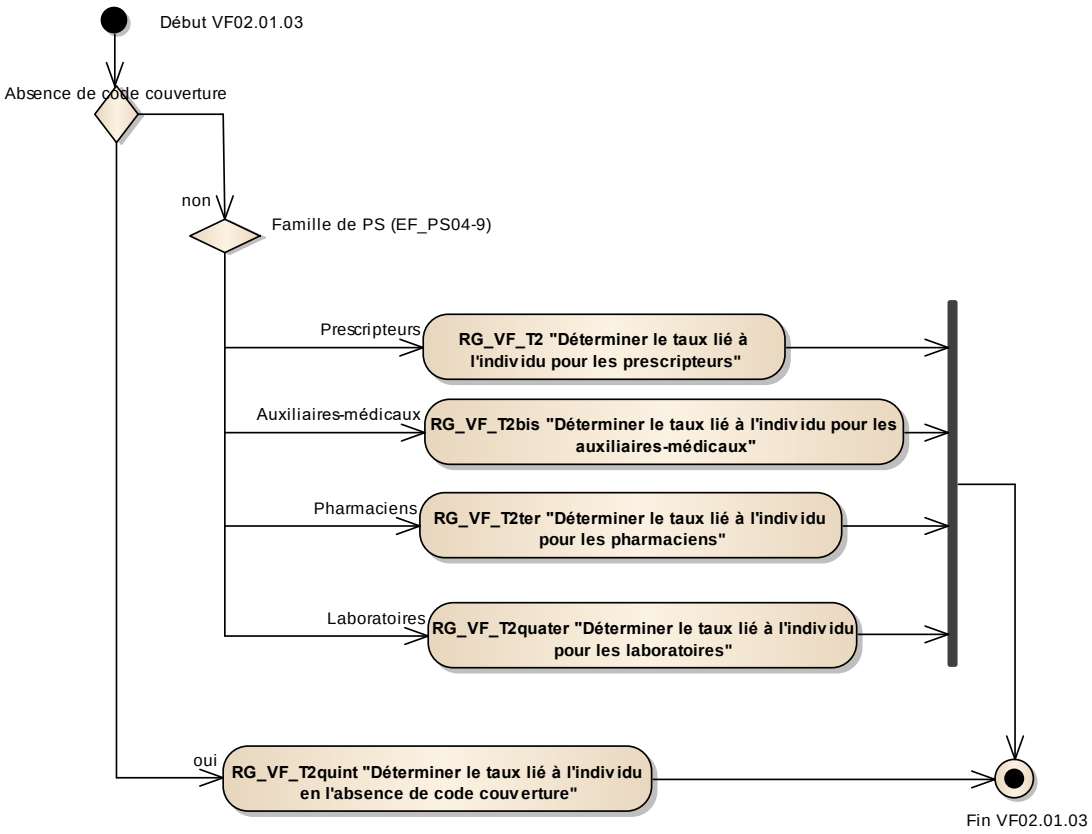


Figure 12 : [SC_VF02.01.03] Enchaînement des opérations de VF02.01.03 « Déterminer le taux de remboursement lié à l'individu»

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

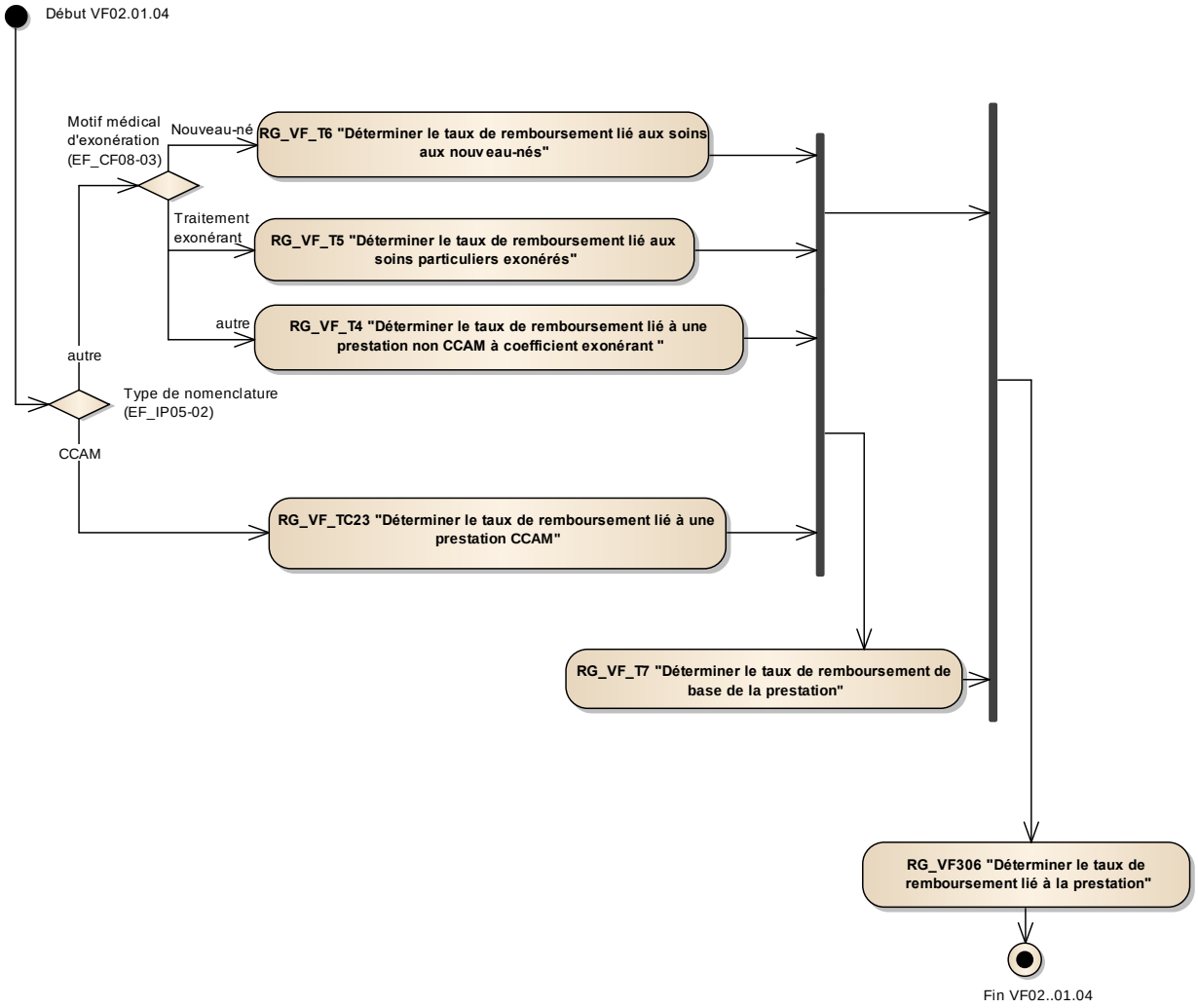


Figure 13 : [SC_VF02.01.04] Enchaînement des opérations de VF02.01.04 « Déterminer le taux de remboursement lié à la nature de la prestation »

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

[RG_VF_T8] Déterminer le taux de remboursement de la prestation isolément (EF_VF98_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

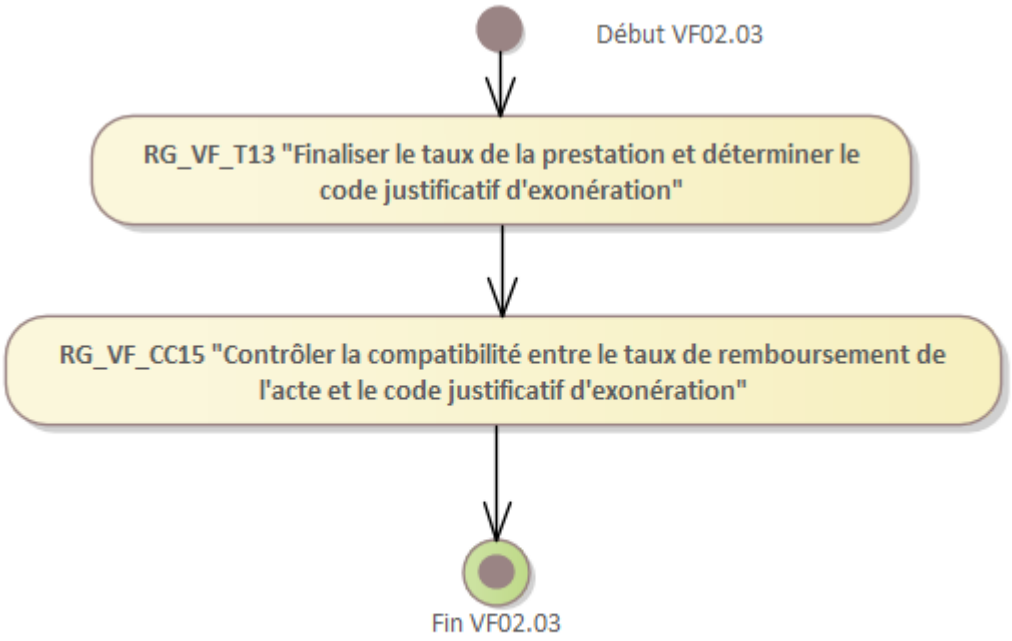


Figure 14 : [SC_VF02.03] Enchaînement des opérations de VF02.03 « Finaliser le taux de remboursement de la prestation »

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

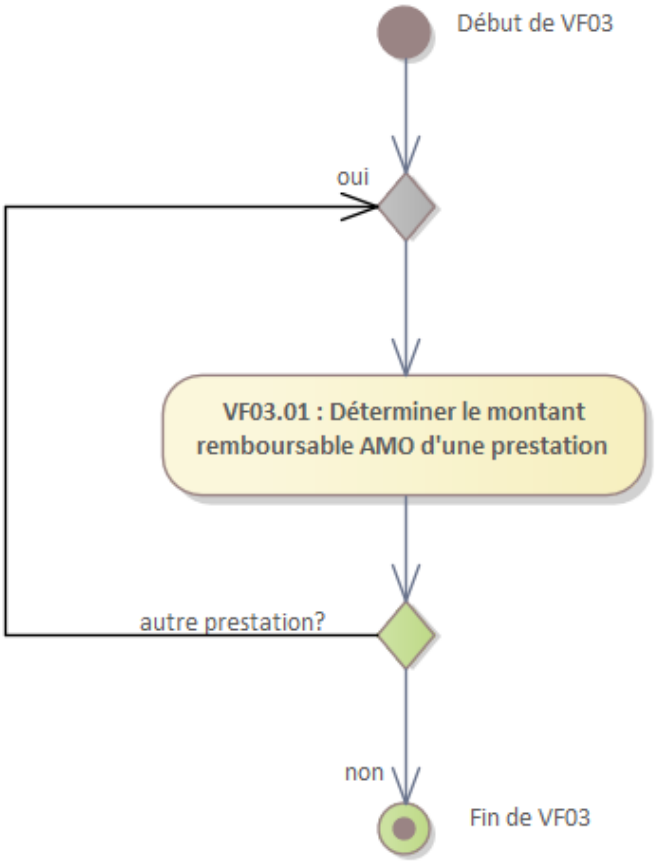


Figure 15 : [SC_VF03] Enchaînement des opérations de VF03 « Déterminer le montant remboursable AMO de chaque prestation»

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

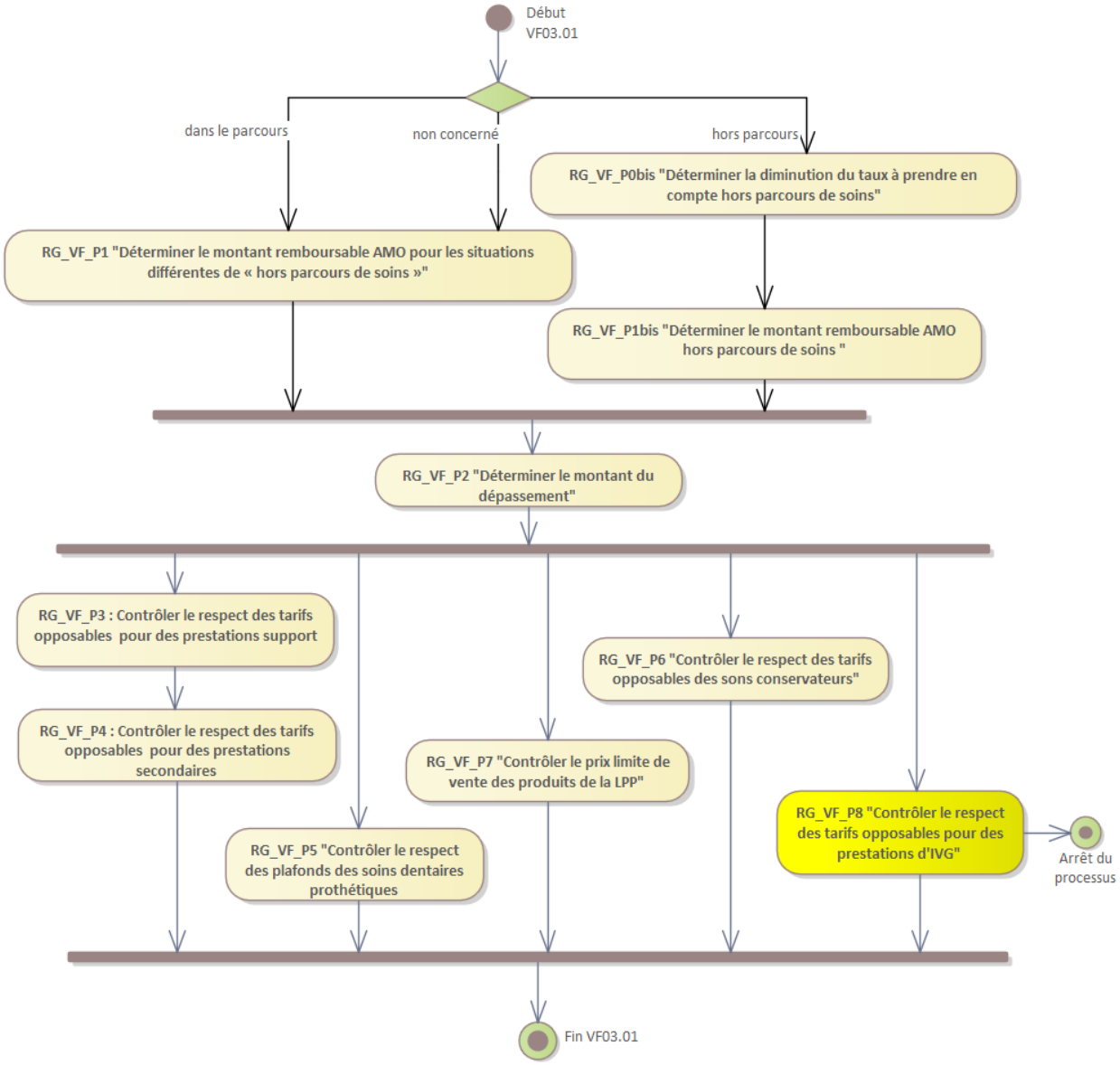


Figure 16 : [SC_VF03.01] Enchaînement des opérations de VF03.01 « Déterminer le montant remboursable AMO d'une prestation»

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 :

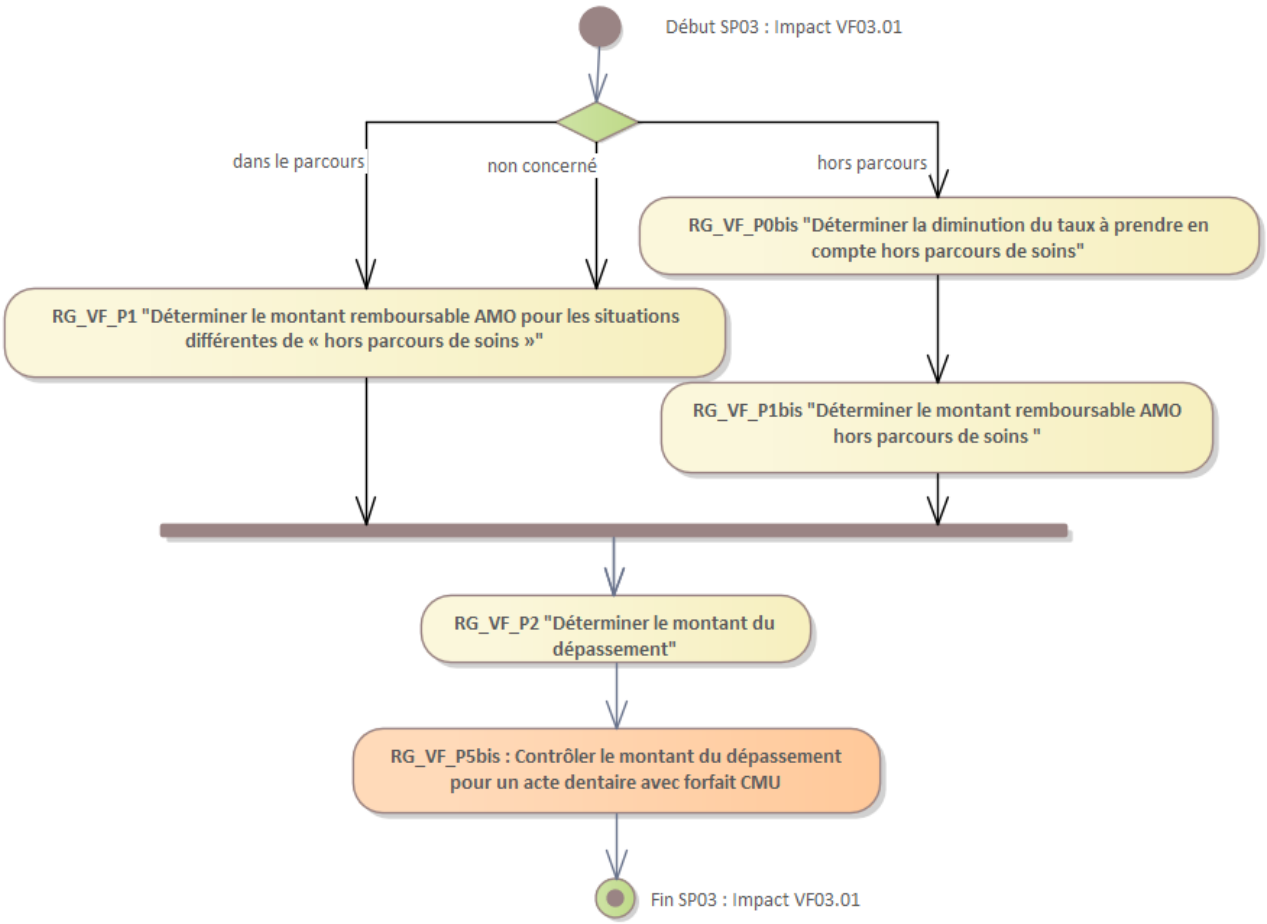


Figure 17 : [SC_VF03.01][SP03.1] Enchaînement des opérations de VF03.01 « Déterminer le montant remboursable AMO d'une prestation » la situation spécifique [SP03.1] Forfaits dentaires CMU-C

☞ 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

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

[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)

- ***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 :***

$$\text{Montant MTM restant à charge de l'assuré} = \text{MIN}\left[(\text{BR} \times \text{Diminution TAUX}), \text{Plafond}\right]$$

- ***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.

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

[RG_VF_P2] Déterminer le montant du dépassement (EF_VF05_08)

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.

		PR			AM	LB	PH	FR	TR
[RG_VF_P8]	***Contrôler le respect des tarifs opposables des prestations d'IVG***	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.

	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

[RG_VF315] Déterminer le montant total de la facture (EF_VF01_03)

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.

	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

[RG_VF410] Contrôler la cohérence entre le total des parts AMO et la prise en charge SMG

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

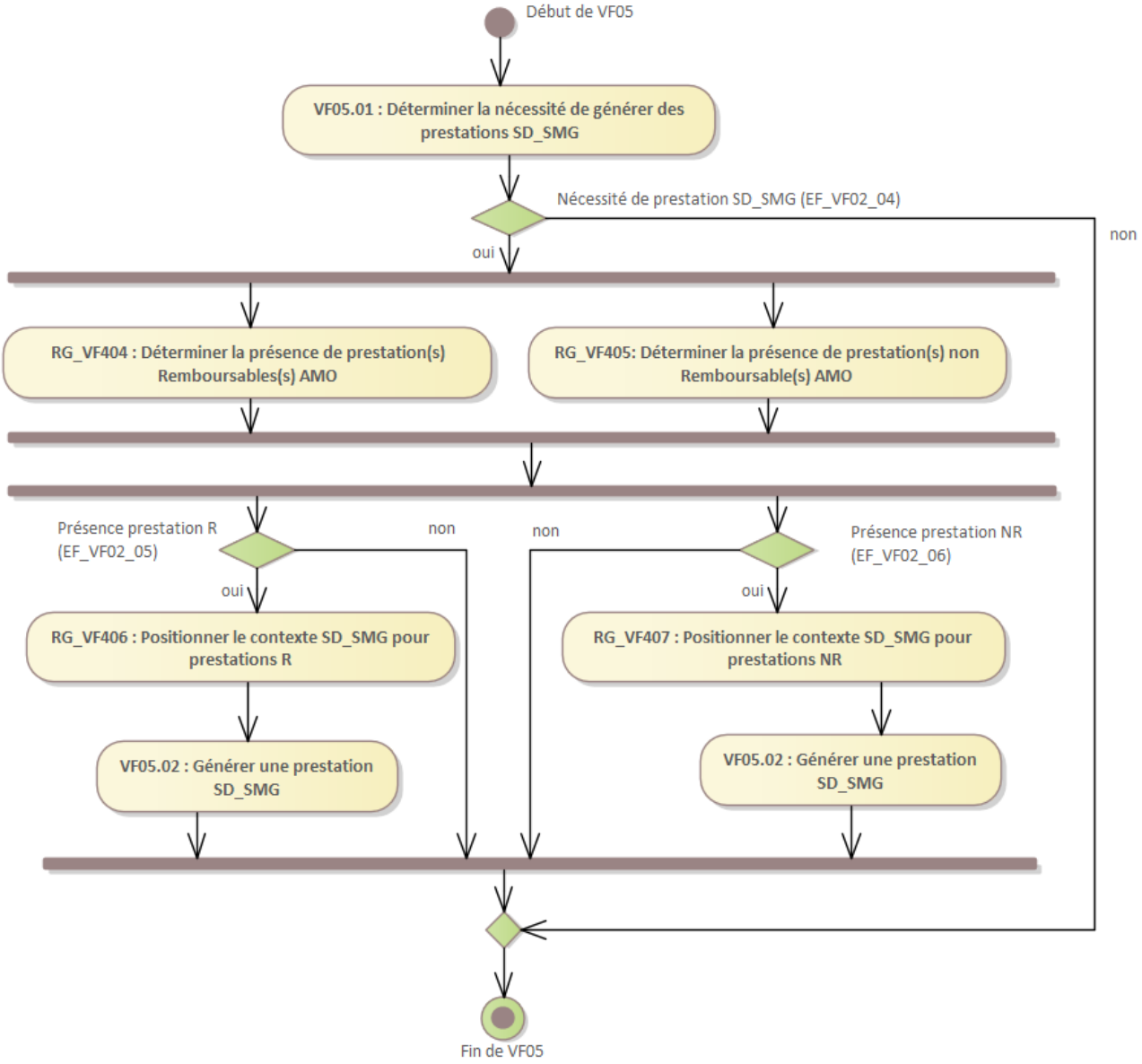


Figure 18 : SC_VF05] Enchaînement des opérations de VF05 « Générer les suppléments dérogatoires SMG »

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

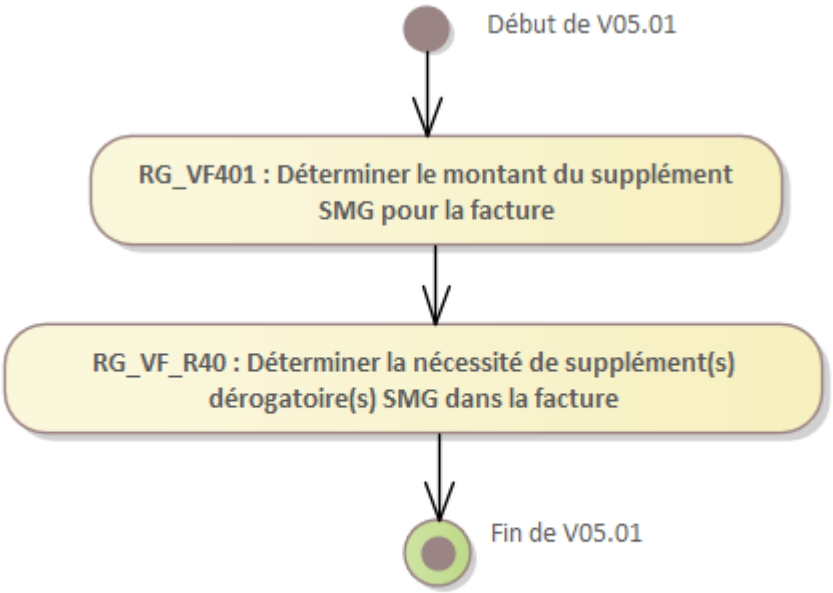


Figure 19 : SC_VF05.01] Enchaînement des opérations de VF05.01 « Déterminer la nécessité de générer des prestations SD_SMG »

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

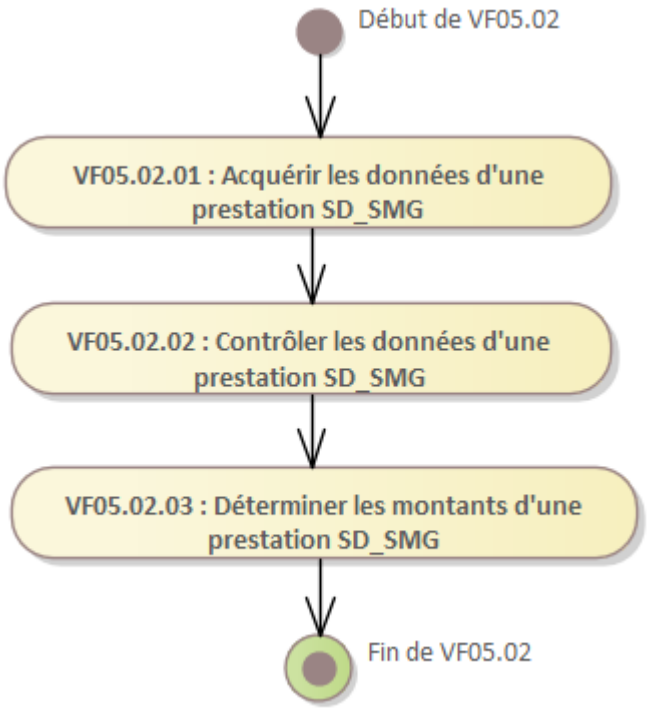


Figure 20 : SC_VF05.02] Enchaînement des opérations de VF05.02 « Déterminer la nécessité de générer des prestations SD_SMG »

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

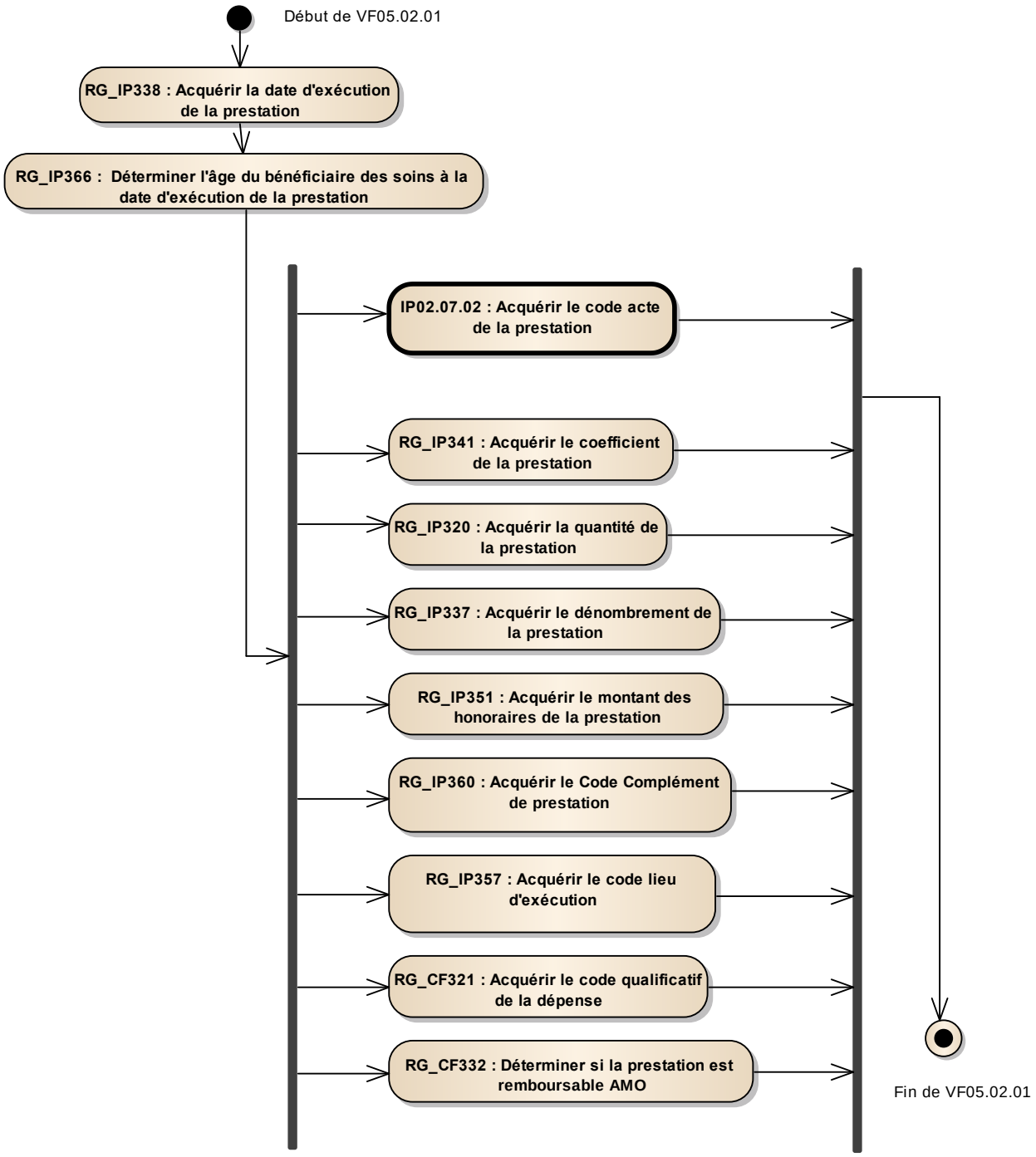


Figure 21 : [SC_VF05.02.01] Enchaînement des opérations de VF05.02.01 « Acquérir les données d'une prestation de type SD_SMG»

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

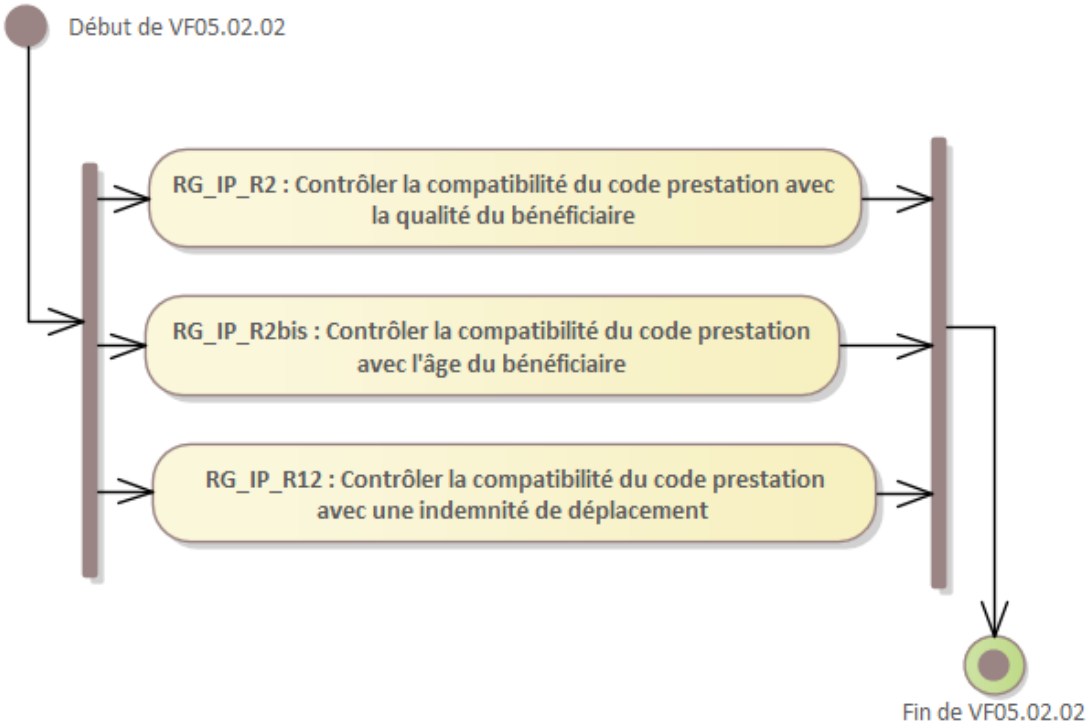


Figure 22 : [SC_VF05.02.02] Enchaînement des opérations de VF05.02.02 « Contrôler les données d'une prestation de type SD_SMG»

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

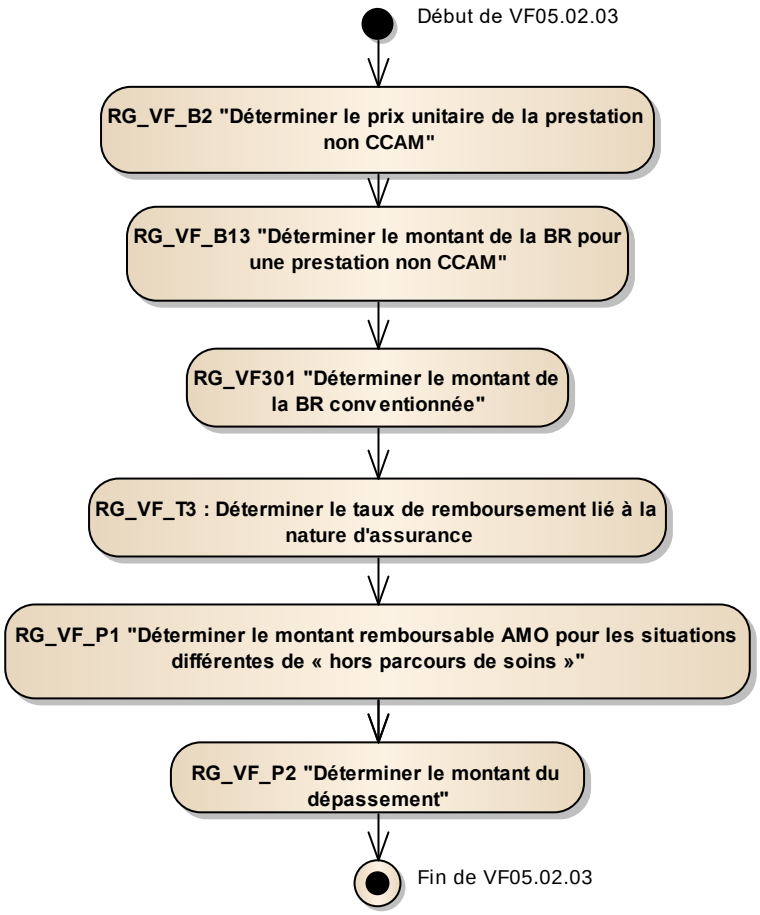


Figure 23 : [SC_VF05.02.03] Enchaînement des opérations de VF05.02.03 « Déterminer les montants d'une prestation de type SD_SMG»

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

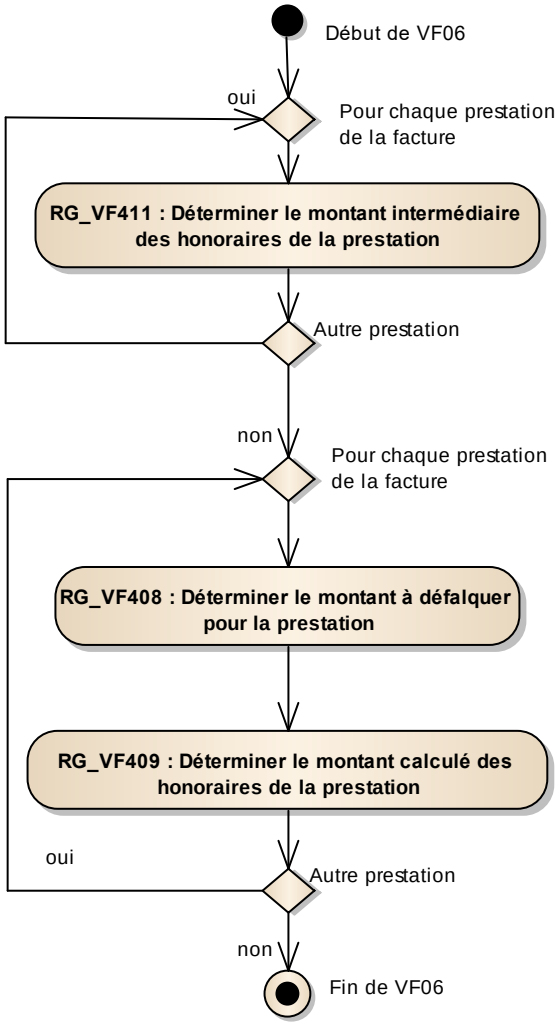


Figure 24 : [SC_VF06] Enchaînement des opérations de VF06 « Recalculer le montant des honoraires de chaque prestation »

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)

Montant à défalquer$_{(1)}$ = Supplément SMG=EF_VF02_03

  - Soit au montant du supplément APIAS, (cas 2)

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.

Montant à défalquer$_{(i)}$ = Montant à défalquer$_{(i-1)}$ – [Montant des honoraires saisi par le 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

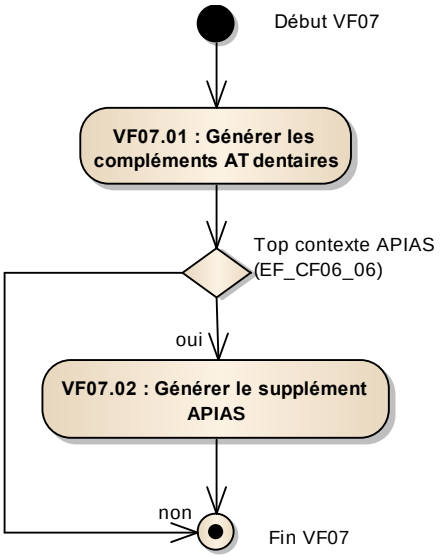


Figure 25 : [SC_VF07] Enchaînement des opérations de VF07 « Générer les suppléments en nature d'assurance AT »

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

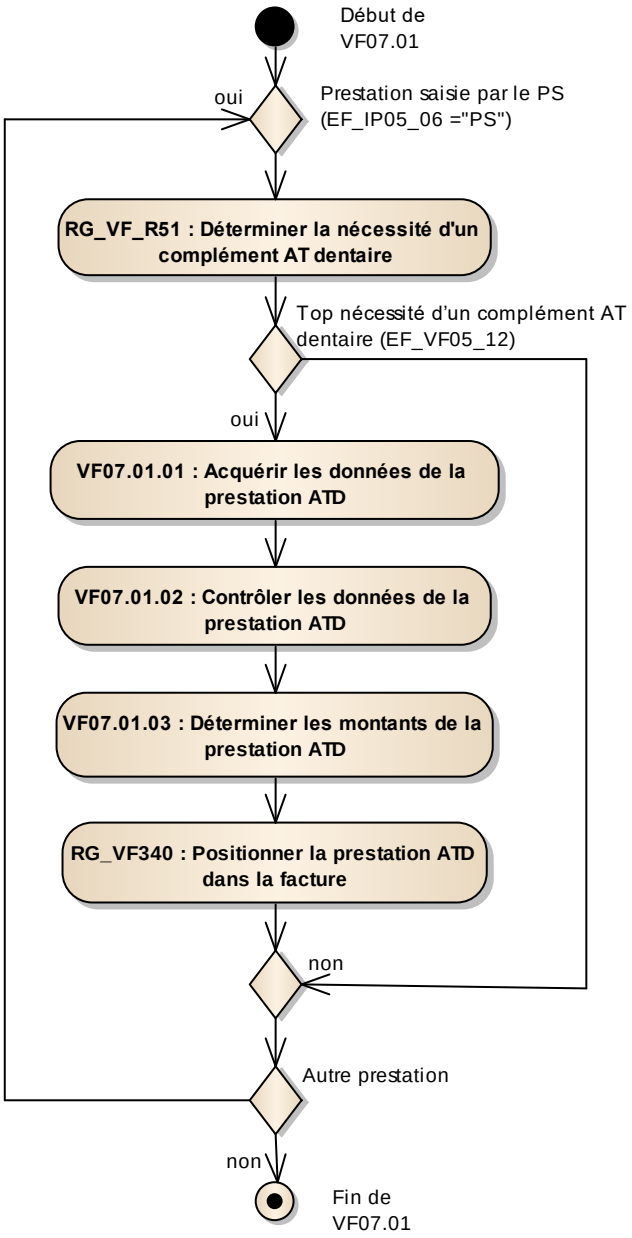


Figure 26 : [SC_VF07.01] Enchaînement des opérations de VF07.01 « Générer les compléments AT dentaires »

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			AM	LB	PH	FR	TR
		M	CD	SF					

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			AM	LB	PH	FR	TR
		M	CD	SF					

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

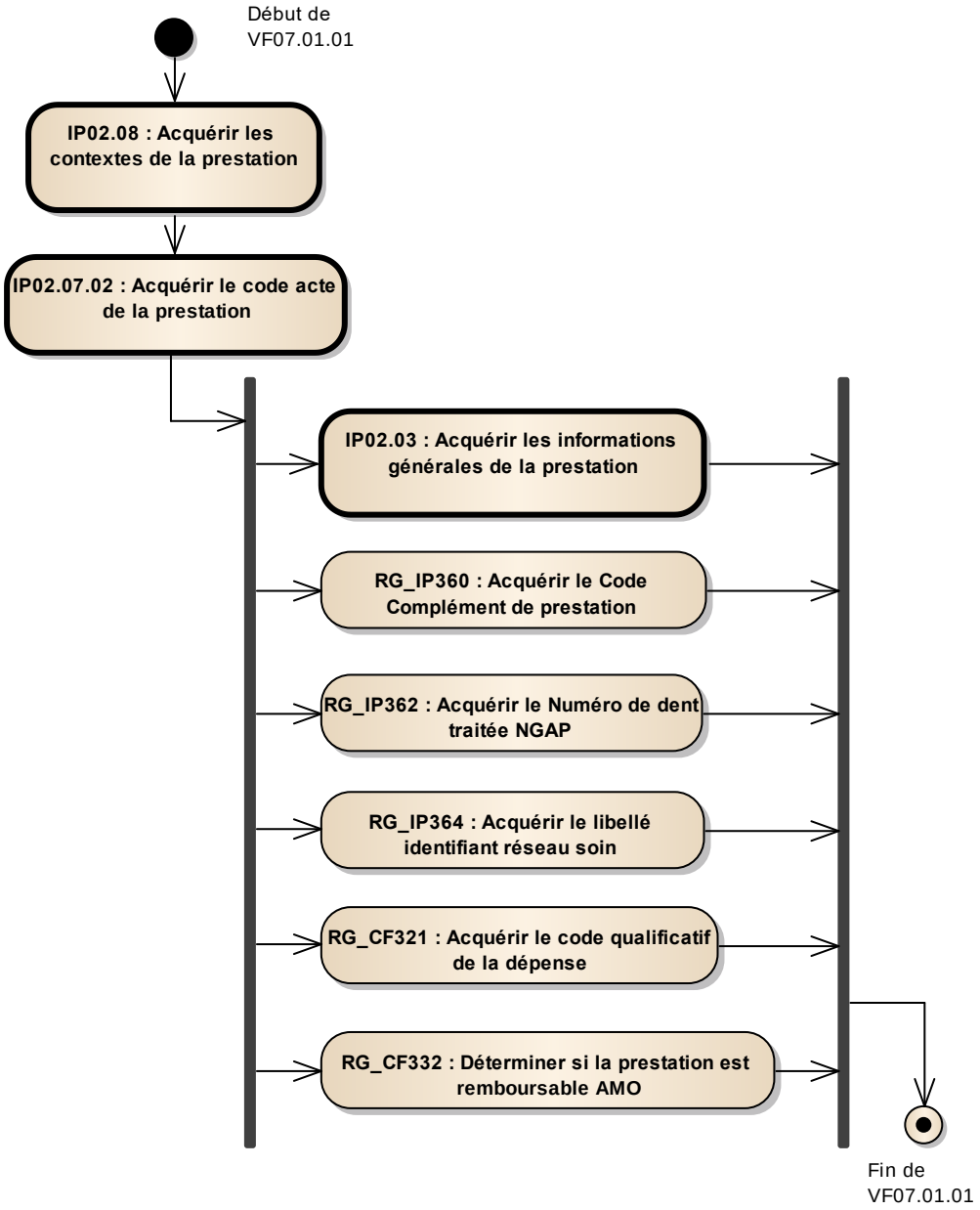


Figure 27 : [SC_VF07.01.01] Enchaînement des opérations de VF07.01.01 « Acquérir les données de la prestation ATD »

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

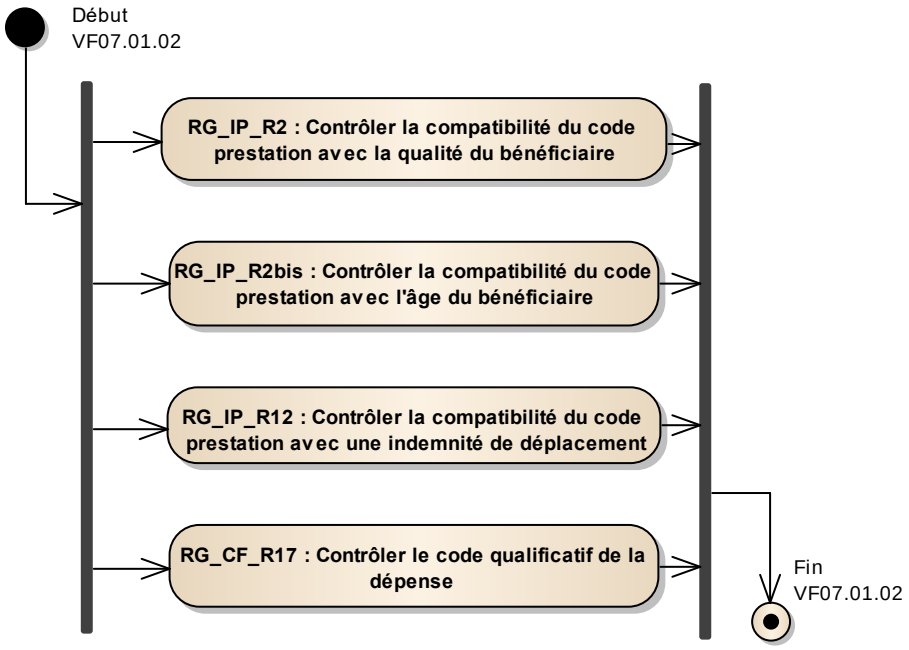


Figure 28 : [SC_VF07.01.02] Enchaînement des opérations de VF07.01.02 « Contrôler les données de la prestation ATD»

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

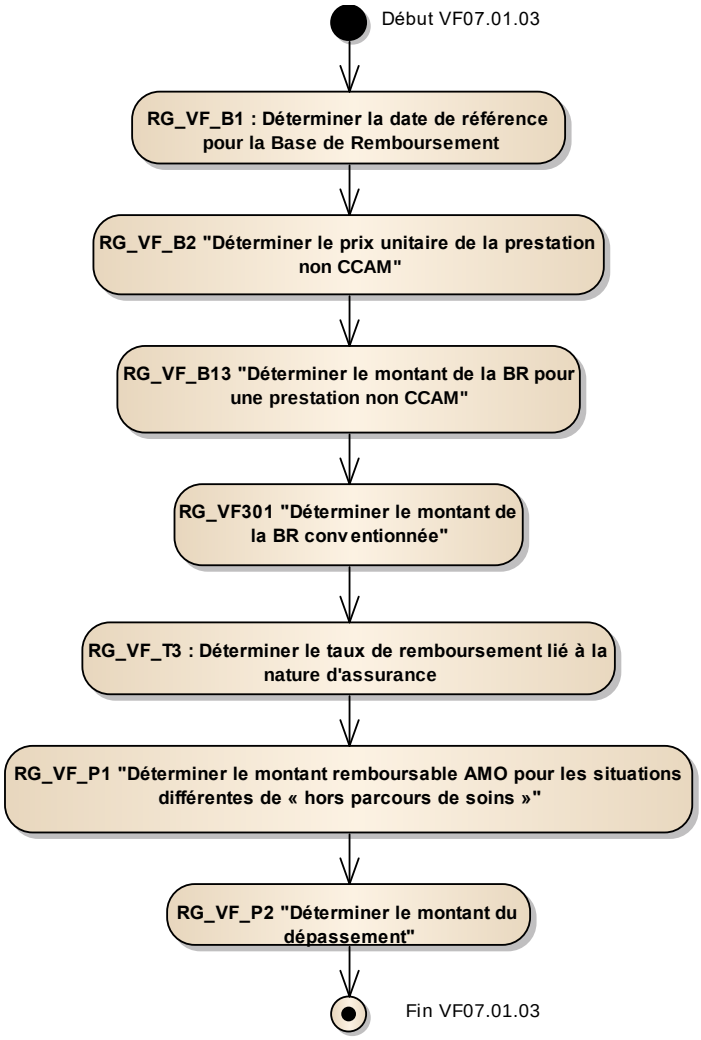


Figure 29 : [SC_VF07.01.03] Enchaînement des opérations de VF07.01.03 « Déterminer les montants de la prestation ATD»

[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

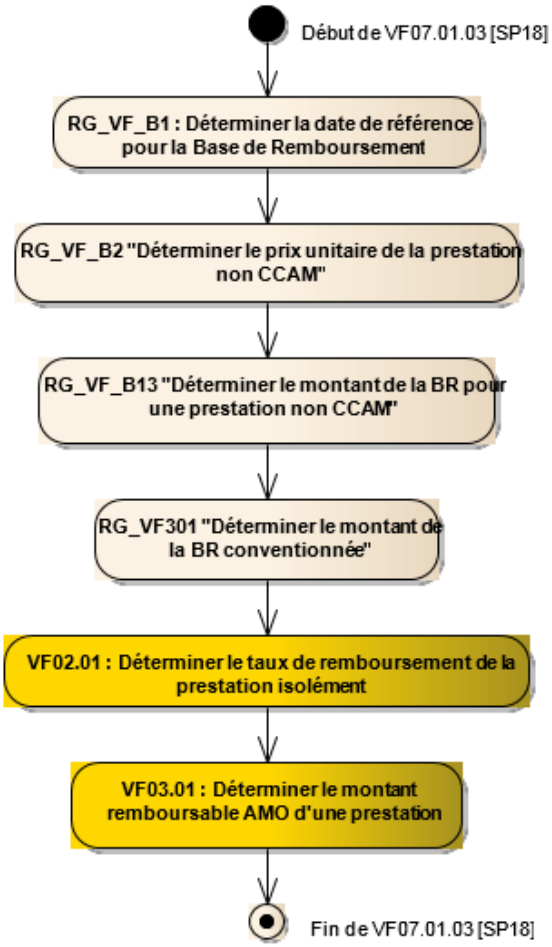


Figure 30 : [SC_VF07.01.03][SP18]Enchaînement des opérations de VF07.01.03 [SP18] « Déterminer les montants de la prestation ATD en situation Victime d'Attentat »

☞ 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

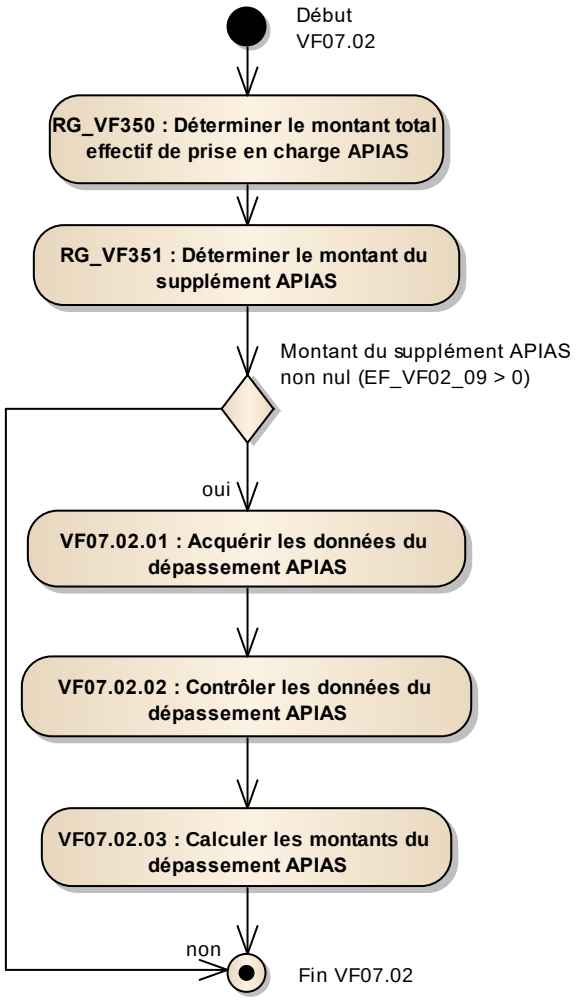


Figure 31 : [SC_VF07.02] Enchaînement des opérations de VF07.02 « Générer le supplément APIAS »

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

Règles de gestion

[RG_VF350]	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

[RG_VF350] Déterminer le montant total effectif pris en charge au titre des APIAS (EF_VF02_08)

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).

$$EF\_VF02\_08 = EF\_IP01\_03 + \sum_{origine\ LPS} EF\_VF05\_02$$

☞ Hors contexte APIAS (EF_CF06_06=« FAUX »), ce montant est non renseigné.

[RG_VF351]	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

[RG_VF351] Déterminer le montant du supplément APIAS (EF_VF02_09)

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)

$$EF\_VF02\_09 = EF\_VF02\_08 - \left[\sum_{origine\ PS} MIN\ (EF\_VF05\_02, EF\_IP04\_06) + \sum_{origine\ LPS} EF\_VF05\_02) \right]$$

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

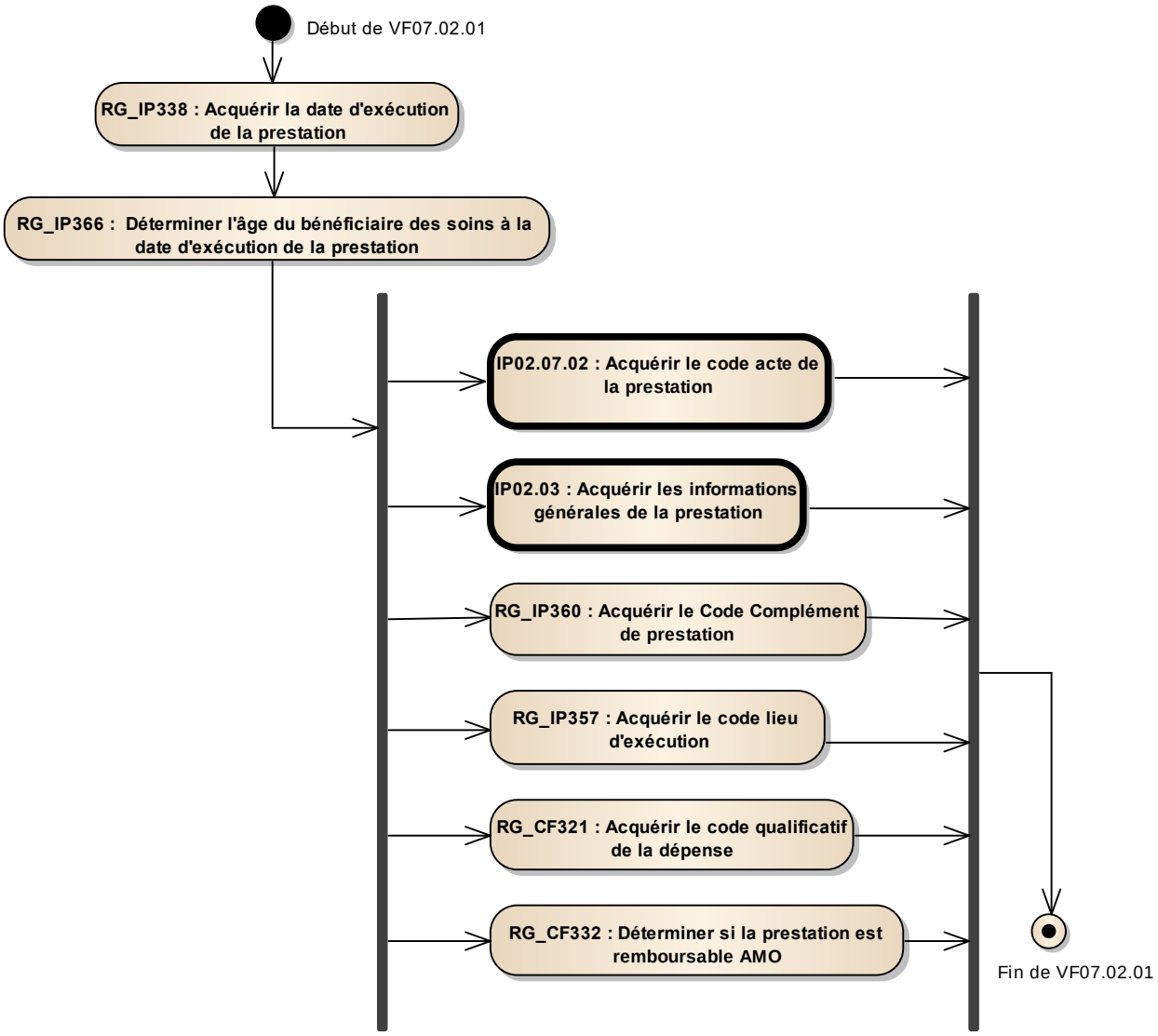


Figure 32 : SC_VF07.02.01] Enchaînement des opérations de VF07.02.01 « Acquérir les données du supplément APIAS»

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

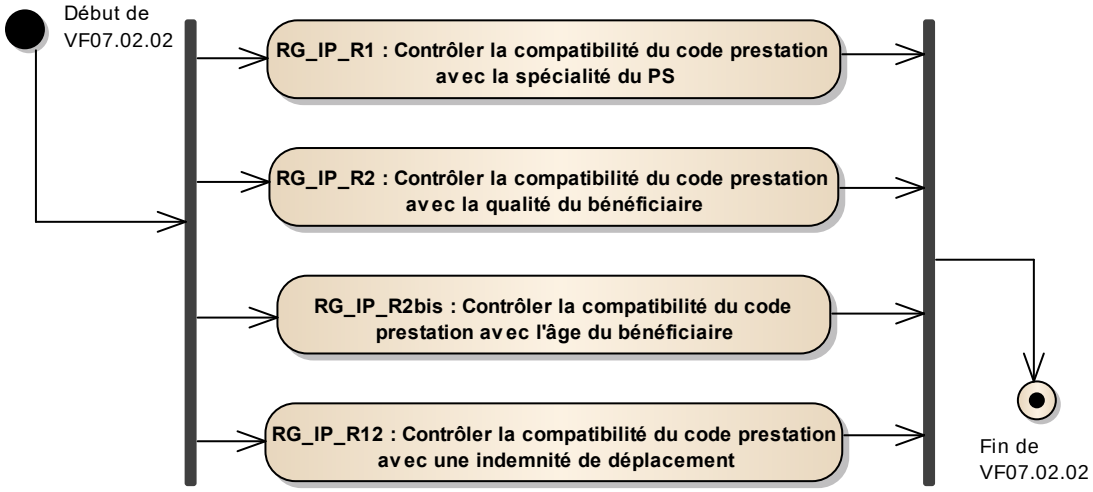


Figure 33 : [SC_VF07.02.02] Enchaînement des opérations de VF07.02.02 « Contrôler les données du supplément APIAS»

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

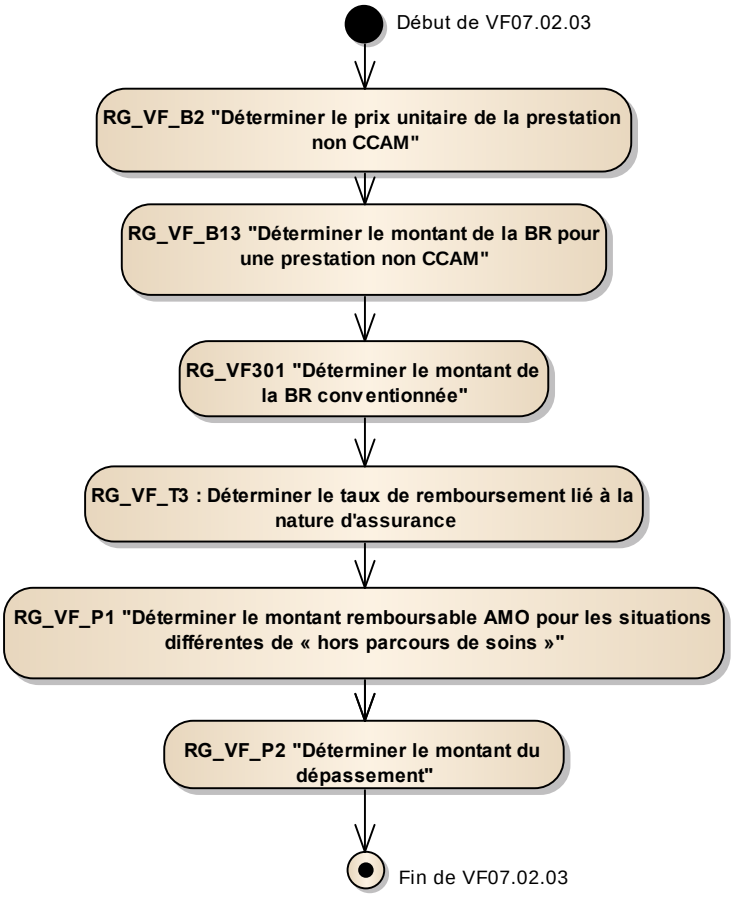


Figure 34 : [SC_VF07.02.03] Enchaînement des opérations de VF07.02.03 « Déterminer les montants du supplément APIAS»

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

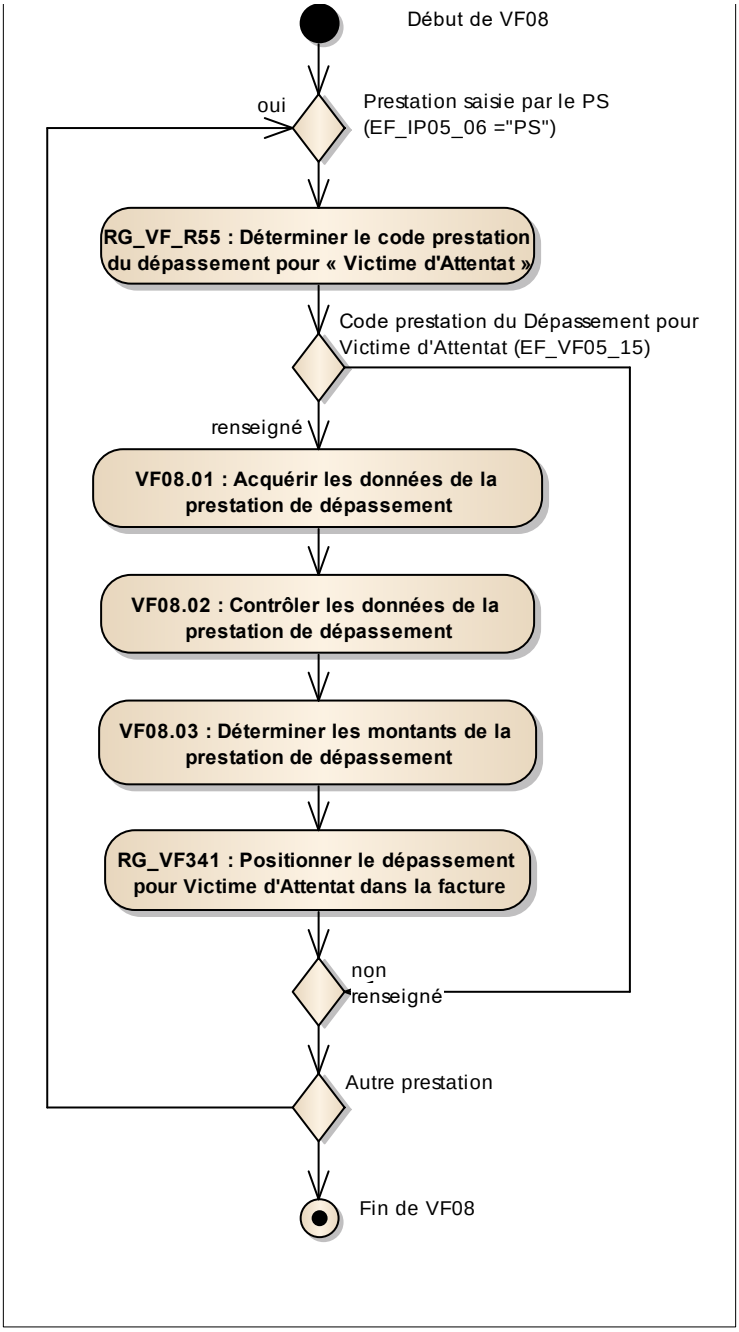


Figure 35 : [SC_VF08] Enchaînement des opérations de VF08 « Générer les dépassements pour Victime d'Attentat »

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

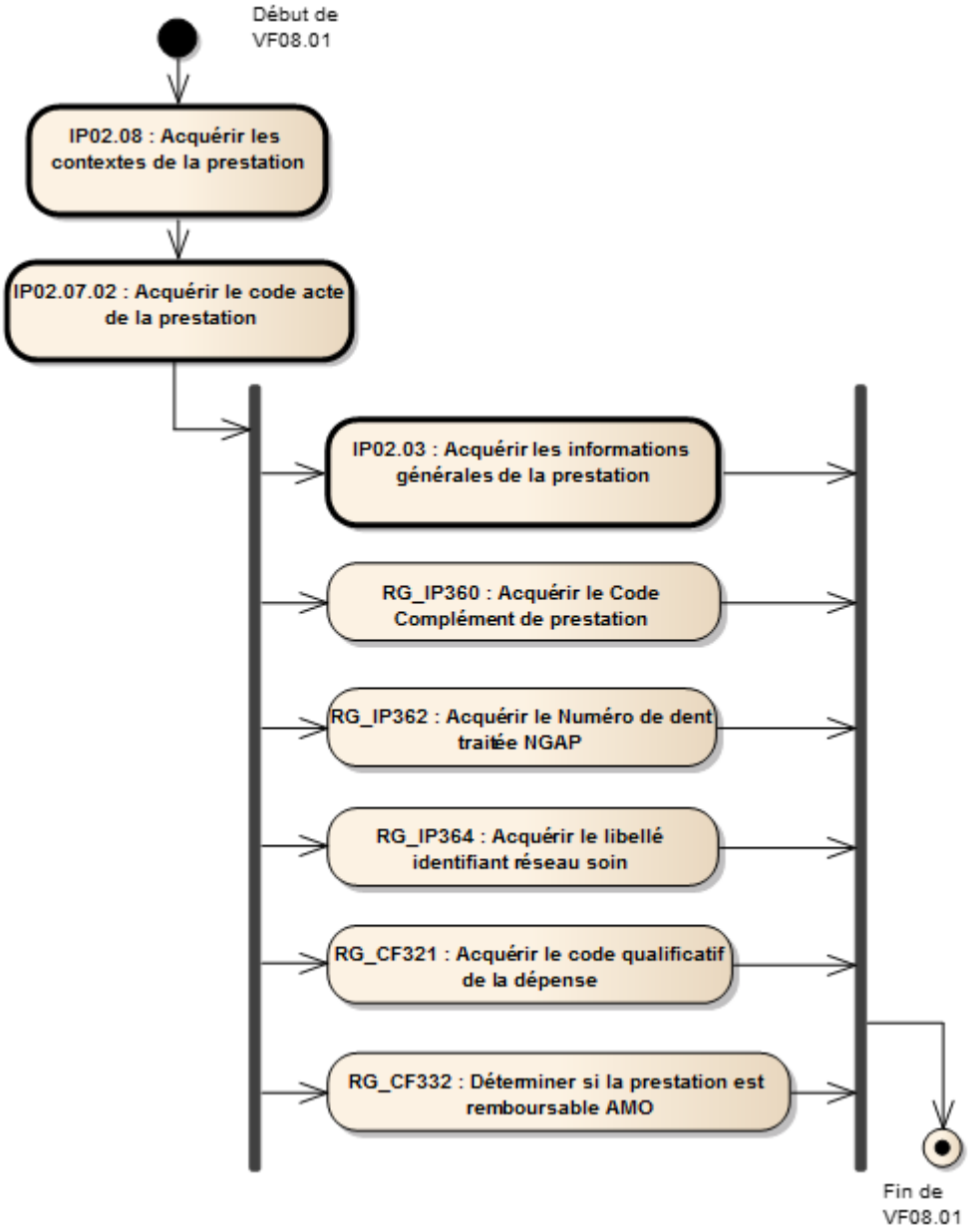


Figure 36 : [SC_VF08.01] Enchaînement des opérations de VF08.01 « VF08.01 : Acquérir les données de la prestation de dépassement pour Victime d'attentat»

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

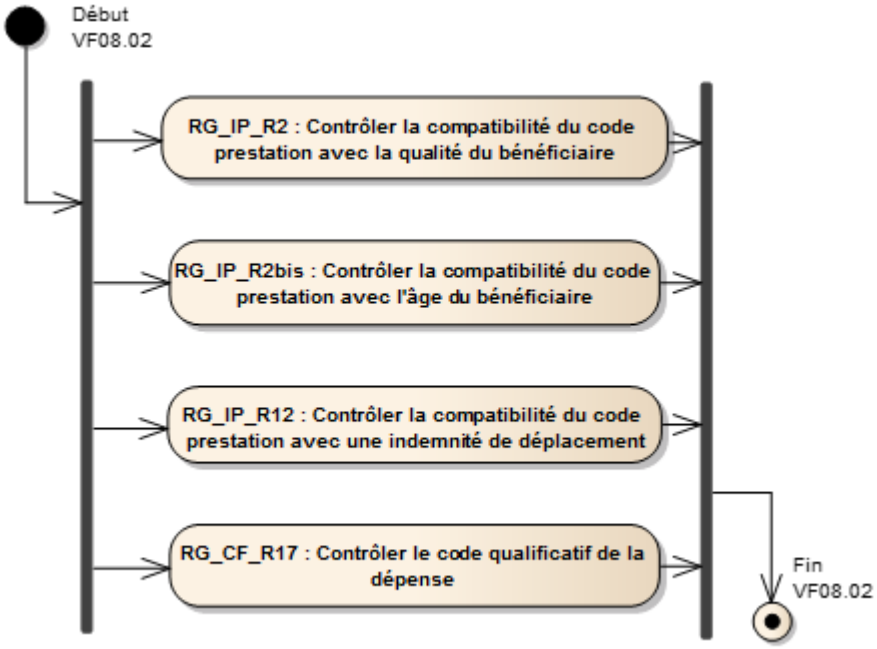


Figure 37 : [SC_VF08.02] Enchaînement des opérations de VF08.02 « Contrôler les données de la prestation de dépassement pour Victime d'Attentat »

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

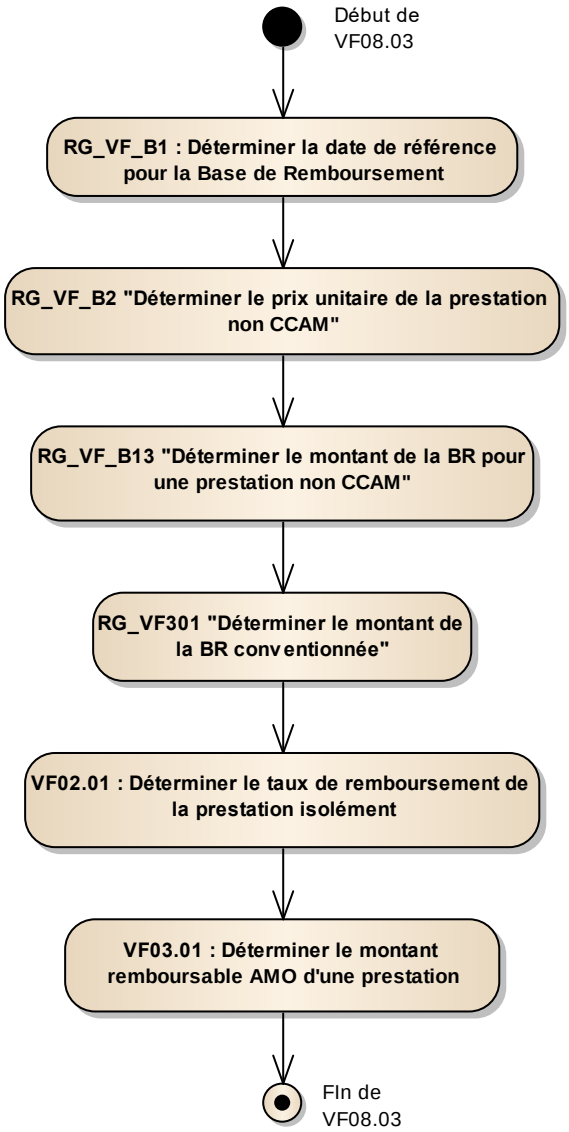


Figure 38 : [SC_VF08.03] Enchaînement des opérations de VF08.03 « Déterminer les montants de la prestation de dépassement pour Victime d'Attentat »

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.

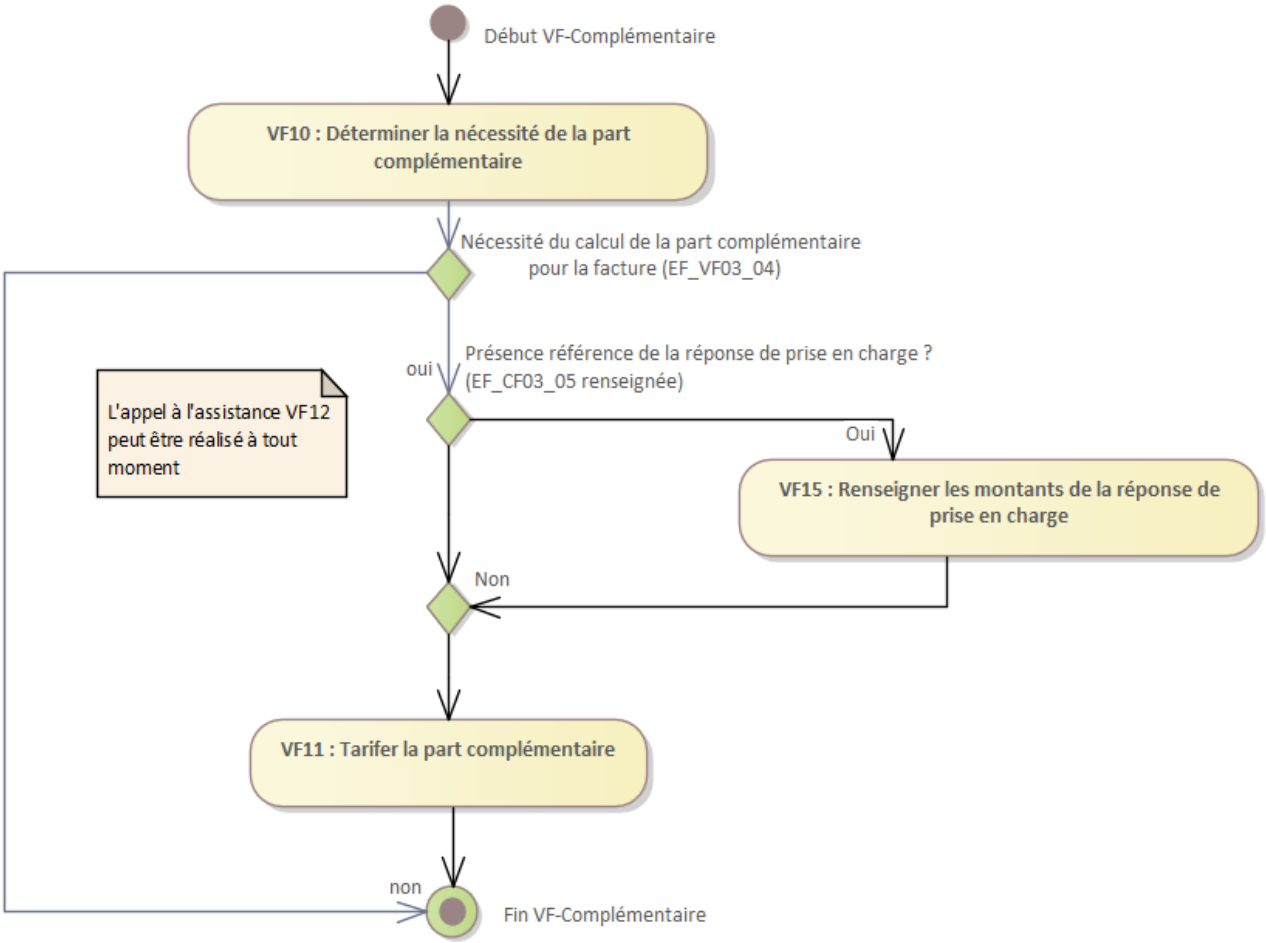
Remarque : Les éventuels calculs métier de la part complémentaire effectués hors service de tarification complémentaire, sont hors du périmètre de facturation SESAM-Vitale et ne sont pas décrits dans les SFG.

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

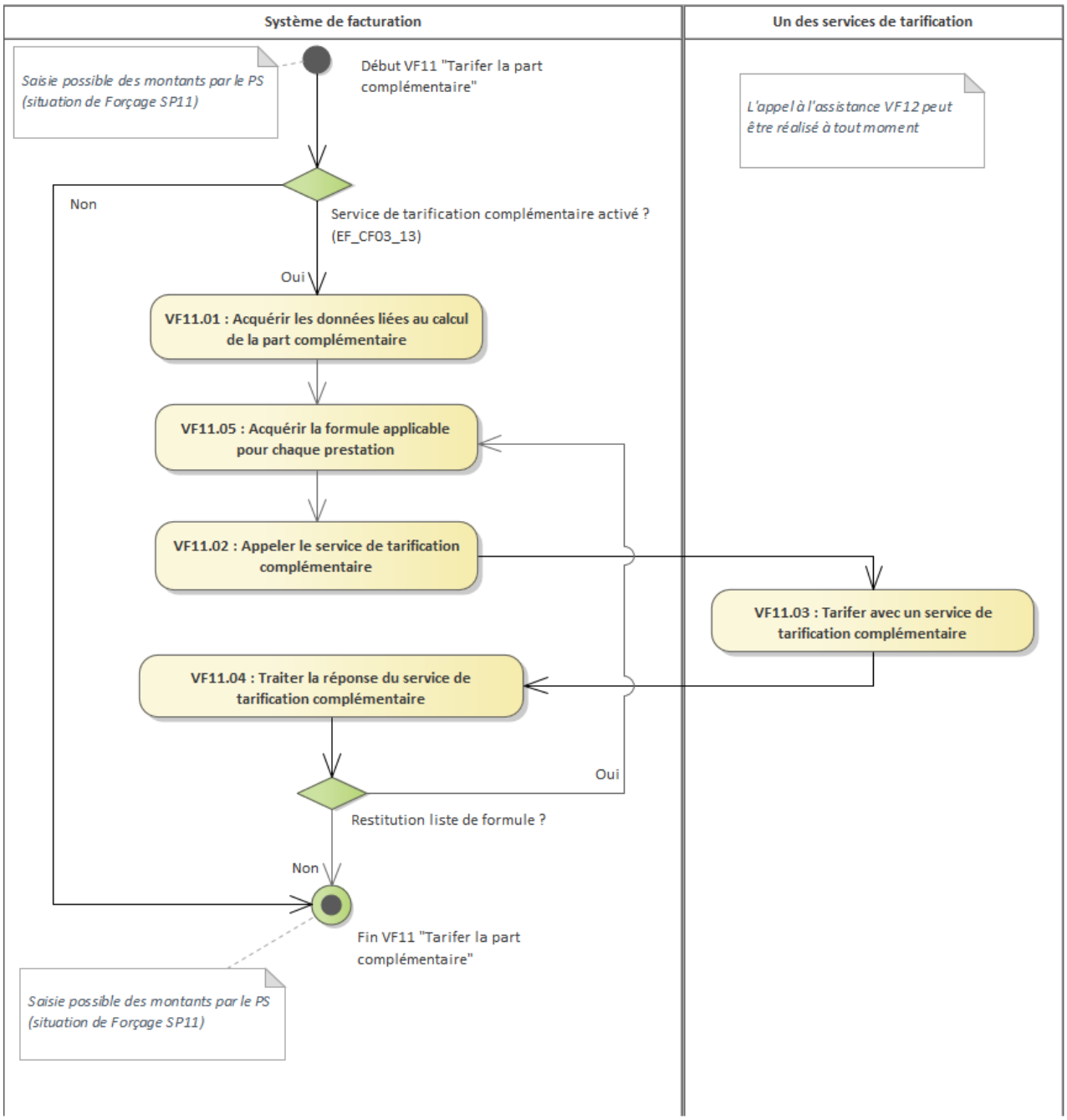


Figure 40 : [SC_VF11] Enchaînement des tâches de VF11 "Tarifer la part complémentaire"

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]	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

[RG_VF364] Renseigner l'interface d'appel du service de tarification complémentaire

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

	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

[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)

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]	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

[RG_VF365] Filtrer les données médico-administratives contenues dans l'interface d'appel

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			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

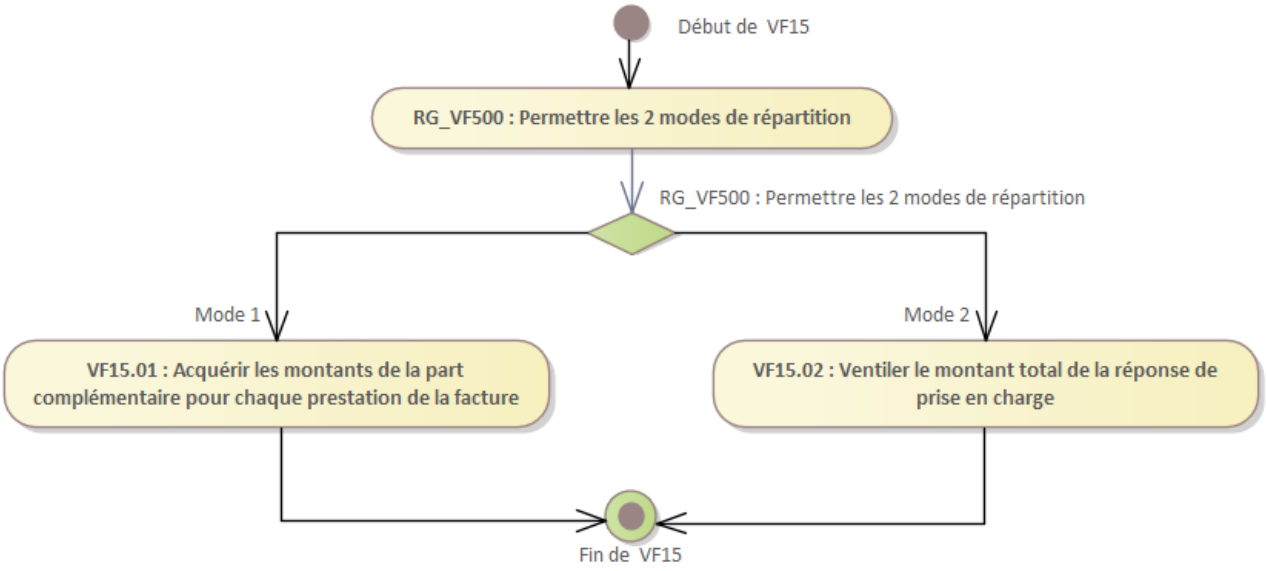


Figure 41 : [SC_VF15] Enchaînement des tâches de VF15 : "Renseigner les montants de la réponse de la prise en charge complémentaire "

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

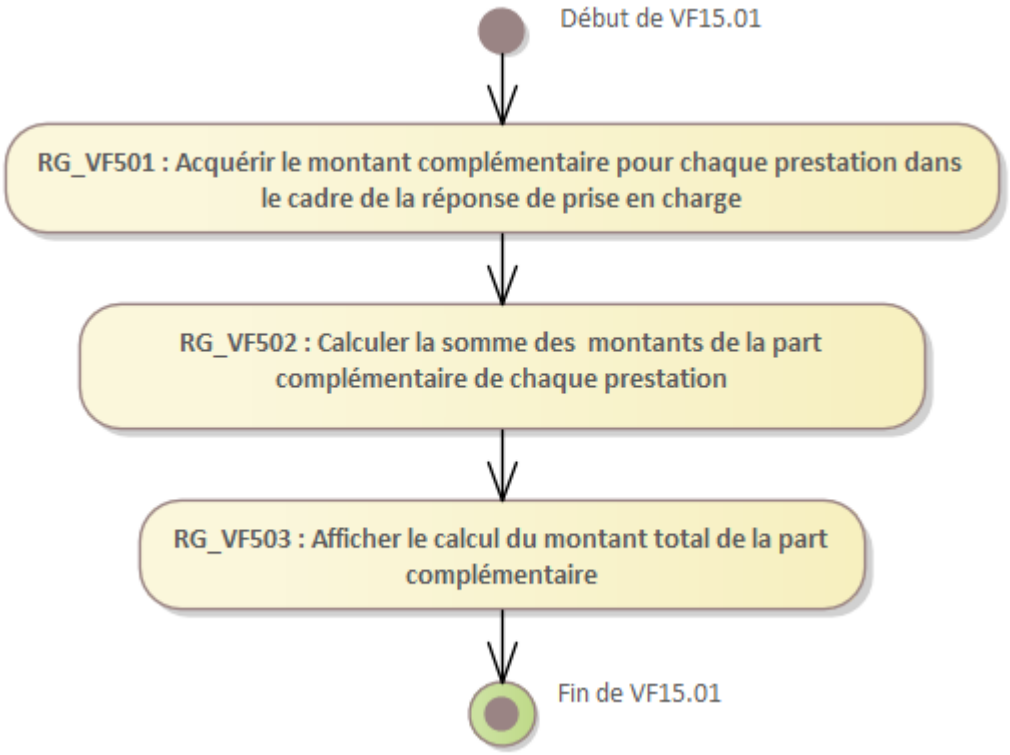


Figure 42 : [SC_VF15.01] Enchaînement des règles de VF15.01 : "Acquérir les montants de la part complémentaire pour chaque prestation de la facture"

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

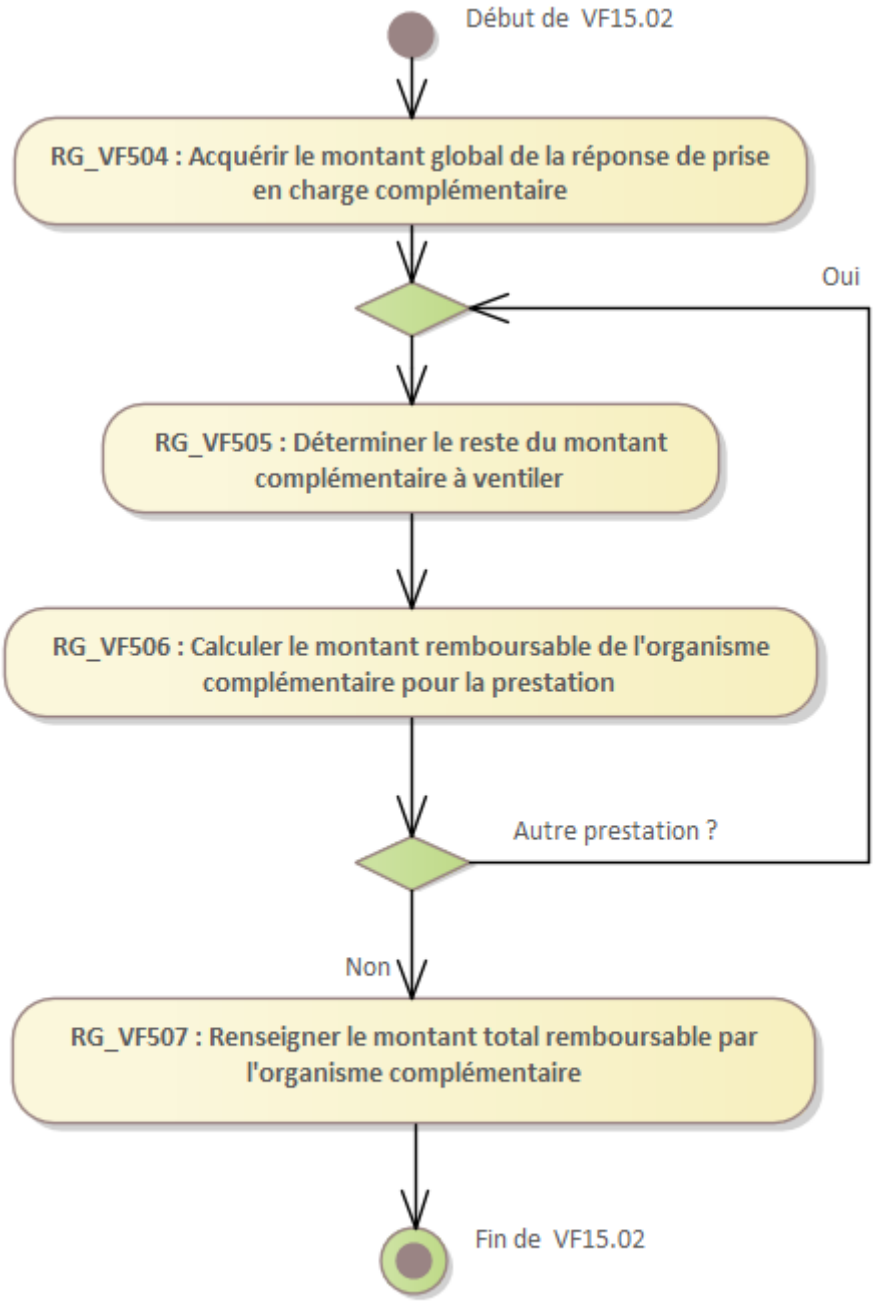


Figure 43 : [SC_VF15.02] Enchaînement des règles de VF15.02 : " Ventiler le montant total de la réponse de prise en charge "

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

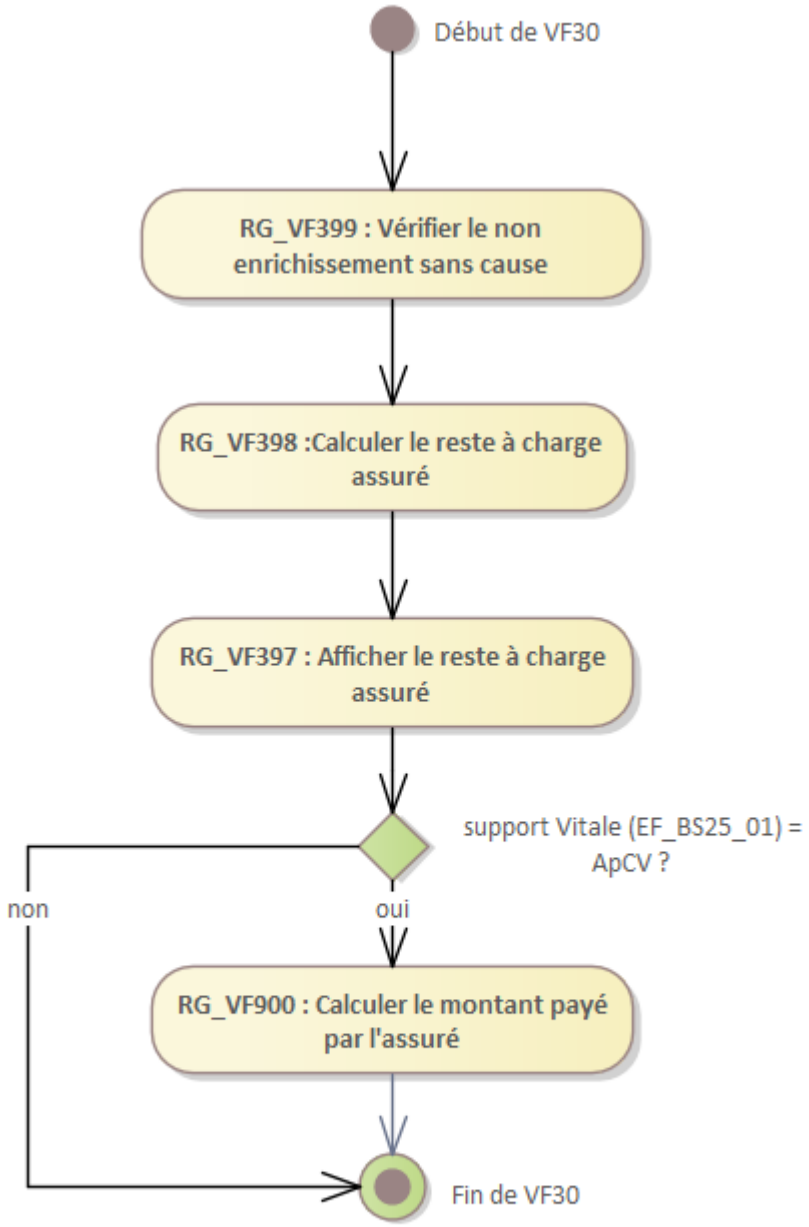


Figure 44 : [SC_VF30] Enchaînement de l'opération VF-30 « Terminer de facturer »

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

	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	**CD**	**SF**					
	PR			**AM**	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					
	PR			AM	LB	**PH**	**FR**	TR
	M	CD	SF					
	PR			AM	**LB**	PH	FR	TR
	M	CD	SF					

[RG_VF_T2] ***[SP11] Déterminer le taux de remboursement lié à l'individu (EF_VF98_06) pour les prescripteurs***

[RG_VF_T2bis] ***[SP11] Déterminer le taux de remboursement lié à l'individu (EF_VF98_06) pour les auxiliaires-médicaux***

[RG_VF_T2ter] ***[SP11] Déterminer le taux de remboursement lié à l'individu (EF_VF98_06) pour les pharmaciens ou un fournisseur***

[RG_VF_T2quater] ***[SP11] Déterminer le taux de remboursement lié à l'individu (EF_VF98_06) laboratoires***

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

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	**CD**	**SF**					

[RG_VF_T7] ***[SP11] Déterminer le taux de remboursement de base de la prestation (EF_VF98_13)***

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			**PH**	**FR**	

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**	**AM**	**LB**	**PH**	**FR**	

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

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

[RG_VF_R40] [SP11] Déterminer la nécessité de supplément(s) dérogatoire(s) SMG dans la facture (EF_VF02_04)

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

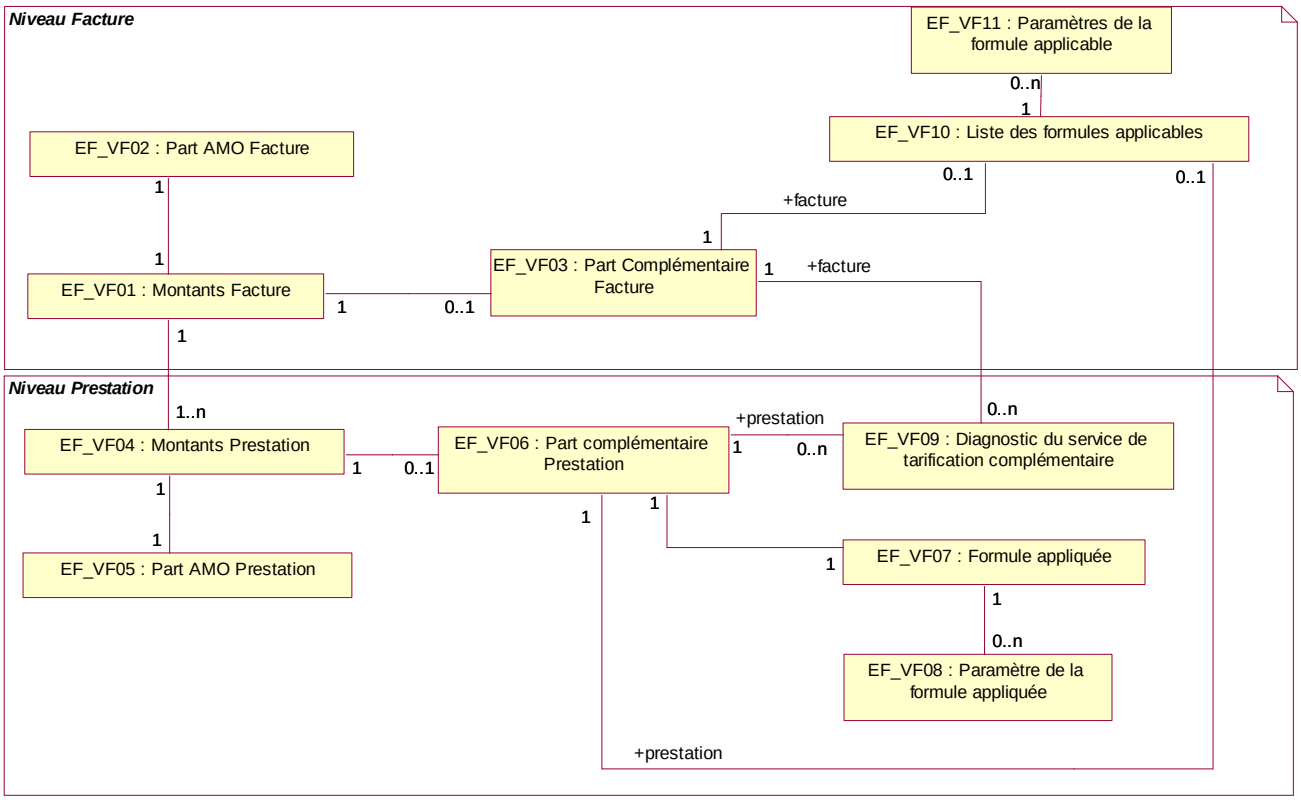


Figure 45 : [DF_VF] Modèle de données de la fonctionnalité VF : Valoriser la facture : DF_VF

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.

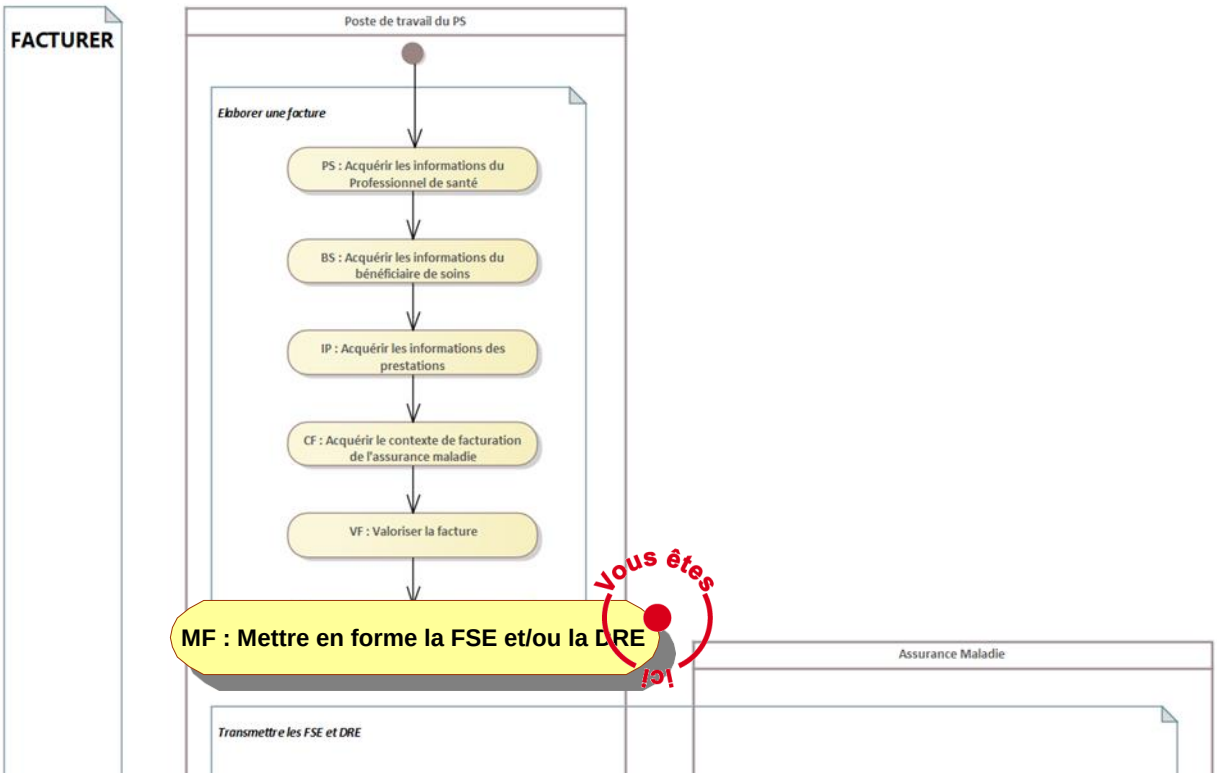


Figure 1 : [MF] Périmètre de « Mettre en forme la FSE et/ou la DRE »

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

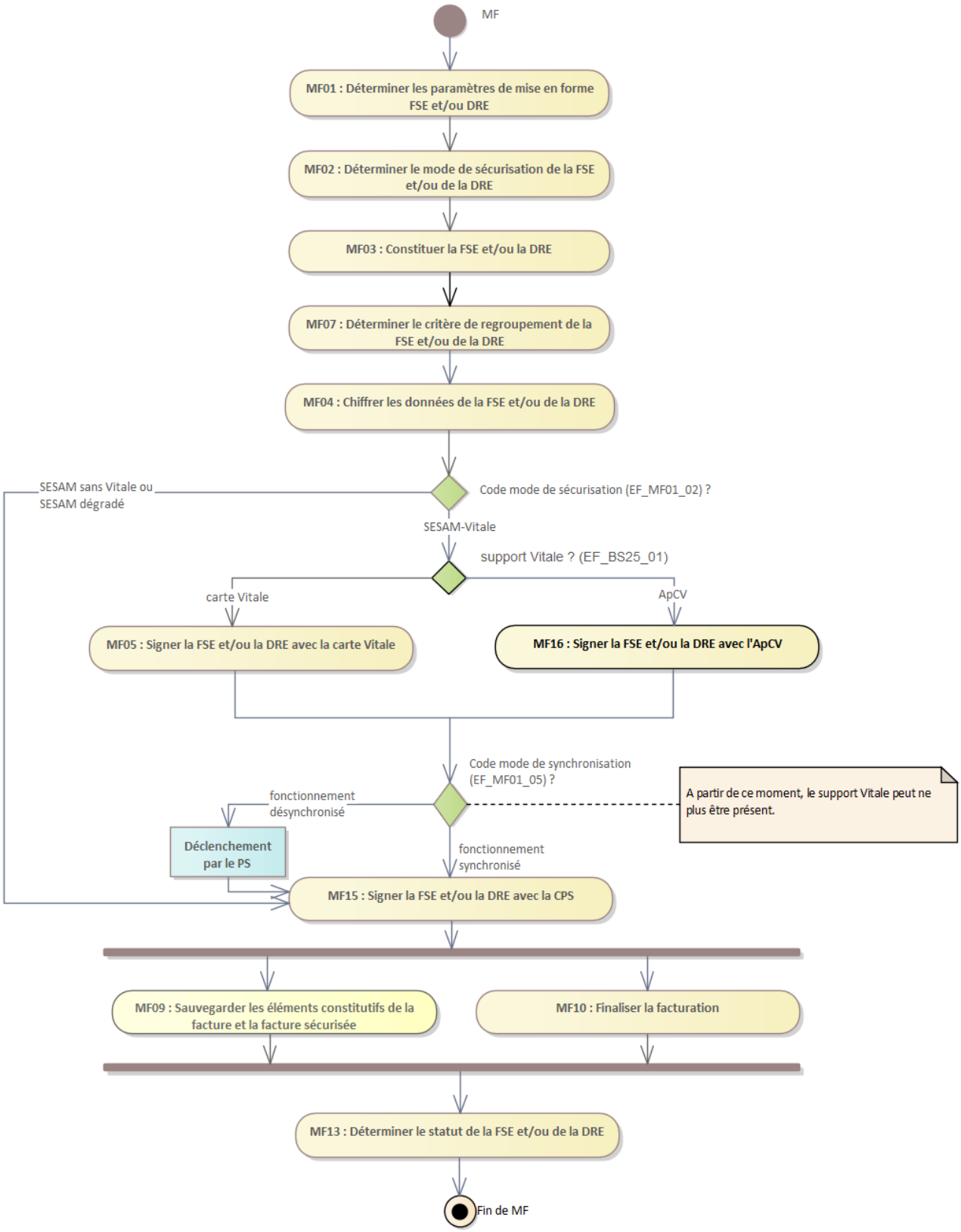


Figure 2 : [SC_MF] Enchaînement de la fonctionnalité MF «Mettre en forme la FSE et/ou la DRE»

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

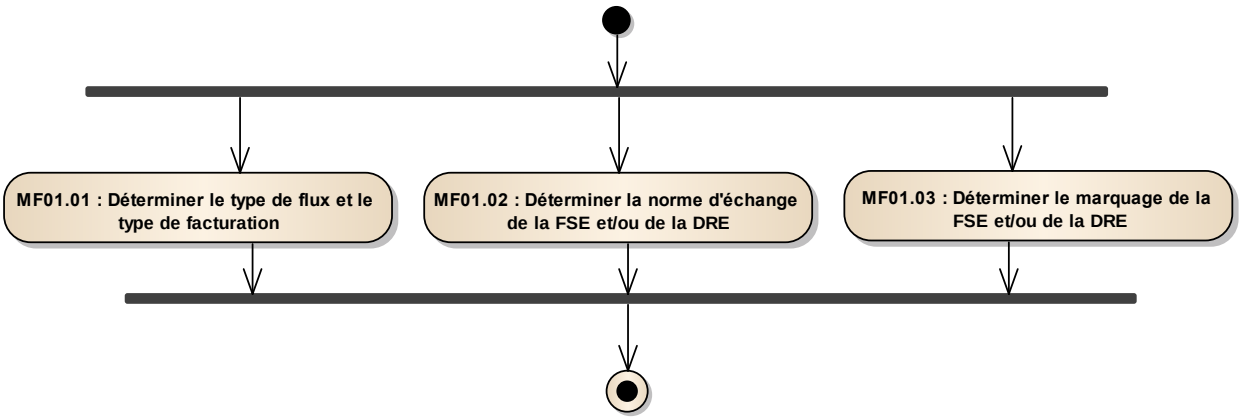


Figure 3 : [SC_MF01] Enchaînement des tâches de l'opération « MF01 : Déterminer les paramètres de mise en forme de la FSE et/ou de la DRE »

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

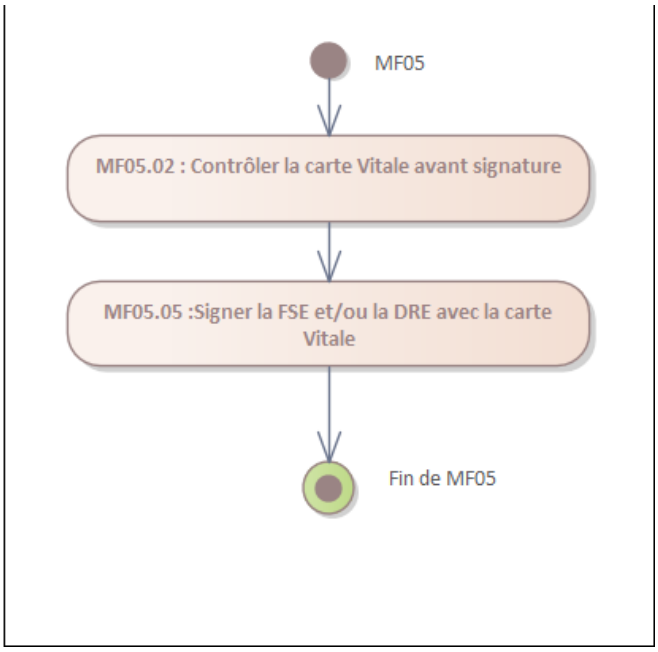
Date du jour	
Carte Vitale dans le lecteur	
Données V1ter de la carte Vitale « [V1T-DSF-001]	
Code mode de sécurisation	EF_MF01_02
« FSE » chiffrée (sortie de MF04)	EF_MF02
« DRE » chiffrée (sortie de MF04)	EF_MF03
Marquage de la FSE et/ou de la DRE	EF_MF01_08

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

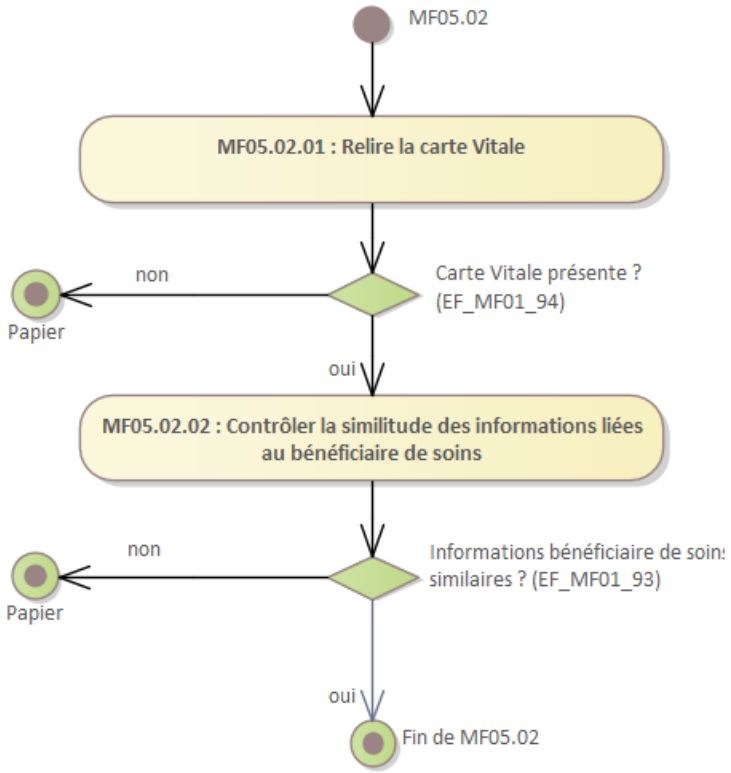


Figure 5 : [SC_MF05.02] Enchaînement de la tâche « MF05.02 : Contrôler la carte Vitale avant signature »

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

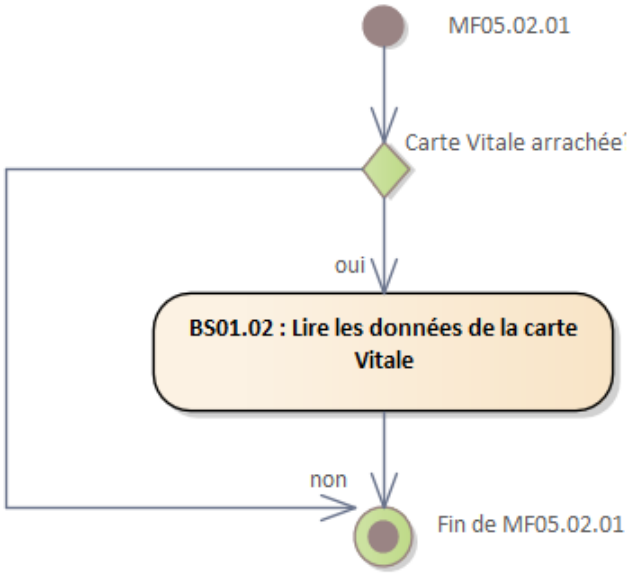


Figure 6 : [SC_MF05.02.01] Enchaînement de la tâche « MF05.02.01 : Relire la carte Vitale»

☞ 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 :

	Dans Carte Vitale présente		Données constitutives de la facture
Donnée d'identification du BS	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

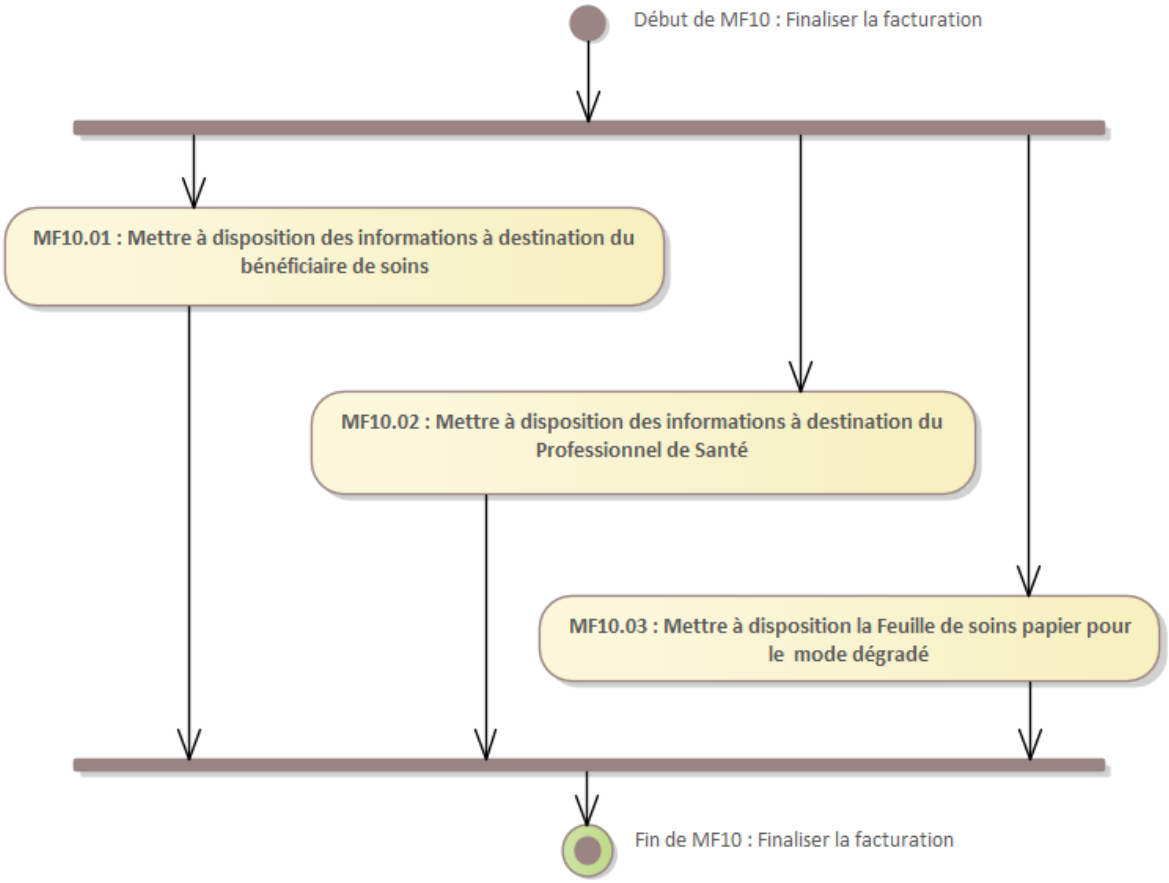


Figure 7 : [SC_MF10] Enchaînement des opérations de « MF10 : Finaliser la facturation »

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 »

	PR			AM	LB	PH	FR	TR
[RG_MF070] Mettre à disposition le contexte du parcours coordonné de soins pour l'ordonnance papier (EF_MF12)	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

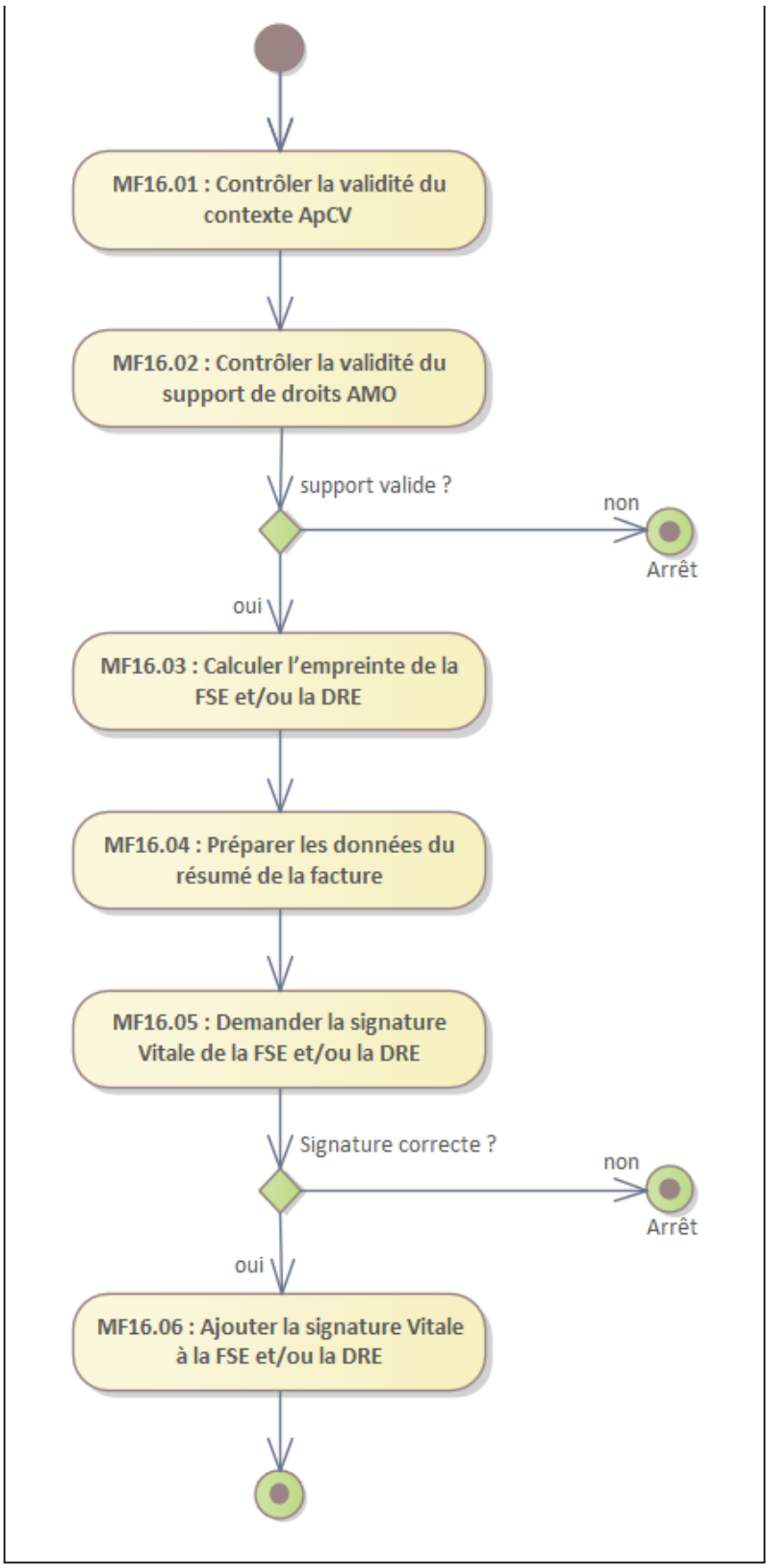


Figure 8 : [SC_MF16] Enchaînement des tâches de l'opération « MF16 : Signer la FSE et/ou la DRE avec l'ApCV »

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

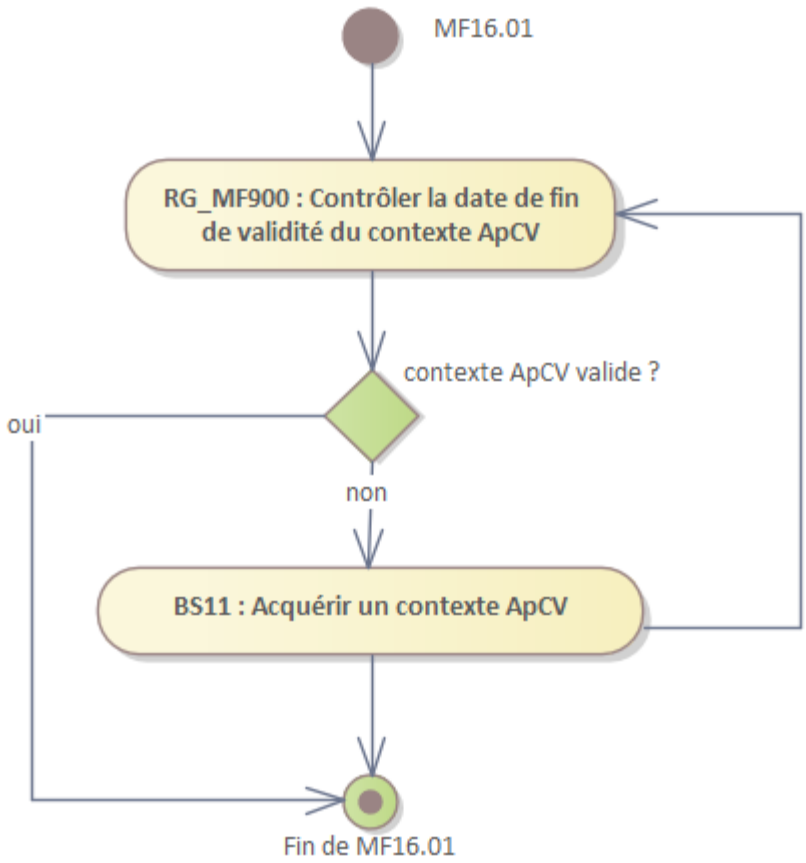


Figure 9 : [SC_MF16.01] Enchaînement de la tâche « MF16.01 : Contrôler la validité du contexte ApCV»

Règles de gestion

	PR			AM	LB	PH	FR	TR
	M	CD	SF					
[RG_MF900] Contrôler la date de fin de validité du contexte ApCV (EF_BS26_04)								

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_8	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 »

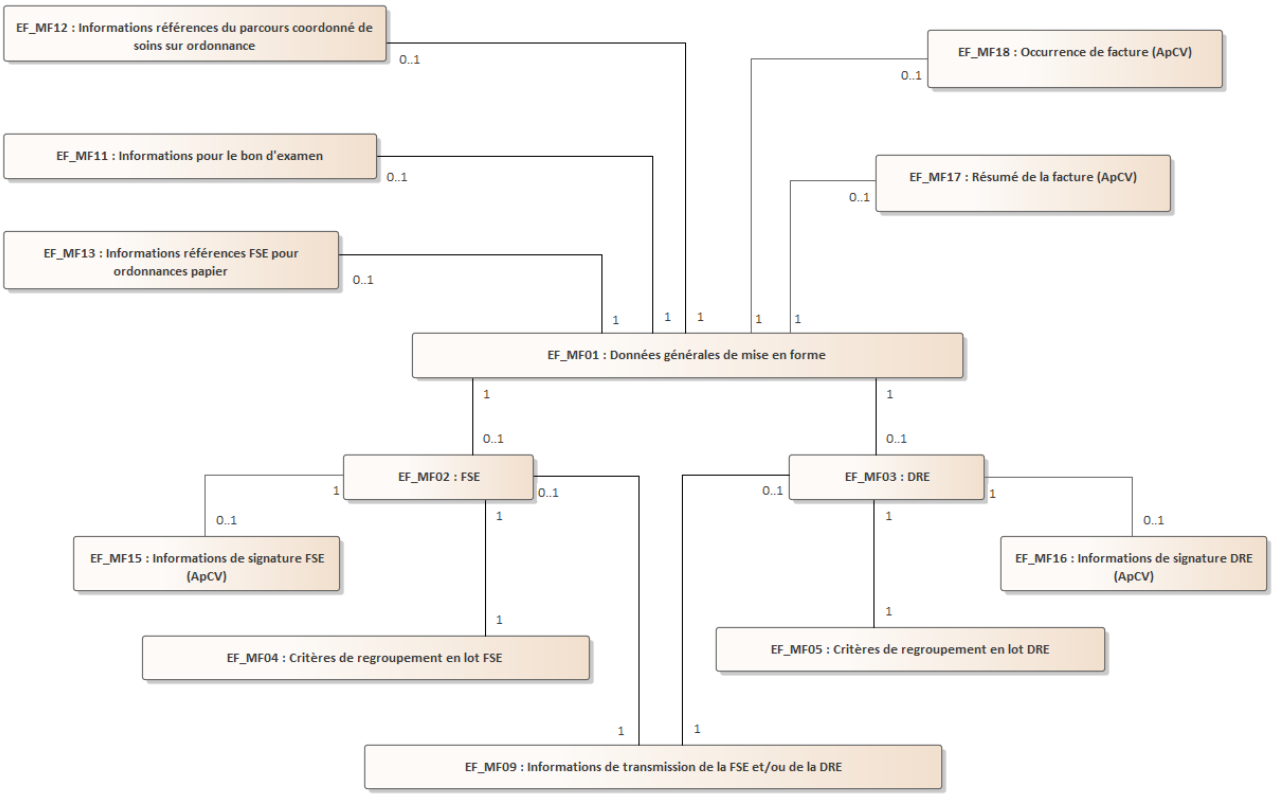


Figure 10 : [DF_MF] Modèle de données **« Mettre en forme la FSE et/ou la DRE »**

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

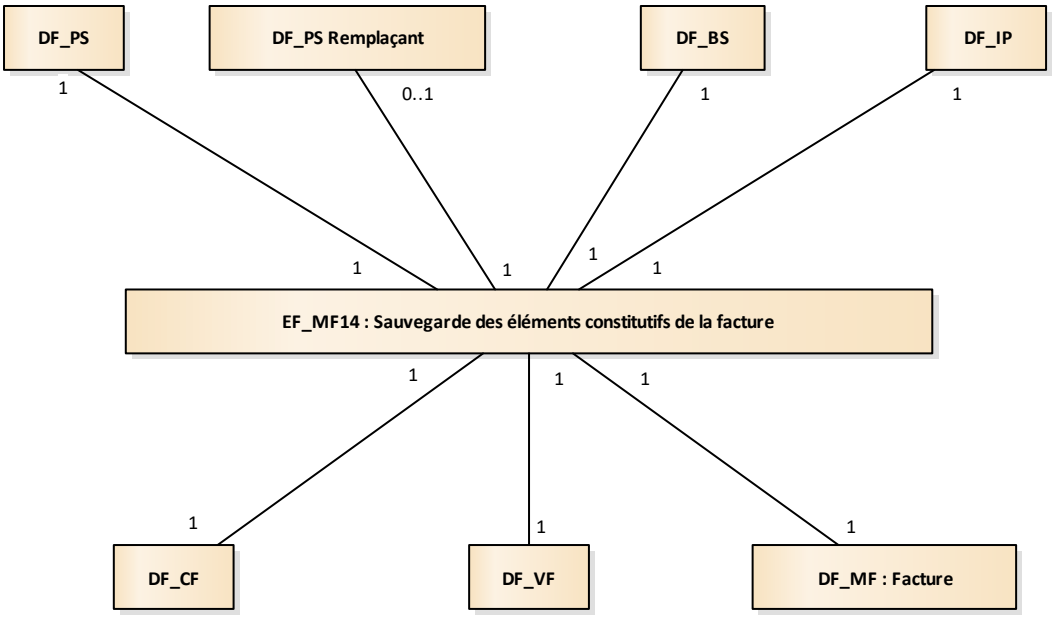


Figure 11 : [EF_MF14]Modèle de données « Sauvegarde des éléments constitutifs de la facture »

5.3 Modèle de données « Résumé de la facture (ApCV) »

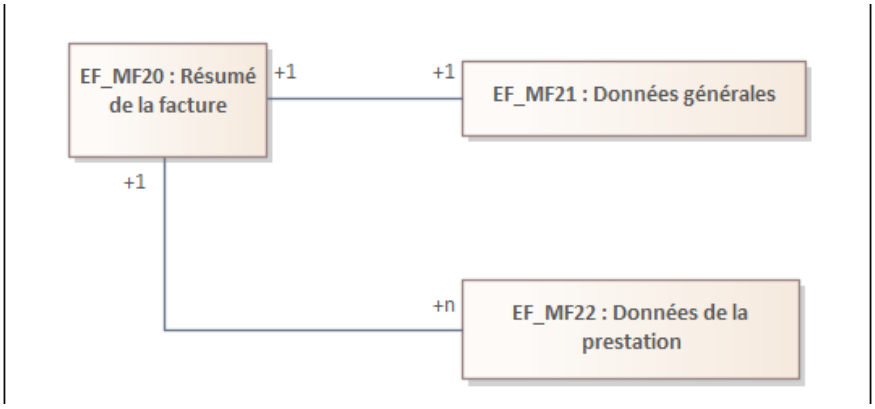


Figure 12 : EF_MF20 Modèle de données « Résumé de la facture (ApCV) »

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

Objectifs d'utilisation / Acteurs externes	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.

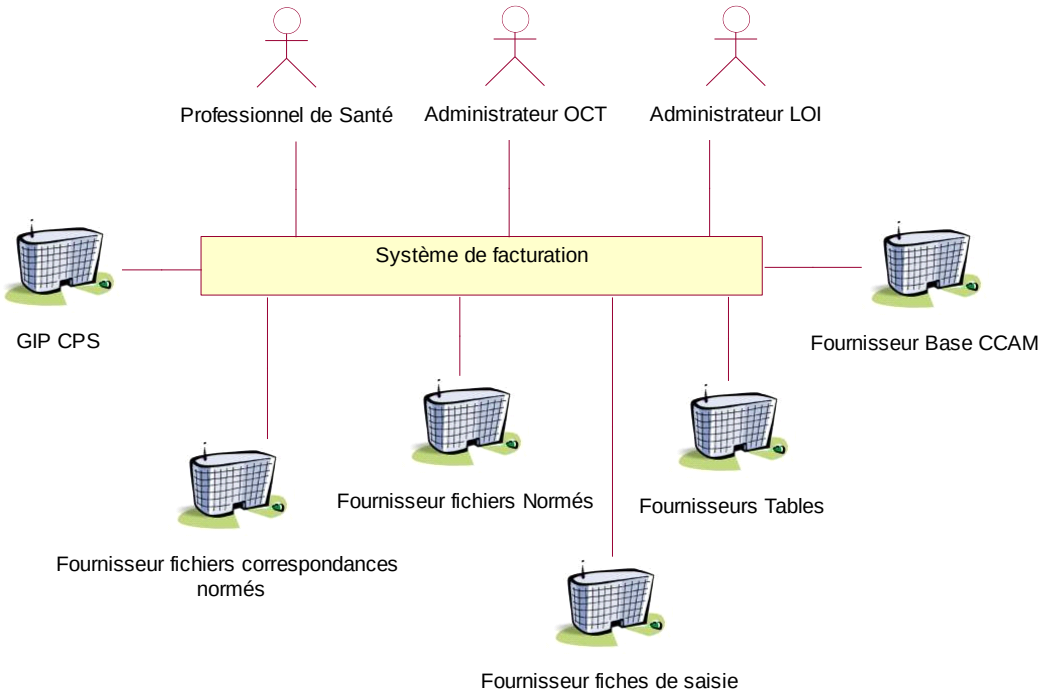


Figure 1 : Diagramme de contexte statique du système

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 ».

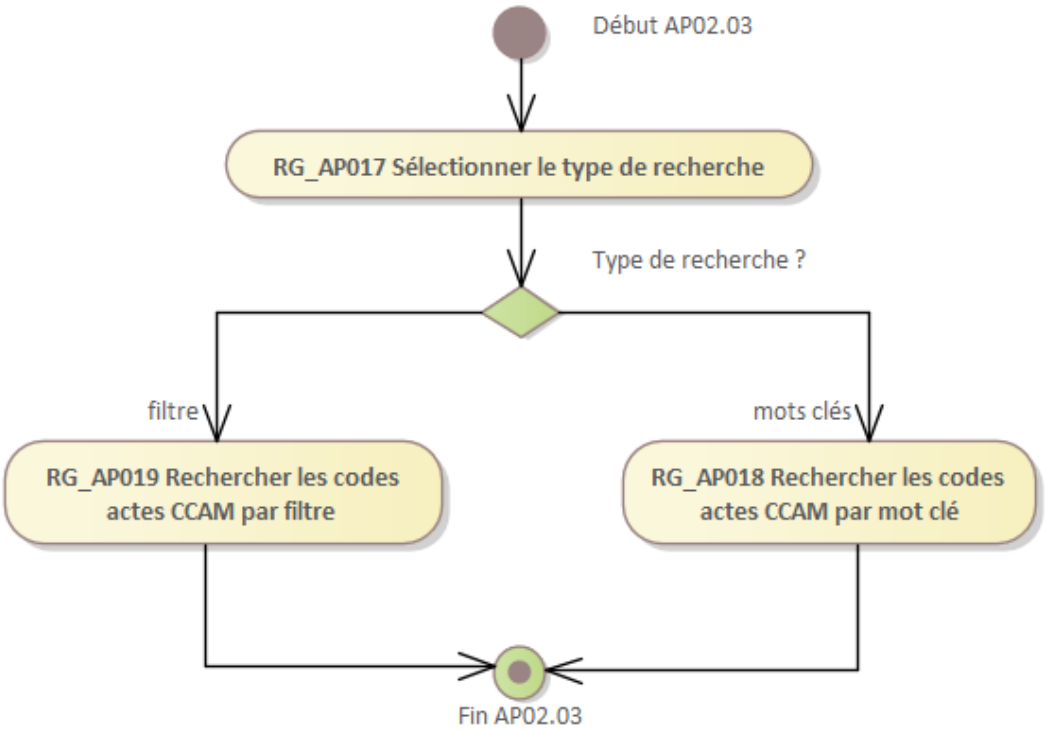


Figure 2 : [SC_AP02.03] Enchaînement de AP02.03 : Rechercher des codes actes CCAM

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 ».

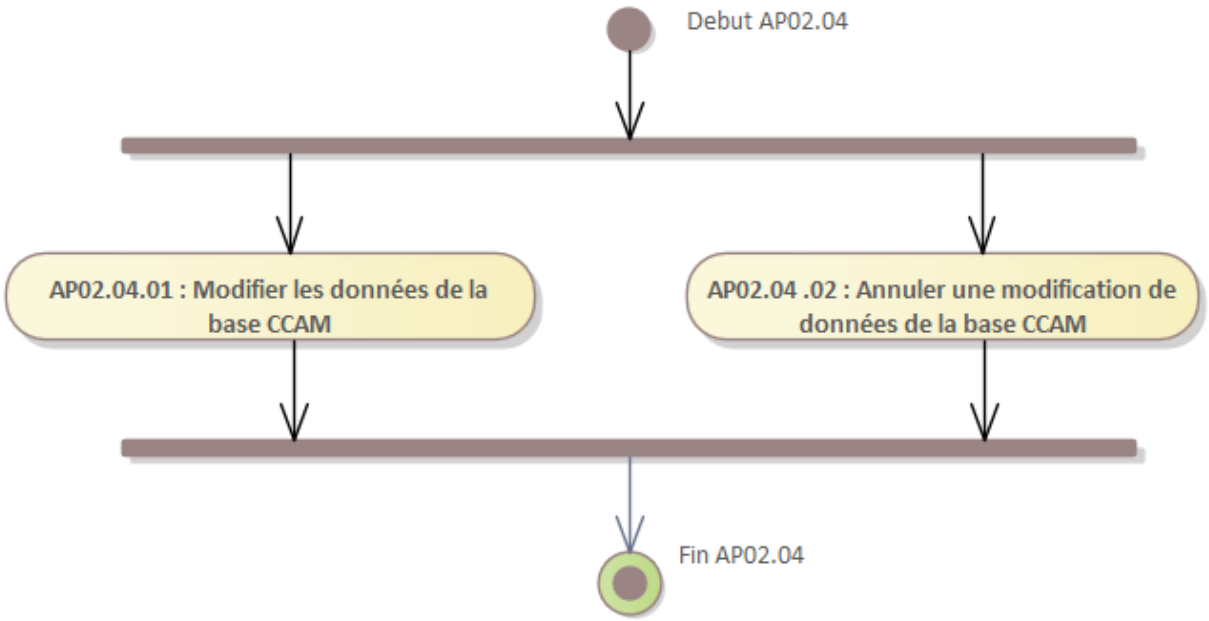


Figure 3 : [SC_AP02.04] Enchaînement de AP02.04 : Mettre à jour manuellement les données de la base CCAM

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 ».

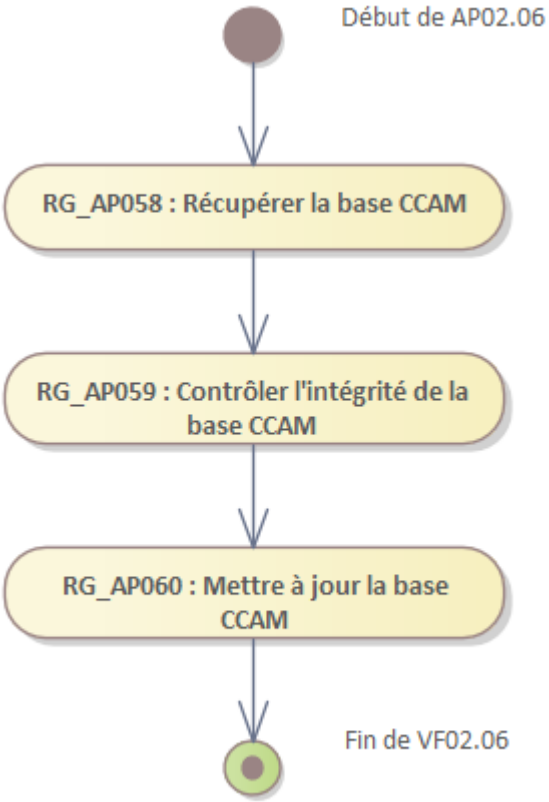


Figure 4 : [SC_AP02.06] Enchaînement d'AP02.06 : Mettre à jour la base CCAM

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

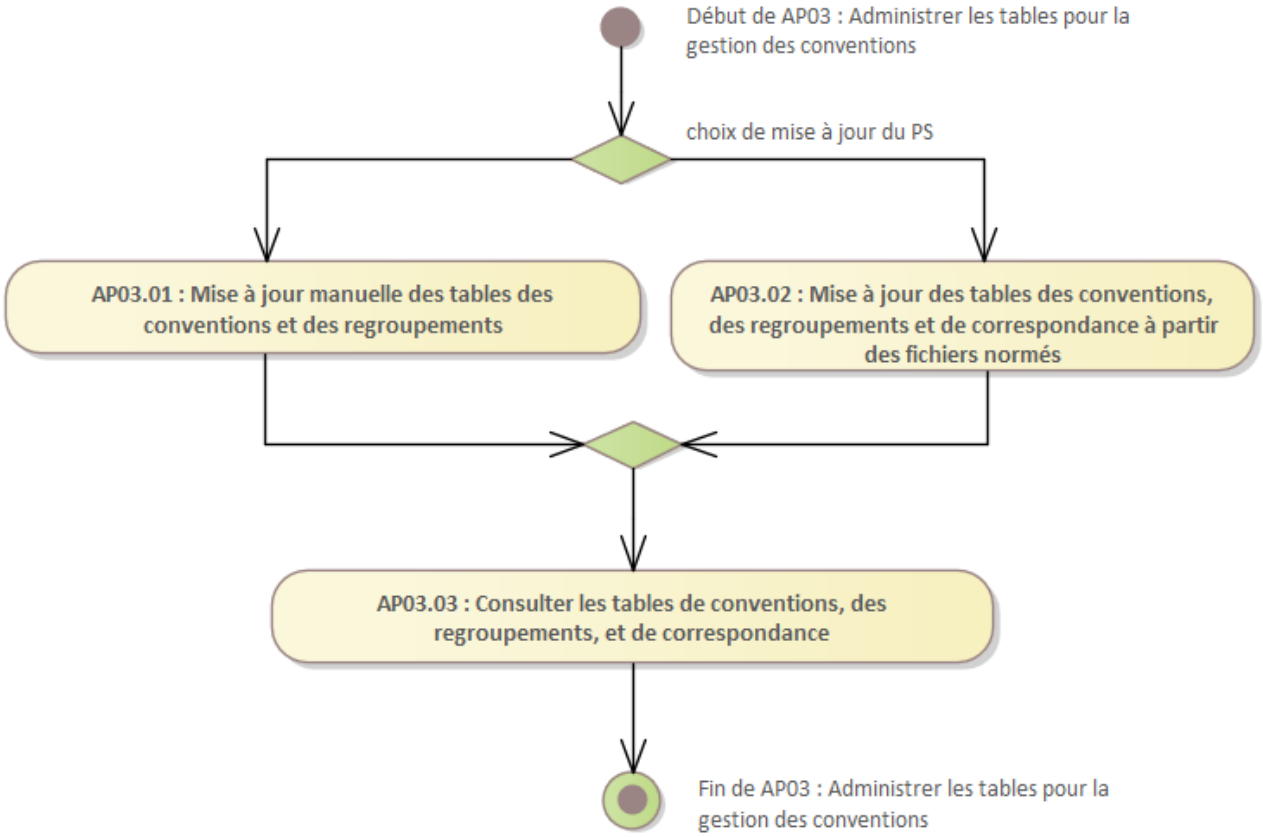


Figure 5 : [SC_AP03] Enchaînement de AP03 : Administrer les tables pour la gestion des conventions

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

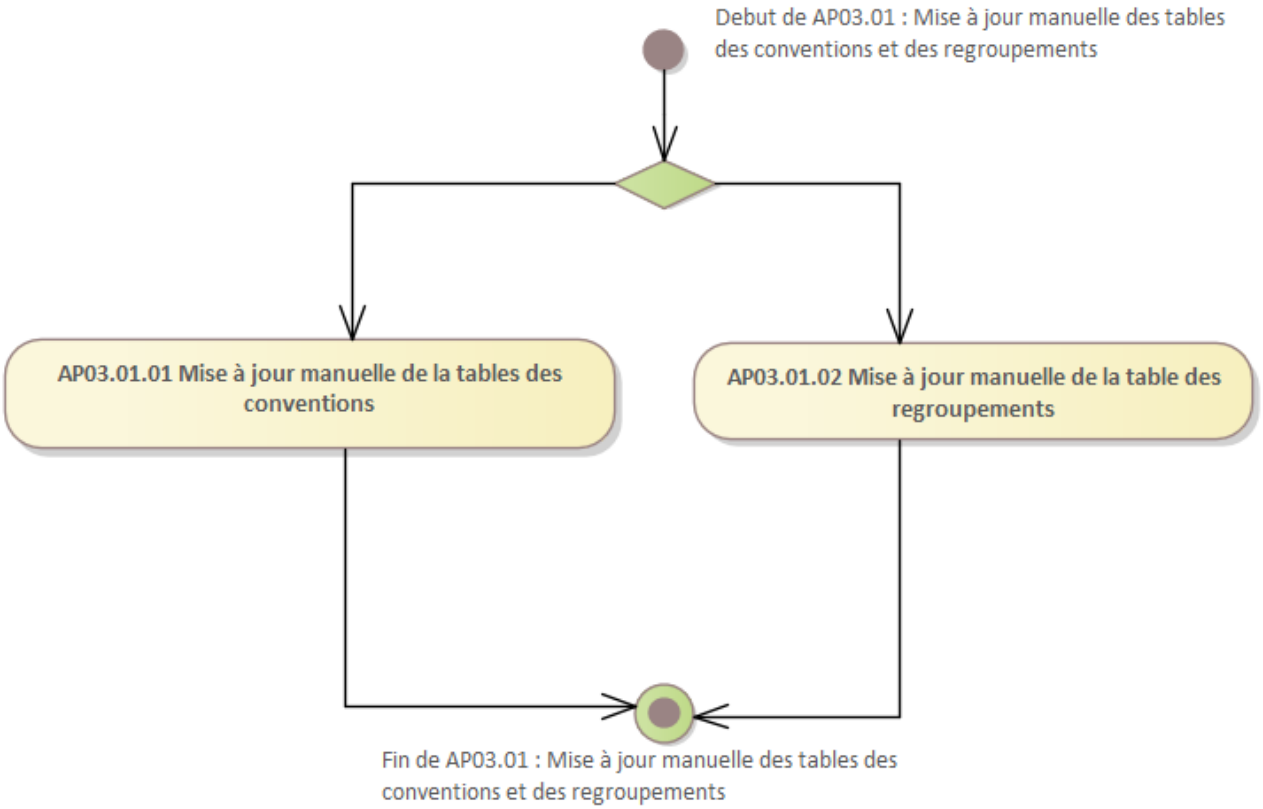


Figure 6 : [SC_AP03.01] Enchaînement de AP03.01 : Mise à jour manuelle des tables des conventions et des regroupements

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'arrête 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 ou 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

		PR			AM	LB	PH	FR	TR
		M	CD	SF					
[RG_AP113]	***Mettre à jour le référentiel PS (DF_REF_PS) sur le poste de travail du Professionnel de Santé***								

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	DI
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 »

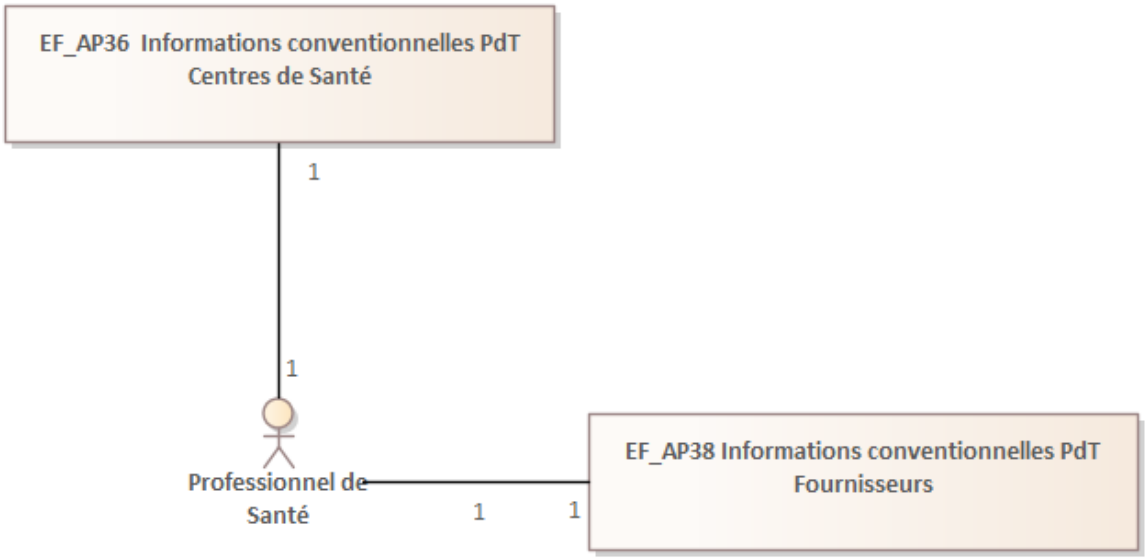


Figure 7 : [DF_AP01] Modèle de données « Renseigner les informations relatives au Professionnel de Santé sur le poste de travail »

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 »

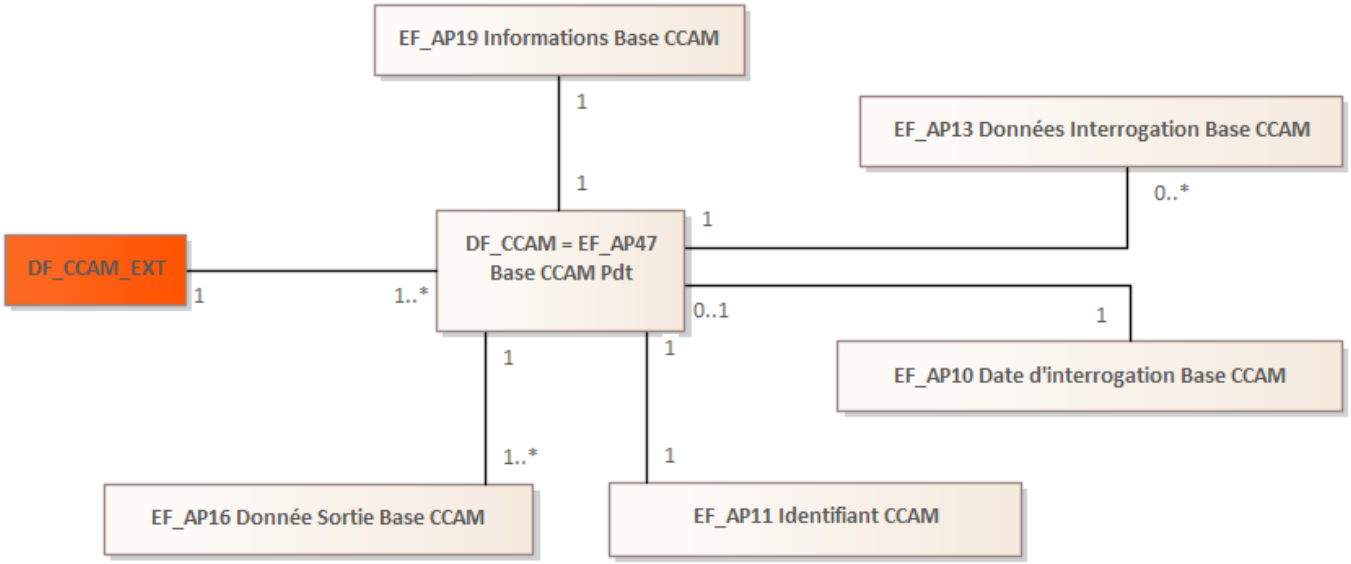


Figure 8 : [DF_AP02] Modèle de données « Administrer la base CCAM »

5.1.3 DF_AP03 : Modèle de données « Administrer les tables pour la gestion des conventions »

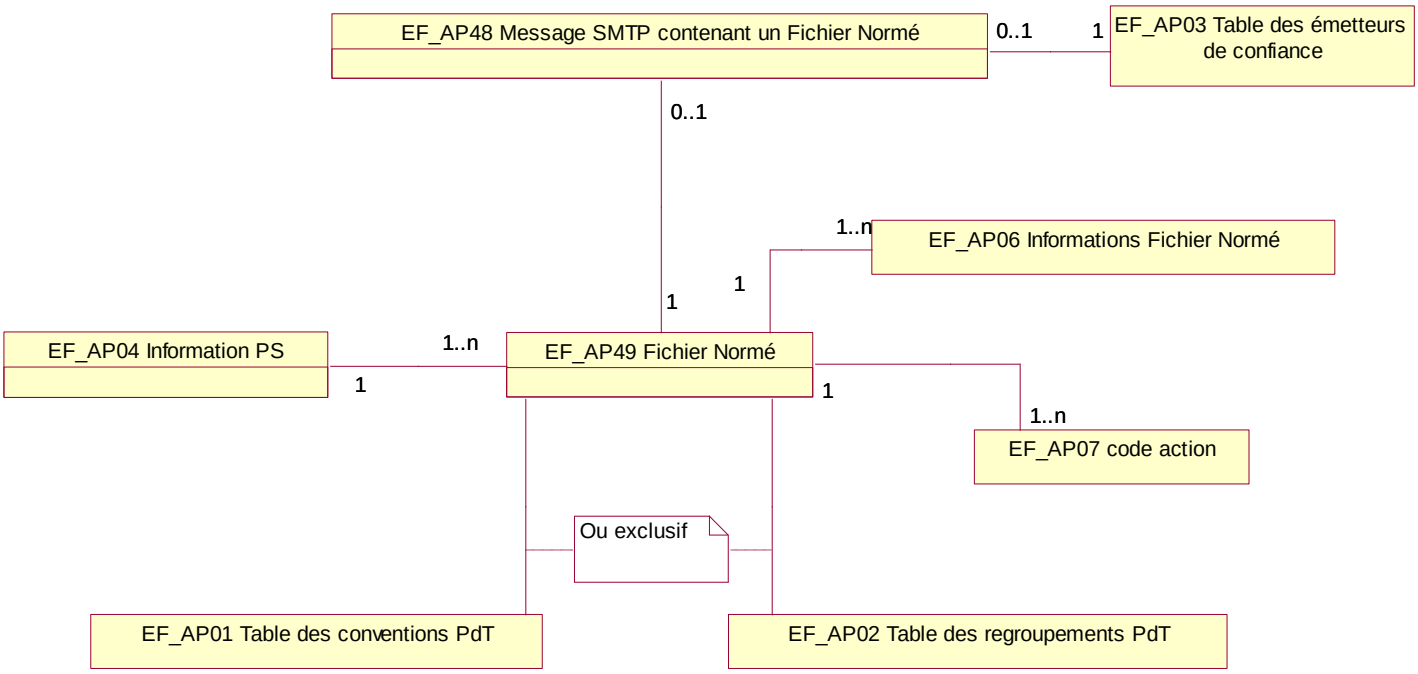


Figure 9 : [DF_AP03] Modèle de données « Administrer les tables pour la gestion des conventions »

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 »

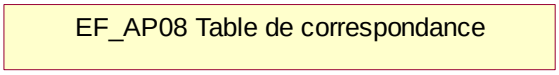


Figure 10 : [DF_AP03.02] Modèle de données « Administrer les tables liées aux fichiers de correspondance normés »

5.1.5 DF_AP05 = DF_TOD : Modèle de données « Administrer la table des organismes destinataires (TOD) »

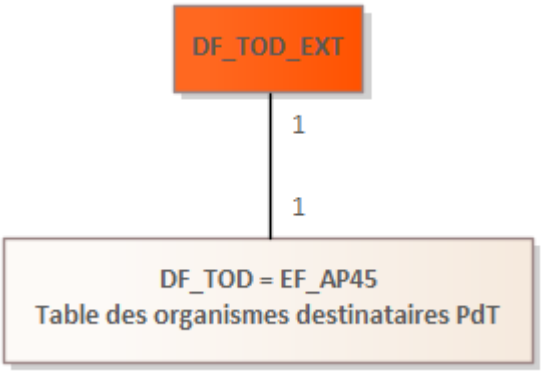


Figure 11 : [DF_AP05] Modèle de données « Administrer la table des organismes destinataires (TOD) »

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

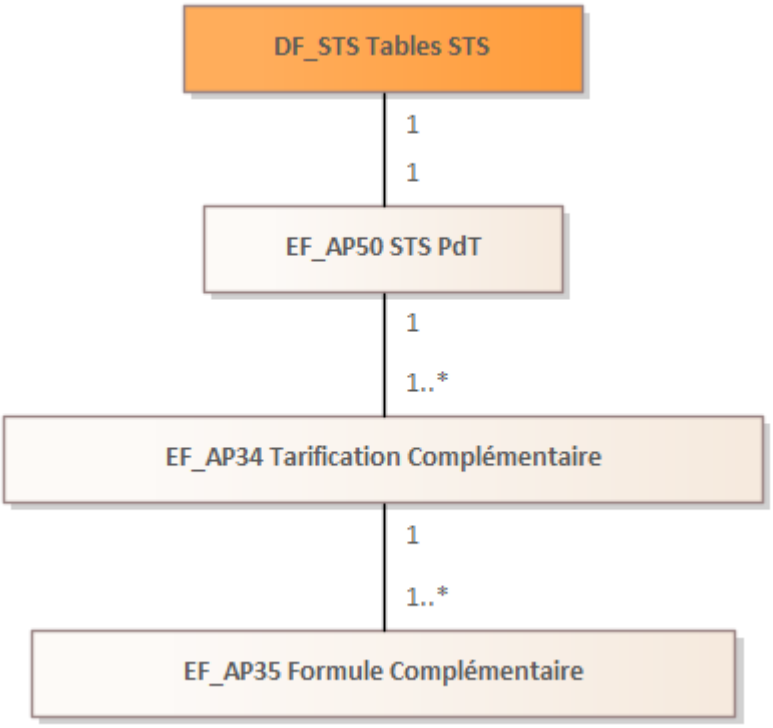


Figure 12 : [DF_AP06] Modèle de données « Administrer les composants liés à la tarification complémentaire»

5.1.7 DF_AP07 = DF_LOI : Modèle de données de l'opposition

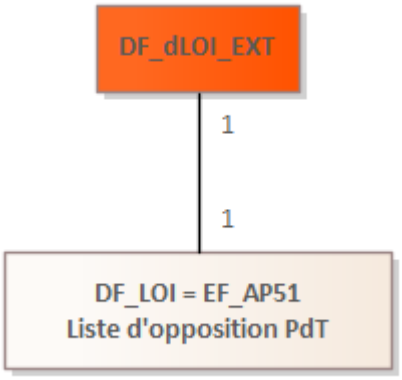


Figure 13 : [DF_AP07] Modèle de données de l'opposition

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 »

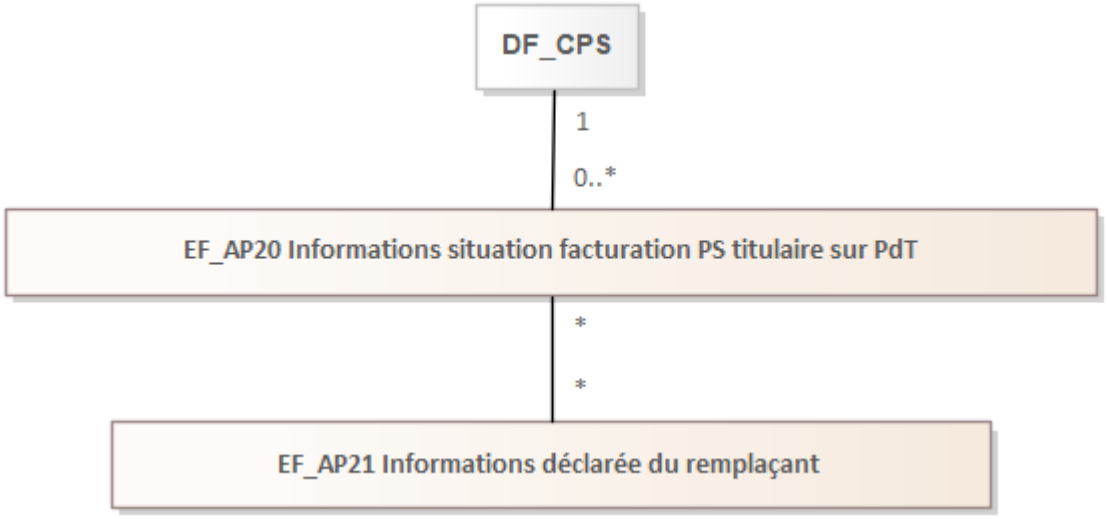


Figure 14 : [DF_AP10] Modèle de données « Administrer une session de remplacement »

5.1.9 DF_AP15 : Modèle de données des Bordereaux d'accompagnement des ordonnances

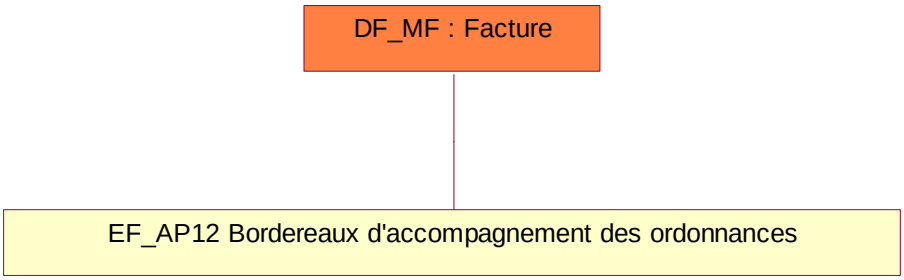


Figure 15 : [DF_AP15] Modèle de données des Bordereaux d'accompagnement des ordonnances

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	②	③	④
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	
	⑤	⑥	

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

Annexe 1-A

Présentation fonctionnelle des Modules SESAM-Vitale

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

Intégrant l'Addendum n°8

Mise à jour Janvier 2024

GIE SESAM-Vitale
5, boulevard Marie & Alexandre Oyon - 72 019 LE MANS CEDEX 2 - www.sesam-vitale.fr
SIRET : 391 722 881 00052 - APE : 6202A - RCS LE MANS : 391 722 881 - N° TVA : FR 753 917 22881

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

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

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

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

Sommaire

1 Introduction 5

1.1 Présentation du document 5
1.2 Présentation générale des interfaces 5

2 Constitution de la facture 7

2.1 Identifications 7
2.1.1 Acquisition des informations relatives au Professionnel de Santé à partir de la carte CPS 7
2.1.1.1 Acquisition des informations pour un centre de santé 7
2.1.1.2 Acquisition des informations pour un Professionnel de Santé remplaçant 7
2.1.1.3 Acquisition des informations pour un pharmacien 7
2.1.1.4 Acquisition sur le Poste de Travail, des informations relatives au Professionnel de Santé Fournisseurs 7
2.1.1.5 Acquisition des informations de la carte CPX 7
2.1.2 Données paramétrées sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé 9
2.1.2.1 Caisse de rattachement du Professionnel de Santé (pour la CCAM) 9
2.1.2.2 Adhésion au Contrat Tarifaire PS 9
2.1.2.3 Date de première installation en exercice libéral 9
2.1.2.4 Date d'installation en zone sous médicalisée 9
2.1.2.5 Tiers-Payant AMO 10
2.1.3 Acquisition des informations relatives au bénéficiaire des soins 11
2.1.3.1 La fonction «Lecture Droits Vitale» 11
2.1.3.2 La fonction « Demander l'authentification de l'utilisateur d'une ApCV » 16
2.1.3.3 La fonction « Acquérir les droits en ligne » 17
2.1.3.4 Identification de certaines catégories de bénéficiaires 17
2.1.3.4.1 Identification d'un bénéficiaire de C2S 17
2.1.3.4.2 Identification d'un sortant de C2S 17
2.1.3.4.3 Aide Médicale d'Etat 17
2.1.3.4.4 Les Migrants de passage 17
2.1.3.4.5 Les « autre situation de migrant » 17
2.1.3.4.6 Victime d'Attentat 17
2.1.3.5 Détermination du mode de gestion 17
2.1.3.6 Détermination des identifiants de l'organisme complémentaire en gestion unique 17
2.1.3.7 Correction du siècle de la date de naissance du bénéficiaire 17
2.1.3.8 Affichage des périodes de droits AMO 17
2.1.4 Le parcours coordonné de soins 18
2.1.5 Principes pour la gestion des AT dans SESAM-Vitale 21
2.1.5.1 Présentation générale 21
2.1.5.2 Principes et définitions 21
2.1.5.2.1 Code Organisme gestionnaire 21
2.1.5.2.2 Support AT 21
2.1.5.2.3 Numéro d'accident du travail AT 21
2.1.5.3 Tableau de synthèse 22
2.1.5.4 Conditions pour une FSE au risque AT 22
2.2 Zones d'Echange de la facture 23
2.3 Phases AMO 23
2.3.1 Règles 23
2.3.2 Schémas d'enchaînement des règles de l'annexe 1 et de l'annexe 2 23
2.3.2.1 Répartition des spécifications entre Annexe 1 et Annexe 2 23
2.3.2.2 Schémas SC et SR : Réglementation 24
2.3.2.2.1 Schéma SC1 : Contexte de réglementation 24
2.3.2.2.2 Schéma SR1 : Réglementation Maladie 24
2.3.2.2.3 Schéma SR1bis : Honoraires de dispensation globaux 24
2.3.2.2.4 Schéma SR2 : Réglementation des accidents 24
2.3.2.3 Schémas SB : Base de Remboursement 24
2.3.2.4 Schémas ST : Taux de Remboursement 24
2.3.2.5 Schéma SP1 : Montant Remboursable AMO 24
2.4 Phase Complémentaire 25
2.5 Mise en forme et sécurisation des factures 26
2.5.1 Mise en forme des factures 26
2.5.2 Chiffrement des factures 28
2.5.3 Signature Vitale des factures avec une carte Vitale 29
2.5.3.1 Signature Vitale des factures avec une ApCV 30

2.5.4 Calculer l'empreinte de la FSE et/ou l'empreinte de la DRE 30
2.5.5 Ajouter la signature Vitale à la FSE et/ou la DRE 31
2.5.6 Signature CPS des factures 32

3 Cas particulier du forçage 35

3.1 Principe de la création d'un indicateur de forçage 35
3.2 Principes de forçage de niveau facture 36
3.2.1 Forçage des informations relatives au domaine de l'AMO 36
3.2.1.1 Forçage des droits à exonération du ticket modérateur liés à la maternité 36
3.2.1.2 Forçage d'une situation d'exonération modulation du ticket modérateur 36
3.2.1.3 Forçage des zones « service AMO famille» et « service AMO bénéficiaire » 37
3.2.1.4 Forçage des données liées à la nature d'assurance AT ou aux accidents de la vie privée 37
3.2.1.5 Forçage des données liées au parcours coordonné de soins 37
3.2.1.6 Forçage des données liées aux régimes à taux particuliers 37
3.2.1.7 Forçage de l'accès au tiers payant 37
3.2.1.8 Forçage des données liées à la nature d'assurance SMG 37
3.2.2 Forçage des informations relatives au domaine de la complémentaire 37
3.2.2.1 Principes de forçage des données de la zone AMC 37
3.2.2.2 Principes de forçage des données de la zone mutuelle 38
3.2.2.3 Principes de forçage pour des données liées à un bénéficiaire de la C2S, à un sortant de C2S 38
3.2.3 Cumul des indicateurs de forçage au regard des données de la carte Vitale et de la facturation AMO niveau facture 39
3.3 Principes de forçage de niveau acte 40
3.3.1 Forçage des informations relatives au domaine de l'AMO 40
3.3.1.1 Forçage des éléments de tarification hors CCAM 40
3.3.1.2 Forçage des éléments de tarification CCAM 41
3.3.1.2.1 Forçage de certains éléments liés aux codes regroupements CCAM ou à la table des plafonds 41
3.3.1.2.2 Forçage des données du référentiel électronique CCAM 41
3.3.1.2.3 Forçage des données de la facture pour une prestation CCAM 42
3.3.1.2.4 Forçage et débrayage 44
3.3.1.2.5 Valorisation de l'indicateur de forçage AMO pour une prestation CCAM 46
3.3.1.3 Forçage du montant remboursable par l'AMO 47
3.3.1.4 Forçage du plafond des honoraires 48
3.3.1.5 Cumul de plusieurs forçage de niveau acte 48
3.3.2 Forçage des informations relatives au domaine de la part complémentaire 49

4 Préparation du fichier à transmettre 50

4.1 Les fonctions de mise en forme et de sécurisation des lots 50
4.1.1 Mise en forme des lots 50
4.1.1.1 Si constitution d'un lot de FSE 50
4.1.1.2 Si constitution d'un lot de DRE 53
4.1.2 Signature CPS des lots 55
4.1.2.1 Si constitution d'un lot de FSE 55
4.1.2.2 Si constitution d'un lot de DRE 55
4.1.3 Conditions d'utilisation 57
4.2 La fonction «Mise en forme en-tête et fin de Fichier» 58
4.2.1 Fichier de FSE 58
4.2.2 Fichier de DRE 59

1 Introduction

1.1 Présentation du document

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

1.2 Présentation générale des interfaces

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

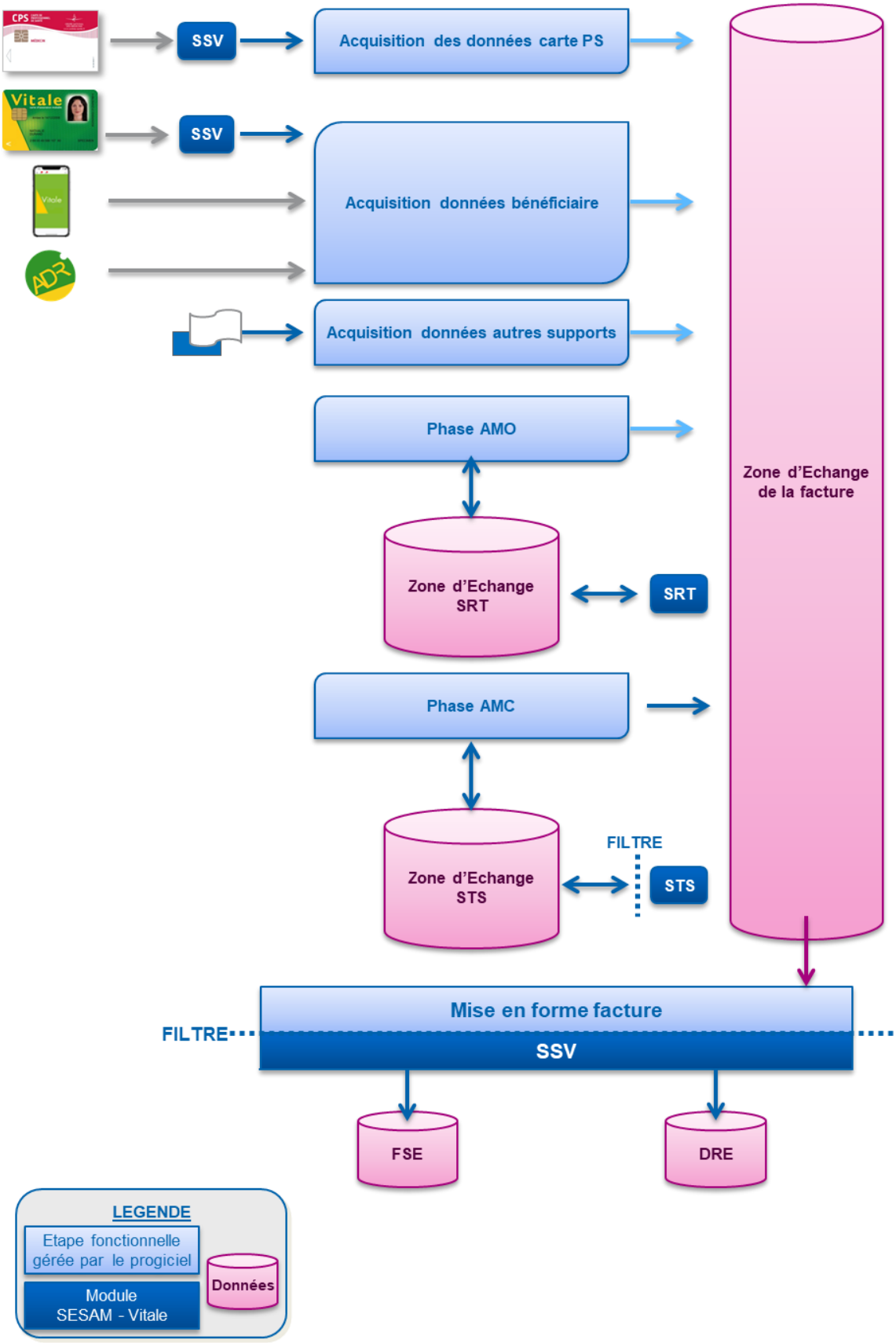
- La première concerne la zone d'échange de la facture : celle-ci est enrichie au fur et à mesure du processus de facturation et est transmise à la fonction « Mise en forme facture » pour la génération des flux à transmettre : FSE et DRE. Ces 2 flux sont donc constitués à partir des mêmes données.
-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

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

Définitions

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

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


SSV
Acquisition des données carte PS
SSV
Acquisition données bénéficiaire
Acquisition données autres supports
Phase AMO
Zone d'Echange de la facture
Zone d'Echange SRT
SRT
Phase AMC
FILTRE
Zone d'Echange STS
STS
Mise en forme facture
FILTRE
SSV
FSE
DRE
LEGENDE
Etape fonctionnelle gérée par le progiciel
Module SESAM - Vitale
Données

2 Constitution de la facture

2.1 Identifications

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

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

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

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

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

2.1.1.1 Acquisition des informations pour un centre de santé

SFG PS RG_PS090[CP2]

2.1.1.2 Acquisition des informations pour un Professionnel de Santé remplaçant

SFG PS RG_PS090[SP02]

SFG PS PS01/Préambule

2.1.1.3 Acquisition des informations pour un pharmacien

SFG PS RG_PS090[CP1]

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

SFG PS RG_PS090[CP3]

SFG PS RG_PS073

2.1.1.5 Acquisition des informations de la carte CPX

Fonction à utiliser	**SSV_LireCartePS**
Les paramètres en entrée	

Code porteur **EF_PS99_01**

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

Les paramètres en sortie

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

12 **Clé du n° d'identification du PS remplaçant**

Non utilisé

13 **Code conventionnel**

Nature de la convention liant le Professionnel de Santé et l'Assurance Maladie Obligatoire

14 **Code spécialité**

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

15 **Code zone tarifaire**

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

16 **Code zone IK**

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

17 **Code agrément 1**

Code agrément pour radiologue ou fournisseur.

18 **Code agrément 2**

Zone réservée pour utilisation future.

19 **Code agrément 3**

Zone réservée pour utilisation future.

20 **Habilitation à signer une facture**

Oui/non.

21 **Habilitation à signer un lot**

Oui/non.

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

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

SFG PS RG_PS038

2.1.2.2 Adhésion au Contrat Tarifaire PS

SFG PS RG_PS037

2.1.2.3 Date de première installation en exercice libéral

SFG PS RG_PS026

2.1.2.4 Date d'installation en zone sous médicalisée

SFG PS RG_PS027

2.1.2.5 Tiers-Payant AMO

SFG PS RG_PS040

2.1.3 Acquisition des informations relatives au bénéficiaire des soins

SFG BS §2.2 Description de la fonctionnalité

2.1.3.1 La fonction «Lecture Droits Vitale»

Remarques

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

RG_BS351

Fonction à utiliser

SSV_LireDroitsVitale

Les paramètres en entrée

Code porteur PS **EF_PS99_01**

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

Date de consultation de droits

Acquisition des données Vitale dans le cadre du processus de facturation

EF_BS01_93

RG_PS307

Acquisition des données Vitale hors processus de facturation

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

Les paramètres en sortie

101	**Groupe** *Données Assuré*	1 occurrence

101-1 **Type de carte Vitale**

101-2 **Numéro de série de la carte Vitale**

101-3 **Date de fin de validité carte Vitale**

101-4 **Données administration carte RUF1**

Zone réservée pour porter des informations concernant l'administration carte.

101-5 **Données administration carte RUF2**

Zone réservée pour porter des informations concernant l'administration carte.

101-6 **Données RUF administration**

Zone réservée pour porter des informations concernant l'administration carte.

101-7 **Type d'identification du porteur de la carte**

Le type d'identification indique si le N° national d'immatriculation est celui de l'assuré ou celui de l'ayant-droit.

101-8 **N° national d'immatriculation : NIR**

101-9 **Clé du NIR**

101-10 **Code régime**

Le code régime est une des principales informations de détermination des règles de tarification liées au bénéficiaire (cf. annexe 2).

101-11 **Caisse gestionnaire**

101-12 **Centre gestionnaire**

101-13 **Code gestion**

Code régime de prestations ou « code gestion (budget global) » défini par chaque organisme gestionnaire. Il permet la répartition de la dotation globale à l'intérieur d'un régime et correspond au code régime d'imputation comptable.

101-14 **Données RUF Famille**

Zone réservé à une utilisation future. Elle est réservée pour porter des informations de niveau famille (concernant tous les ayants-droit portés dans la carte).

102	Groupe *Service AMO Famille*	0 à 1 occurrence

102-1 **Code service AMO Famille**

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

102-2 **Date de début du service AMO Famille**

102-3 **Date de fin du service AMO Famille**

103	Groupe *Données Accident du Travail*	0 à 1 occurrence

Ce groupe contient les informations qui permettent de gérer les accidents du travail de l'assuré.
Il est subdivisé en trois blocs d'information. Lorsque ce groupe est renseigné, le premier bloc est systématiquement présent.
Il indique alors la caisse gestionnaire par défaut du risque AT et les champs « code AT BGDH » et « Identifiant AT » de ce bloc ne sont pas renseignés.
Les 2 blocs suivants contiennent chacun les informations caractérisant un accident du travail donné.

103-1 **Organisme gestionnaire du risque AT** — **« Gestionnaire AT par défaut »**

103-2 **Code AT BGDH** — **Bloc 1**

Code Budget Global Des Hôpitaux.
(ce champ n'est pas renseigné pour ce premier bloc)

103-3 **Identifiant AT**

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

103-4 **Organisme gestionnaire AT1** — **« 1er AT inscrit »**

103-5 **Code AT1 BGDH** — **Bloc 2**

Code Budget Global Des Hôpitaux.

103-6 **Identifiant AT1**

103-7 **Organisme gestionnaire AT2** **« 2nd AT inscrit »**

Bloc 3

103-8 **Code AT2 BGDH**

Code Budget Global Des Hôpitaux.

103-9 **Identifiant AT2**

104	Groupe *Données Bénéficiaire*	1 à 19 occurrences

104-1 **Nom usuel du bénéficiaire**

104-2 **Nom de famille du bénéficiaire**

104-3 **Prénom du bénéficiaire**

104-4 **Adresse ligne 1**

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

104-5 **Adresse ligne 2**

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

104-6 **Adresse ligne 3**

N° et libellé de la voie.

104-7 **Adresse ligne 4**

Lieu-dit ou service particulier de distribution.

104-8 **Adresse ligne 5**

Code postal et localité de destination.

104-9 **NIR certifié**

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

104-10 **Clé du NIR certifié**

104-11 **Date de certification du NIR**

104-12 **Date de naissance du bénéficiaire**

104-13 **Rang de naissance**

Numéro distinguant des ayants-droit nés le même jour

104-14 **Qualité**

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

104-15 **Code service AMO bénéficiaire**

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

104-16 **Date de début de service AMO bénéficiaire**

104-17 **Date de fin du service AMO bénéficiaire**

104-18 **Données RUF AMO bénéficiaire**

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

105	Groupe *Période de droits AMO*	0 à 3 occurrences par bénéficiaire

105-1 **Date de début droits AMO**

Date de début de la période

105-2 **Date de fin droits AMO**

Date de fin de la période

106	Groupe *Période de code couverture*	0 à 7 occurrences par bénéficiaire

106-1 **Date de début code couverture**

Date de début de la période

106-2 **Date de fin code couverture**

Date de fin de la période

106-3 **Code ALD**

106-4 **Code situation**

107	Groupe *Données Mutuelle*	0 à 1 occurrence par bénéficiaire

107-1 **Identification mutuelle**

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

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

107-2 **Garanties effectives**

Cette donnée indique les garanties (honoraires, pharmacie, transport, prothèses dentaires, hospitalisation, forfait journalier, indemnité chambre particulière, frais d'accompagnement) pour lesquelles le bénéficiaire est couvert par l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire, l'aide médicale ou au titre de la C2S.

107-3 **Indicateur de traitement mutuelle**

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

107-4 **Type de services associés**

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

107-5 **Services associés au contrat**

- Les quatorze premières positions de cette zone sont réservées au numéro d'organisme complémentaire. Seules les 10 premières positions de cette zone réservée sont utilisées.

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

107-6 **Code aiguillage STS**

Cette information est à transmettre aux STS en tarification complémentaire.

108	Groupe *Période de droits mutuelle*	0 à 3 occurrences par bénéficiaire

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

108-1 **Date de début droits mutuelle**

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

108-2 **Date de fin droits mutuelle**

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

109	Groupe *Données Complémentaire*	0 à 1 occurrence par bénéficiaire

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

109-1 **Numéro de complémentaire B2**

Cette zone est appelée numéro d'organisme complémentaire.

109-2 **Numéro de complémentaire EDI**

cf. RG_BS351 : EF_BS20_02

109-3 **Numéro d'adhérent AMC**

109-4 **Indicateur de traitement AMC**

Cette information est utilisée pour définir

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

109-5 **Date de début de validité de présence des données AMC**

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

109-6 **Date de fin de validité de présence des données AMC**

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

109-7 **Code de routage AMC**

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

109-8 **Identifiant d'hôte**

Donnée utilisée dans l'adressage de la DRE

109-9 **Nom de domaine AMC**

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

109-10 **Code aiguillage STS**

Cette information est à transmettre aux STS en tarification complémentaire.

109-11 **Type de services associés**

Cette information est à transmettre aux STS en tarification complémentaire.

109-12 **Services associés au contrat**

Cette information est à transmettre aux STS en tarification complémentaire.

111	Groupe *Zone Commune Complémentaire*	0 à 1 occurrence par bénéficiaire

111-1 **Données Zone commune complémentaire (appelée aussi RUF bénéficiaire)**

Données utilisées dans le calcul de la part complémentaire.

Remarques

- **Périodes de Droits Mutuelle et AMC**

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

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

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

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

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

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

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

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

Données du contexte ApCV

RG_BS905

2.1.3.3 La fonction « Acquérir les droits en ligne »

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

2.1.3.4 Identification de certaines catégories de bénéficiaires

L'identification du statut du bénéficiaire se détermine à la date de consultation des droits (cf. opération BS22 et RG_CF317).

2.1.3.4.1 Identification d'un bénéficiaire de C2S

- RG_BS339[SP03]

2.1.3.4.2 Identification d'un sortant de C2S

- RG_BS339[SP04]

2.1.3.4.3 Aide Médicale d'Etat

- RG_BS339[SP06]

2.1.3.4.4 Les Migrants de passage

- RG_BS339[SP08.1]

2.1.3.4.5 Les « autre situation de migrant »

- RG_BS339[SP08.2]

2.1.3.4.6 Victime d'Attentat

- RG_BS339[SP18]

2.1.3.5 Détermination du mode de gestion

- RG_BS076
- RG_BS618

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

- RG_BS330
- RG_BS328
- RG_BS366

2.1.3.7 Correction du siècle de la date de naissance du bénéficiaire

- RG_BS311

2.1.3.8 Affichage des périodes de droits AMO

- RG_BS314

2.1.4 Le parcours coordonné de soins

Synthèse

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

- les informations liées au parcours de soins (renseignées par le Professionnel de Santé, utilisées par le progiciel et transmises dans la facture),
- les majorations autorisées,
- les dépassements possibles,
- la modulation éventuelle du Ticket Modérateur.

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

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

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

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

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

(4) EF_A2_T17bis *(tout Professionnel de Santé pour bénéficiaire C2S et selon secteurs pour les autres bénéficiaires).*

(5) *RG_CF326 : TAB_A0-T2bis (Secteur I et spécialité différente de 01, 22, 23 sauf bénéficiaire C2S)*

(6) *RG_CF326 : TAB_A0-T2bis (Secteur I et spécialité 18 ou 44 ou 45 ou 69 sauf bénéficiaire C2S)*

(8) hors cas particulier (cf. *EF_A2_T14*)

(9) *EF_A2_T17*

AVERTISSEMENT

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

- *RG_CF315 et RG_CF328 pour l'identification dans la facture : tables* TB*_A0-T1 et TB_CF01.04*
- *RG_CF_R39 pour les majorations : tables 17 et 17bis (EF_A2_T17 et EF_A2_T17bis)*
- *RG_CF326 pour les dépassements : tables TB_A0-T2 et TB_A0-T2bis*
- *RG_VF_P0bis pour la modulation du Ticket Modérateur : table 14 (EF_A2_T14).*

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

2.1.5 Principes pour la gestion des AT dans SESAM-Vitale

2.1.5.1 Présentation générale

CF01.03.03

2.1.5.2 Principes et définitions

2.1.5.2.1 Code Organisme gestionnaire

Un code organisme gestionnaire est composé des 3 informations suivantes :

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

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

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

Cet organisme correspond :

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

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

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

Sur le feuillet AT l'organisme gestionnaire est désigné

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

2.1.5.2.2 Support AT

CF01.03.03

2.1.5.2.3 Numéro d'accident du travail AT

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

Date de l'AT	+	code CARSAT	+	Clé
sous la forme AAMMJJ		*code de rattachement de l'employeur*		*calculée conformément à la règle R27*

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

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

2.1.5.3 Tableau de synthèse

CF01.03.03

2.1.5.4 Conditions pour une FSE au risque AT

CF01.03.03

2.2 Zones d'Echange de la facture

Consulter Annexe 1-A0.

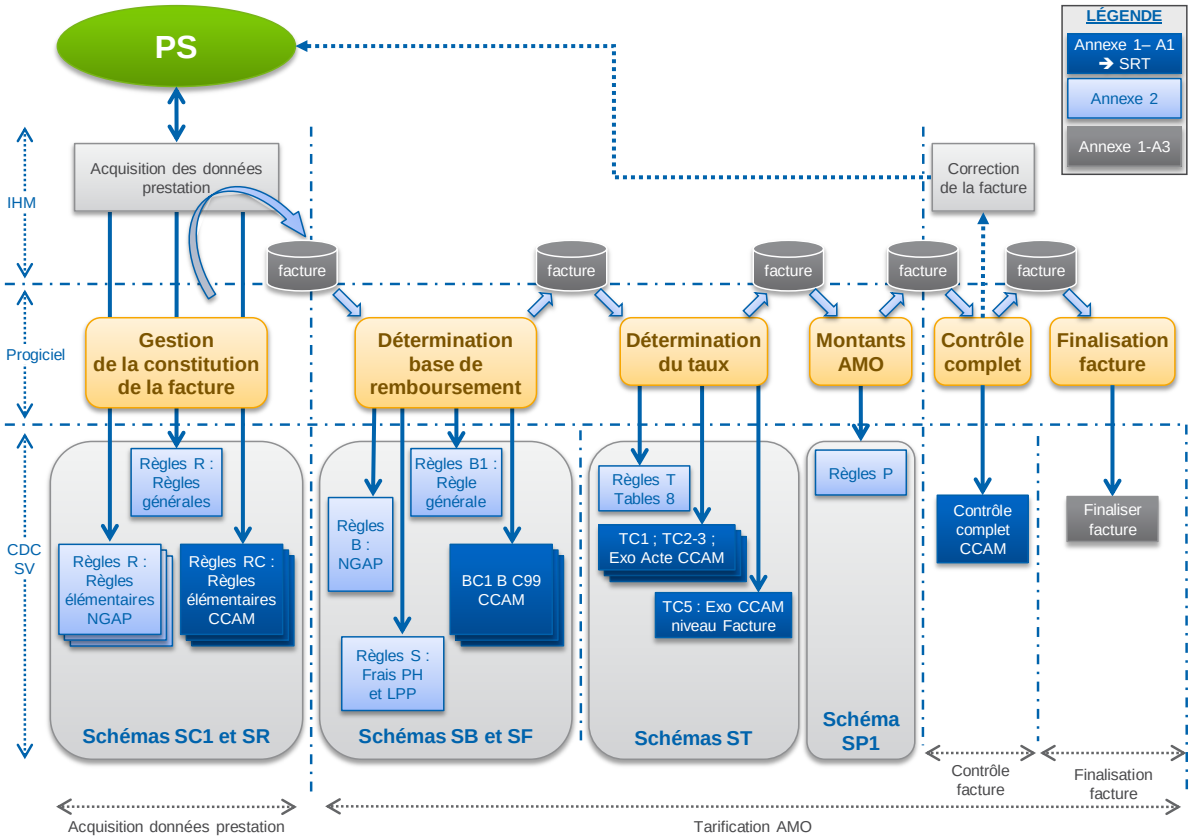
2.3 Phases AMO

2.3.1 Règles

Consulter SFG-Facturation : IP-CF-VF

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

2.3.2.1 Répartition des spécifications entre Annexe 1 et Annexe 2



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

2.3.2.2 Schémas SC et SR : Réglementation

2.3.2.2.1 Schéma SC1 : Contexte de réglementation

- IP
- CF

2.3.2.2.2 Schéma SR1 : Réglementation Maladie

- IP
- CF

2.3.2.2.3 Schéma SR1bis : Honoraires de dispensation globaux

- SC_CF06

2.3.2.2.4 Schéma SR2 : Réglementation des accidents

- SC_CF01.03.03

2.3.2.3 Schémas SB : Base de Remboursement

- SC_VF01

2.3.2.4 Schémas ST : Taux de Remboursement

- SC_VF02

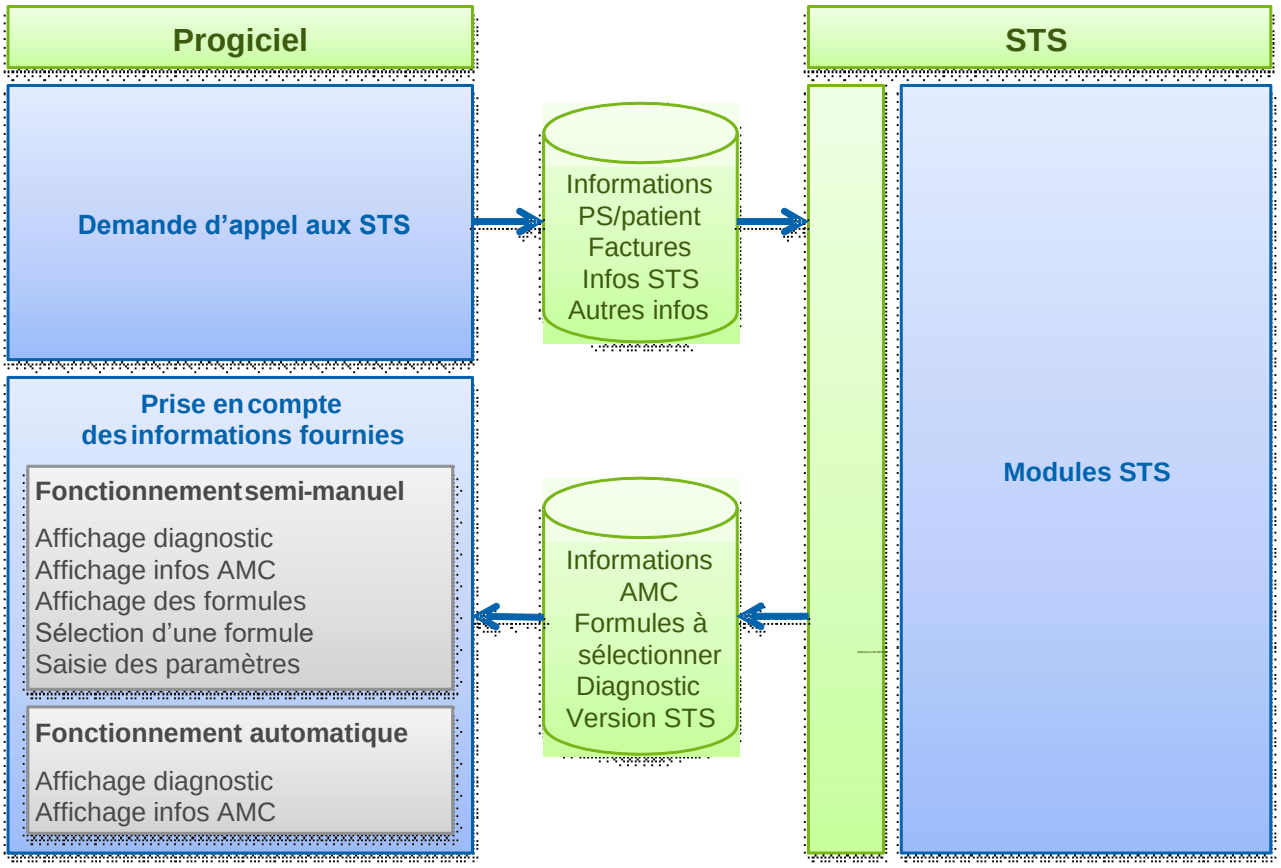
2.3.2.5 Schéma SP1 : Montant Remboursable AMO

- SC_VF03

2.4 Phase Complémentaire

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

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



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

2.5 Mise en forme et sécurisation des factures

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

Le processus fonctionnel de mise en forme et sécurisation des factures est décrit dans la fonctionnalité MF de la partie SFG du CDC SV.

- MF
- SFG PS RG_PS022
- SFG PS RG_PS090[CP2]
- SFG PS RG_PS090[CP3]
- SFG CF RG_CF330

Les fonctions suivantes sont disponibles…	et doivent être utilisées systématiquement …
• SSV_FormaterFactures	quel que soit le mode de sécurisation
• SSV_ChiffrerFacture	quel que soit le mode de sécurisation
• SSV_SignerFactureVitale	en mode de sécurisation SESAM Vitale si le support Vitale est la carte Vitale
• SSV_CalculerHashFactureAssure • SSV_AjouterSignatureAssureFacture	en mode de sécurisation SESAM Vitale si le support Vitale est l'ApCV
• SSV_SignerFactureCPS	quel que soit le mode de sécurisation

2.5.1 Mise en forme des factures

Fonction à utiliser

SSV_FormaterFactures

Les paramètres en entrée

Type de facture

Cette information est déterminée en fonction des choix réalisés par le Professionnel de Santé et du contexte de facturation possible. Cf. Corps du CDC 1.40, § Condition de génération des flux (FSE et DRE).
« 1 » - Création d'une FSE seule.
« 2 » - Création d'une DRE seule.
« 3 » - Création simultanée d'une FSE et d'une DRE

La valeur du type de facture est déterminée en fonction du type de facturation (EF_MF01_01) comme suit :

Type de facture	Type de facturation (EF_MF01_01)
« 1 »	FSE AMO seule
	FSE en gestion unique
	FSE enrichie
« 2 »	DRE seule
	DRE d'annulation
« 3 »	FSE + DRE

Mode de sécurisation **EF_MF01_02**

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

« 1 » - SESAM sans Vitale
« 3 » - SESAM Vitale
« 5 » - SESAM dégradé

Type de flux **EF_MF01_08**

Les valeurs autorisées sont les suivantes :

« T » - Flux de test

« D » - Flux de démonstration

« R » - Flux réel

Le type de flux correspond à la donnée EF_MF01_08 : « Marquage de la facture » déterminée par la règle RG_MF012

Zone d'échange Facture

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

Remarque :

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

Les paramètres en sortie

Les groupes de sortie sont les suivants.

150 Groupe *FSE*

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 non sécurisée

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

Code d'authentification de la FSE

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

160	Groupe *DRE*

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE non sécurisée

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

Code d'authentification de la DRE

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

2.5.2 Chiffrement des factures

Fonction à utiliser

SSV_ChiffrerFacture

Les paramètres en entrée

Les groupes d'entrée sont les suivants.

150	Groupe *FSE*

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2

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

Code d'authentification de la FSE

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

160	Groupe *DRE*

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE

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

Code d'authentification de la DRE

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

Les paramètres en sortie

Les groupes de sortie sont les suivants.

150	Groupe *FSE*

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 chiffrée

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

Code d'authentification de la FSE

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

160	Groupe *DRE*

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE chiffrée

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

Code d'authentification de la DRE

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

2.5.3 Signature Vitale des factures avec une carte Vitale

Fonction à utiliser

SSV_SignerFactureVitale

Les paramètres en entrée

Les groupes d'entrée sont les suivants.

150	Groupe *FSE*

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 chiffrée

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

Code d'authentification de la FSE

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

160	Groupe *DRE*

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE chiffrée

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

Code d'authentification de la DRE

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

Les paramètres en sortie

Les groupes de sortie sont les suivants.

150	Groupe *FSE*

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 signée avec la carte Vitale

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

Code d'authentification de la FSE

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

160 Groupe *DRE*

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE signée avec la carte Vitale

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

Code d'authentification de la DRE

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

2.5.3.1 Signature Vitale des factures avec une ApCV

SFG MF MF16

2.5.4 Calculer l'empreinte de la FSE et/ou l'empreinte de la DRE

Fonction à utiliser

SSV_CalculerHashFactureAssure

Les paramètres en entrée

Numéro de série de l'ApCV **EF_BS26_01**

Les groupes d'entrée sont les suivants.

150 Groupe *FSE*

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 chiffrée

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

Code d'authentification de la FSE

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

160 Groupe *DRE*

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE chiffrée

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

Code d'authentification de la DRE

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

Les paramètres en sortie

Les groupes de sortie sont les suivants.

150	**Groupe *FSE***

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 après calcul d'empreinte

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

Code d'authentification de la FSE

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

Empreinte de la FSE

Empreinte (hash) de la FSE **EF_MF15_01**

160	**Groupe *DRE***

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE après calcul d'empreinte

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

Code d'authentification de la DRE

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

Empreinte de la DRE

Empreinte (hash) de la DRE **EF_MF16_01**

2.5.5 Ajouter la signature Vitale à la FSE et/ou la DRE

Fonction à utiliser

SSV_AjouterSignatureAssureFacture

Les paramètres en entrée

Les groupes d'entrée sont les suivants.

150	**Groupe *FSE***

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 après calcul d'empreinte

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

Code d'authentification de la FSE

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

170	**Groupe *Signature FSE par ApCV***

Signature FSE par ApCV **EF_MF15_02**

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

160	Groupe *DRE*

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE après calcul d'empreinte

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

Code d'authentification de la DRE

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

180	Groupe *Signature DRE par ApCV*

Signature DRE par ApCV **EF_MF16_02**

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

157	Groupe *Occurrence de la facture*

Occurrence de la facture **EF_MF18_01**

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

Les paramètres en sortie

Les groupes de sortie sont les suivants.

150	Groupe *FSE*

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 signée avec l'ApCV

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

Code d'authentification de la FSE

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

160	Groupe *DRE*

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE signée avec l'ApCV

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

Code d'authentification de la DRE

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

2.5.6 Signature CPS des factures

Fonction à utiliser

SSV_SignerFactureCPS

Les paramètres en entrée

Code porteur PS	**EF_PS99_01**
Numéro logique situation de facturation PS	**EF_PS03_01**

150 Groupe *FSE*

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2

Selon le mode de sécurisation utilisé lors de la mise en forme des factures (cf. §2.5.1), cette zone contient :

- **la FSE B2 signée avec le support Vitale :**
  (mode de sécurisation = 3)
  FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire après chiffrement et signature par le support Vitale.
- **la FSE B2 chiffrée :**
  (mode de sécurisation = 1 ou 5)
  FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire après chiffrement

Code d'authentification de la FSE

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

160 Groupe *DRE*

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE

Selon le mode de sécurisation utilisé lors de la mise en forme des factures (cf. §2.5.1), cette zone contient :

- **la DRE signée avec le support Vitale :**
  (mode de sécurisation = 3)
  DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire après chiffrement et signature par le support Vitale.
- **la DRE chiffrée :**
  (mode de sécurisation = 1 ou 5)
  DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire après chiffrement.

Code d'authentification de la DRE

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

Les paramètres en sortie

Les groupes de sortie sont les suivants.

150 Groupe *FSE*

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 signée avec la carte CPS

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

160	**Groupe *DRE***

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE signée avec la carte CPS

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

3 Cas particulier du forçage

3.1 Principe de la création d'un indicateur de forçage

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

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

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

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

N° indicateur	Définition	Position groupe et libellé
indicateur ①	Indicateur de forçage de **niveau facture** qui indique que : • 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.	1440-1 "Indicateur de forçage AMO niveau facture"
indicateur ②	Indicateur de forçage de **niveau facture** qui indique que les **données AMC du bénéficiaire** ont été modifiées (période de droits).	1440-2 "Indicateur de forçage AMC niveau facture"
indicateur ③	Indicateur de forçage de **niveau acte** qui indique qu'un ou plusieurs éléments concourant à la tarification AMO de la prestation ont été modifiés ou créés.	2000-2 "Indicateur de forçage AMO niveau acte"
indicateur ④	Indicateur de forçage de **niveau acte** qui indique qu'un ou plusieurs éléments concourant à la tarification de la part complémentaire de la prestation ont été modifiés ou crées.	2010-2 "Indicateur de forçage AMC niveau acte"

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

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

3.2 Principes de forçage de niveau facture

Aucune donnée n'est forçable sauf spécification contraire.

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

3.2.1 Forçage des informations relatives au domaine de l'AMO

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

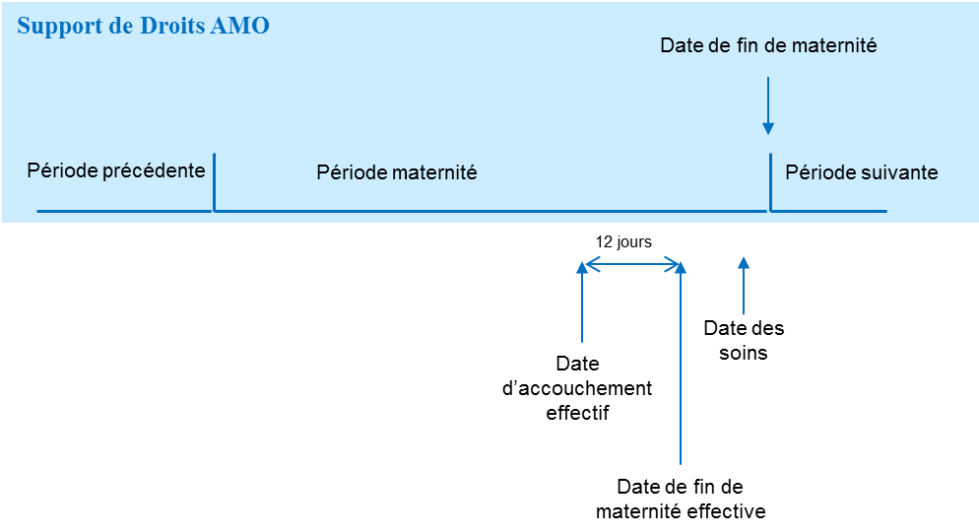
Le Professionnel de Santé peut forcer la date de fin « théorique » de droits à l'exonération du ticket modérateur au titre de la maternité.

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

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

Illustration du cas d'usage

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



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

La règle adoptée

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

Cas particulier

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

- lorsque l'ALD n'est pas présente en carte,
- ou lorsque les droits sont échus en carte (en prolongeant les droits du bénéficiaire à cette exonération).

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

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

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

Dès lors qu'une attestation papier est présentée et justifiant des droits y afférents, le Professionnel de Santé peut élaborer une facture en rapport avec ces droits lorsque ces droits ne sont pas présents en carte ou prolonger les droits du bénéficiaire.
⇨ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « S ».

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

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

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

3.2.1.5 Forçage des données liées au parcours coordonné de soins

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

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

3.2.1.6 Forçage des données liées aux régimes à taux particuliers

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

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

3.2.1.7 Forçage de l'accès au tiers payant

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

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

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

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

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

3.2.2 Forçage des informations relatives au domaine de la complémentaire

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

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

3.2.2.1 Principes de forçage des données de la zone AMC

Forçage des bornes de la période de droits

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

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

3.2.2.2 Principes de forçage des données de la zone mutuelle

Forçage de la période de droits complémentaires et garanties effectives

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3 Principes de forçage de niveau acte

3.3.1 Forçage des informations relatives au domaine de l'AMO

3.3.1.1 Forçage des éléments de tarification hors CCAM

Principes

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

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

Données forcées

Forçage des données de la facture pour une prestation Hors CCAM

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

Données forçables Hors CCAM	Table de l'annexe 2	Valeur indicateur
• la nature de prestation ou code de l'acte	table 1	A
• les caractéristiques du code prestation (type de prestation, type de nomenclature, groupe fonctionnel ou top codage affiné) **Attention** : pour toute prestation de la table 1, la donnée « origine prestation » n'est pas une donnée forçable.	table 1	C
• la compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance	table 4	C
• la nécessité d'une prescription pour l'acte effectué	table 4	C
• la nécessité d'un coefficient et les valeurs minimale et maximale spécifiées pour ce coefficient	table 4	C
• la compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement	table 4	C
• la compatibilité de l'acte avec une majoration de nuit, dimanche ou férié	table 4	C
• le taux théorique de remboursement	table 4ter	C
• la compatibilité de l'acte avec la spécialité du Professionnel de Santé	table 2	C
• la compatibilité de l'acte avec le contexte conventionnel du Professionnel de Santé (règle R1bis) dans le respect des tarifs opposables (règles P3 et P4) s'il y a lieu	table 2bis	C
• la compatibilité de l'acte avec la qualité du bénéficiaire	table 3	C
• la compatibilité de l'acte avec l'âge du bénéficiaire	table 3	C
• la compatibilité de l'acte avec la nécessité d'une entente préalable	table 6	C

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

Indicateur de forçage

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

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

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

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

3.3.1.2 Forçage des éléments de tarification CCAM

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

- modification de données CCAM liées au code regroupement (tables de l'Annexe2 ; il s'agit d'une modification permanente), ou à la table des plafonds,
- modification de données CCAM dans le référentiel électronique CCAM (s'il s'agit d'une modification permanente),
- modification des données de la facture (s'il s'agit d'une modification ponctuelle).

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

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

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

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

3.3.1.2.2 Forçage des données du référentiel électronique CCAM

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

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

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

3.3.1.2.3 Forçage des données de la facture pour une prestation CCAM

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

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

ainsi que les informations spécifiques CCAM suivantes :

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

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

Données forçables	Règles CCAM outre-passables	
• Spécialité PS	**RC5**	**Compatibilité du couple acte/activité avec la spécialité de l'exécutant**
• Nature d'assurance	**RC8**	**Compatibilité entre le code acte CCAM et la nature d'assurance**
• Nécessité d'une entente préalable	**RC7**	**Contrôle de la nécessité d'une entente préalable pour un code acte CCAM**
• Code justificatif d'exonération	TCxx	Le forçage consiste à mettre une valeur de code justificatif d'exonération incompatible par rapport aux règles TC ou qui n'existe pas.
• PU	BC1	**Calcul du Prix unitaire**
• BR	BC99	**Calcul de la Base de Remboursement**
• Taux	TCxx	Le forçage consiste à mettre une valeur de taux incompatible par rapport aux règles TC.
• Code acte CCAM	**CC8**	**Validité du code acte CCAM** Le forçage correspond à saisir un code acte CCAM : • soit qui n'existe pas dans le référentiel CCAM, • soit qui n'est pas valide à la date des soins
• Activité	**RC1**	**Compatibilité entre le code acte CCAM et le code activité** Le forçage correspond à saisir un code activité non prévu dans le référentiel électronique pour le code acte CCAM
• Phase	**RC2**	**Compatibilité entre le couple acte/activité et le code phase de traitement** Le forçage correspond à saisir un n° de phase de traitement non prévu dans le référentiel électronique pour le code acte CCAM
• Modificateurs tarifants (existence)	**CC9**	**Contrôle valeur des modificateurs tarifants**
• Modificateurs non tarifants (existence)	**CC9B**	**Contrôle valeur des modificateurs non tarifants**
• Modificateurs (tarifants ou non) (compatibilité)	**RC4**	**Compatibilité entre le code modificateur et l'âge du bénéficiaire**
	RC12	**Compatibilité entre 2 codes modificateurs**
	RC18	**Contrôle lié à la présence répétée d'un code modificateur**
	RC3	**Compatibilité entre le couple acte/activité et le code modificateur**
• Code Association	**CC1**	**Valeur du code association**
• Code remboursement exceptionnel	**CC11**	**Demande de remboursement exceptionnel pour un acte remboursable sous condition** Ce forçage consiste à demander un remboursement exceptionnel pour un acte remboursable ou non remboursable dans la mesure où cet acte est devenu remboursable sous condition et que le référentiel électronique ignore cette modification

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

3.3.1.2.4 Forçage et débrayage

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Forçages des données du référentiel électronique

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

Forçage des données de la facture

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

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

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

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

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

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

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

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

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

.

3.3.1.3 Forçage du montant remboursable par l'AMO

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

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

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

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

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

Cas particulier

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

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

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

Mise en œuvre

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

3.3.1.4 Forçage du plafond des honoraires

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

3.3.1.5 Cumul de plusieurs forçage de niveau acte

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

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

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

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

Ainsi :

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

3.3.2 Forçage des informations relatives au domaine de la part complémentaire

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

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

Cas particulier

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

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

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

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

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

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

Cas particulier de la « réponse de prise en charge »

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

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

4 Préparation du fichier à transmettre

4.1 Les fonctions de mise en forme et de sécurisation des lots

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

Hors Remplacement

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

Remplacement

Dans le cas d'un remplacement :

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

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

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

Le champ du groupe de données 8 (ou 88)

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

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

Les champs du groupe de données 7 ou 87 :

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

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

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

Fonction à utiliser

SSV_FormaterLot

4.1.1 Mise en forme des lots

4.1.1.1 Si constitution d'un lot de FSE

Les paramètres en entrée

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

N° d'identification du PS signataire du lot

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

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

N° d'agrément du Progiciel de Santé

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

N° d'identification de facturation du PS titulaire

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

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

Nom ou raison sociale du PS titulaire

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

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

Type émetteur fichier

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

N° émetteur fichier

si type émetteur est TP ou TE, le N° émetteur est le N° Identification facturation PS et clé
si type émetteur est SI, le N° émetteur est attribué par l'organisme d'assurance maladie (de préférence N° SIRET).

Date du lot

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

N° du Lot

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

Nombre de FSE

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

CRL de FSE

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

9	**Groupe** *Lot de FSE*

FSE formatéés mises bout à bout

Ensemble de FSE formatées et sécurisées ayant même critère de regroupement en lots et triées par ordre croissant des numéros de FSE

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

Catégorie

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

Statut juridique

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

Mode de fixation des tarifs

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

Les paramètres en sortie

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

CRF de FSE

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

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

Syntaxe utilisée

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

Type émetteur lot

Identifie le type du numéro émetteur.

Emetteur du lot

N° émetteur du lot

Destinataire lot

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

Référence lot

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

Type de flux

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

Entête champ sujet message FSE

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

11	**Groupe** *Lot de FSE*

Lot de FSE formaté

Lot complété en fonction de la norme AMO

Code d'authentification du lot

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

4.1.1.2 Si constitution d'un lot de DRE

Les paramètres en entrée

87	**Groupe** *PS signataire du lot*
	N° d'identification du PS signataire du lot
	Clé du N° d'identification du PS signataire du lot
88	**Groupe** *Caractéristiques mise en lot de DRE*
	N° d'agrément du progiciel de santé
	N° agrément du progiciel du Professionnel de Santé attribué par l'Assurance Maladie.
	N° d'identification de facturation du PS titulaire
	N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé titulaire (il s'agit du PS titulaire en période de remplacement)
	Clé du n° d'identification de facturation du PS titulaire
	Nom ou raison sociale du PS titulaire
	N° logique de la situation de facturation du PS signataire du lot
	N° logique de situation dans laquelle le Professionnel de Santé signe le lot.
	Type émetteur fichier
	TP : Professionnel de Santé autre qu'établissement TE : Etablissement ou soins SI : Autres émetteurs (sociétés civiles professionnelles, sociétés civiles de moyens).
	N° émetteur fichier
	si type émetteur est TP ou TE, le N° émetteur est le N° Identification facturation PS et clé si type émetteur est SI, le N° émetteur est attribué par l'organisme d'assurance maladie (de préférence N° SIRET).
	Date du lot
	Date et heure d'élaboration du lot (est supérieure ou égale à la date de toutes les DRE contenues dans le lot).
	N° du Lot
	Attribué par le progiciel (évoluant de AAA à ZZZ pour le Professionnel de Santé considéré). Cette règle pourrait évoluer dans le cas d'un changement de norme d'échange.
	Nombre de DRE
86	**Groupe** *Caractéristiques lot de DRE*
	CRL de DRE
	Critère de regroupement en lots restitué par la fonction *« Formater Factures»*
89	**Groupe** *Lot de DRE*
	DRE formatées mises bout à bout

Ensemble de DRE formatées et sécurisées ayant même critère de regroupement en lots et triées par ordre croissant des numéros de DRE

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

Catégorie

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

Statut juridique

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

Mode de fixation des tarifs

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

Les paramètres en sortie

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

CRF de DRE

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

93	**Groupe** *Identification lot de DRE*

Emetteur du lot

N° organisme complémentaire

Référence lot

Première partie adresse

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

Nom de domaine AMC

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

Type de flux

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

Entête champ sujet message DRE

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

91	**Groupe** *Lot de DRE*

Lot de DRE formaté

Lot complété en fonction de la norme AMC

Code d'authentification du lot

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

4.1.2 Signature CPS des lots

Fonction à utiliser

SSV_SignerLotCPS

4.1.2.1 Si constitution d'un lot de FSE

Les paramètres en entrée

Code porteur

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

11	**Groupe** *Lot de FSE*
	Lot de FSE formaté
	Code d'authentification du lot
16	**Groupe** *Informations sécurisation lot*
	Rang du lot
	Indique le rang du lot dans une série à sécuriser (premier, courant, dernier, lot unique) ainsi que le type de réseau utilisé (transfert de fichier ou RSS)
	Type d'identification structure
	N° d'identification structure

Les paramètres en sortie

11	**Groupe** *Lot de FSE*
	Lot de FSE signé

4.1.2.2 Si constitution d'un lot de DRE

Les paramètres en entrée

Code porteur

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

91	**Groupe** *Lot de DRE*
	Lot de DRE formaté
	Code d'authentification du lot

16	**Groupe** *Informations sécurisation lot*
	Rang du lot Indique le rang du lot dans une série à sécuriser (premier, courant, dernier, lot unique) ainsi que le type de réseau utilisé (transfert de fichier ou RSS) **Type d'identification structure** **N° d'identification structure**

Les paramètres en sortie

91	**Groupe** *Lot de DRE*
	Lot de DRE signé

4.1.3 Conditions d'utilisation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fonction à utiliser

SSV_FormaterFichier

4.2.1 Fichier de FSE

Les paramètres en entrée

10	**Groupe** *Caractéristiques fichier de FSE*
	CRF de FSE Critère de regroupement en fichier. Information restituée par la fonction *« Mise en forme et sécurisation Lot »*
12	**Groupe** *Infos fichier de FSE*
	Date du fichier Date et heure d'élaboration du fichier
	Nom du Fichier Attribué par le progiciel du Professionnel de Santé (doit être différent d'un fichier à l'autre pour l'émetteur considéré)
	Nombre total de lots dans le fichier
	Longueur totale de l'ensemble des lots Longueur exprimée en octets
	Application Cette zone peut être utilisée dans les échanges entre Professionnels de Santé et organisme concentrateur. La valeur de cette zone sera indiquée dans l'en-tête de fichier.
	Type destinataire CETELIC, MSA, Centre informatique régional, SNCF, Section des mutuelles nationales, etc.
	N° du destinataire Composé de : 1. six zéros 2. le code régime 3. le code centre informatique 4. identification complémentaire renseignée avec l'organisme destinataire (voir table des organismes destinataires disponibles sur le site Internet du GIE SESAM-Vitale (www.sesam-vitale.fr))
14	**Groupe** *Caractéristiques Emetteur de FSE*

Type émetteur fichier

TP : Professionnel de Santé autre qu'établissement,
TE : Etablissement ou Centre de soins
SI : Autres émetteurs (sociétés civiles professionnelles, sociétés civiles de moyens)
La valeur de ce champ doit être la même que celle renseignée dans le champ correspondant du groupe 8 lors de la mise en forme des lots correspondants.

N° émetteur fichier

si type émetteur est TP ou TE, le N° émetteur est le N° Identification facturation PS et clé
si type émetteur est SI, le N° émetteur est attribué par l'organisme d'assurance maladie (de préférence N° SIRET).
La valeur de ce champ doit être la même que celle renseignée dans le champ correspondant du groupe 8 lors de la mise en forme des lots correspondants.

Zone de message

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

Les paramètres en sortie

20	**Groupe** *En-tête de fichier de FSE*
	En-tête de Fichier Enregistrement à placer en tête du fichier
21	**Groupe** *Fin de fichier de FSE*
	Fin de Fichier Enregistrement à placer en fin de fichier

Conditions d'utilisation

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

4.2.2 Fichier de DRE

Les paramètres en entrée

90	**Groupe** *Caractéristiques fichier de DRE*
	CRF de DRE Critère de regroupement en fichier. Information restituée par la fonction *« Mise en forme et sécurisation Lot »*

92	**Groupe** *Infos fichier de DRE*

Date du fichier

Date et heure d'élaboration du fichier

Nom du Fichier

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

Nombre total de lots dans le fichier

Longueur totale de l'ensemble des lots

Longueur exprimée en octets

94	**Groupe** *Caractéristiques Emetteur de DRE*

Type émetteur fichier

TP : Professionnel de Santé autre qu'établissement,
TE : Etablissement ou Centre de soins
SI : Autres émetteurs (sociétés civiles professionnelles, sociétés civiles de moyens)
La valeur de ce champ doit être la même que celle renseignée dans le champ correspondant du groupe 8 lors de la mise en forme des lots correspondants.

Numéro émetteur fichier

si type émetteur est TP ou TE, le N° émetteur est le N° Identification facturation PS et clé
si type émetteur est SI, le N° émetteur est attribué par l'organisme d'assurance maladie (de préférence N° SIRET).
La valeur de ce champ doit être la même que celle renseignée dans le champ correspondant du groupe 8 lors de la mise en forme des lots correspondants.

Zone de message

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

Les paramètres en sortie

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

En-tête de Fichier

Enregistrement à placer en tête du fichier

26	**Groupe** *Fin de fichier de DRE*

Fin de Fichier

Enregistrement à placer en fin de fichier

Conditions d'utilisation

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

Annexe 1-A0

Présentation fonctionnelle des Modules SESAM-Vitale

Zone d'échange facture

Intégrant l'Addendum n°8

Mise à jour Janvier 2024

GIE SESAM-Vitale
5, boulevard Marie & Alexandre Oyon - 72 019 LE MANS CEDEX 2 - www.sesam-vitale.fr
SIRET : 391 722 881 00052 - APE : 6202A - RCS LE MANS : 391 722 881 - N° TVA : FR 753 917 22881

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

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

Il en est de même pour sa traduction, sa transformation, son adaptation ou son arrangement, quel que soit le procédé utilisé.
Tout manquement à ces obligations constituerait un délit de contrefaçon, au sens des articles L 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, susceptible d'entraîner des sanctions pour l'auteur du délit.

Sommaire

1 Introduction 5

1.1 Présentation du document 5

2 Description de la Zone d'échanges Facture 6

2.1 Introduction 6
2.2 Familles de Professions de Santé du Cahier des Charges 7
2.3 Liste des groupes constituant les factures 8
2.4 Description de chaque groupe et règles de constitution 9
2.4.1 1110-Groupe IDENTIFICATION Facture 9
2.4.2 1120-Groupe IDENTIFICATION Professionnel de Santé 10
2.4.3 1130-Groupe IDENTIFICATION du Bénéficiaire 12
2.4.4 1140-Groupe IDENTIFICATION Structure 13
2.4.5 1150-Groupe IDENTIFICATION Remplaçant 14
2.4.6 1151-Groupe IDENTIFICATION RPPS Remplaçant 15
2.4.7 1160-Groupe IDENTIFICATION Individu 16
2.4.8 1170-Groupe Liste d'opposition carte Vitale 17
2.4.9 1180-Groupe Dispositif Médecin Traitant 18
2.4.10 121x-Groupes PRESCRIPTION 19
2.4.10.1 1211-Groupe Prescription PS Libéral 19
2.4.10.2 1212-Groupe Prescription Soins Dentaires 20
2.4.10.3 1213-Groupe Prescription PS salarié 21
2.4.10.4 1214-Groupe Prescription PS bénévole 22
2.4.11 1220-Groupe Arrêt de Travail prescrit 23
2.4.12 1230-Groupe Origine de la prescription 24
2.4.13 1310-Groupe Organisme AMO 25
2.4.14 1321-Groupes Organisme Complémentaire 26
2.4.15 1330-Groupe Données Complémentaire additionnelles 30
2.4.16 1410-Groupe Cadre de Remboursement 31
2.4.17 1420-Groupe Identification de pièce justificative pour l'AMO 33
2.4.18 1440-Groupe Forçage Niveau facture 34
2.4.19 1450-Groupe Module de Tarification Complémentaire 35
2.4.20 151x-Groupes NATURE d'ASSURANCE 36
2.4.20.1 1511-Groupe Nature d'assurance Maladie 37
2.4.20.2 1512-Groupe Nature d'assurance Maternité 37
2.4.20.3 1513-Groupe Nature d'assurance Accident du Travail 38
2.4.20.4 1514-Groupe Nature d'assurance Prévention 38
2.4.20.5 1515-Groupe Nature d'assurance SMG 38
2.4.21 16xx-Groupes PRESTATION 39
2.4.21.1 Règles de gestion des prestations 39
2.4.21.2 1610 Groupe Prestation 59
2.4.21.3 1620-Groupe Prestation IFD 61
2.4.21.4 1630-Groupe Prestation IK 62
2.4.22 17xx-Groupes PRESTATION DETAILLEE 63
2.4.22.1 1710-Groupe Prestation Détaillée NABM 63
2.4.22.2 1730-Groupe Prestation détaillée LPP 64
2.4.22.3 1740-Groupe Prestation détaillée code CIP 66
2.4.22.4 1741-Groupe Prestation détaillée lot d'un code CIP 68
2.4.23 1820-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Exonération T.M. 69
2.4.24 1830-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION DMT-MT ou Télémédecine 71
2.4.25 1840-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Entente Préalable 72
2.4.26 1850-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Renouvellement 73
2.4.27 1860-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Dent traitée 74
2.4.28 1870-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Exécutant 75
2.4.29 1880-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Lieu d'exercice 76
2.4.30 1890-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Réseau ou filière de soins 77
2.4.31 1910-Groupe TOTAL Facture 78
2.4.32 2000-Groupe Forçage AMO niveau acte 80
2.4.33 2010-Groupe Forçage sur la part complémentaire niveau acte 81
2.4.34 2020-Groupe Base de Remboursement Conventionnée AMO 82

2.4.35 2030-Groupe Prévention commune AMO/AMC 83
2.4.36 2100-Groupe Code Acte CCAM 84
2.4.37 2200-Groupe Liste des dents traitées (acte CCAM)....85
2.4.38 3700-Groupe Contexte Tarification de la part Complémentaire 86
2.4.39 3710-Groupe Formule de la part Complémentaire appliquée au niveau acte....86
2.4.40 3720-Groupe Formule de la part Complémentaire appliquée au niveau facture 86
2.4.41 3730-Groupe Paramètres de calcul STS....86
2.4.42 3740-Groupe Paramètres de calcul contrats responsables 86
2.4.43 3770-Groupe Zone tampon de la part Complémentaire....86
2.5 Composition d'une FACTURE pour chaque famille 87
2.5.1 Famille Auxiliaires médicaux 87
2.5.2 Famille Prescripteurs 89
2.5.3 Famille Pharmaciens 91
2.5.4 Famille Laboratoires 92
2.5.5 Famille Fournisseurs....94
2.6 Synthèse de la Zone d'échange de la facture 95

3 Prestations générées par le LPS : synthèse des données à déterminer 97

3.1 Suppléments dérogatoires SMG 97
3.2 Suppléments en nature d'assurance AT 99
3.2.1 Compléments AT Dentaires....99
3.2.2 Supplément APIAS 101
3.3 Dépassements pour victime d'attentat 103

1 Introduction

1.1 Présentation du document

Ce document constitue la partie A0 de l'annexe 1 du CdC Éditeurs SESAM-Vitale.

Cette partie a pour objet de décrire spécifiquement la zone d'échange facture, à savoir tous les groupes de données constituant la facture à transmettre à SSV pour la mise en forme de la FSE et/ou de la DRE.

Le progiciel du Professionnel de Santé doit fournir systématiquement les éléments issus des calculs.

2 Description de la Zone d'échanges Facture

2.1 Introduction

La facture transmise par le progiciel du Professionnel de Santé à la fonction de « Formater Factures » du module SSV est composée d'un ensemble de groupes de données.

L'assemblage des groupes de données pour constituer la facture dépend de la « famille » à laquelle appartient le Professionnel de Santé qui l'élabore.

Les groupes de données listés ci-dessous concernent les familles suivantes :

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

La famille du PS est déterminée en fonction du code spécialité de ce dernier (EF_PS03_14).

SFG PS RG_PS029

Consignes pour éviter les doublons de facture

Afin d'éviter la création de deux factures identiques (au numéro de facture près) le progiciel du Professionnel de Santé doit :

- dès la sécurisation des factures effectuées, réinitialiser l'ensemble des groupes d'entrée de la fonction permettant la mise en forme et la sécurisation des factures. Le progiciel du Professionnel de Santé doit également réinitialiser les zones de saisie à l'écran.

2.2 Familles de Professions de Santé du Cahier des Charges

- SFG PS RG_PS029
- SFG PS RG_PS030

2.3 Liste des groupes constituant les factures

LISTE des GROUPES	
1110	Groupe ***Identification facture***
1120	Groupe ***Identification Professionnel de Santé***
1130	Groupe ***Identification médico-administrative du bénéficiaire de prestation***
1140	Groupe ***Identification Structure***
1150	Groupe ***Identification Remplaçant***
1151	Groupe ***Identification RPPS Remplaçant***
1160	Groupe ***Identification Individu***
1170	Groupe ***Liste d'opposition carte Vitale***
1180	Groupe *Dispositif Médecin Traitant*
1211	Groupe ***Prescription PS libéral***
1212	Groupe ***Prescription Dentiste***
1213	Groupe ***Prescription PS salarié***
1214	Groupe ***Prescription PS bénévole***
1220	Groupe ***Arrêt de Travail prescrit***
1230	Groupe *Origine de la prescription*
1310	Groupe ***Organismes AMO***
1321	Groupe ***Organisme complémentaire***
1330	Groupe ***Données Complémentaire additionnelles***
1410	Groupe ***Cadre de remboursement***
1420	Groupe ***Identification de pièce justificative AMO***
1440	Groupe ***Forçage niveau « Facture »***
1450	Groupe ***Module de Tarification Complémentaire***
1511	Groupe ***Nature d'assurance Maladie***
1512	Groupe ***Nature d'assurance Maternité***
1513	Groupe ***Nature d'assurance Accident du travail***
1514	Groupe ***Nature d'assurance Prévention***
1515	Groupe ***Nature d'assurance Soins Médicaux Gratuits***
1610	Groupe ***Prestation***
1620	Groupe ***Prestation IFD***
1630	Groupe ***Prestation IK***
1710	Groupe ***Prestation détaillée NABM***
1730	Groupe ***Prestation détaillée LPP***
1740	Groupe ***Prestation détaillée code CIP***
1741	Groupe ***Prestation détaillée lot d'un code CIP***
1820	Groupe ***Complément de prestation Exonération du TM***
1830	Groupe ***Complément de prestation DMT-MT***
1840	Groupe ***Complément de prestation Entente préalable***
1850	Groupe ***Complément de prestation Renouvellement***
1860	Groupe ***Complément de prestation Dent traitée***
1870	Groupe ***Complément de prestation Exécutant***
1880	Groupe ***Complément de prestation Lieu d'exercice***
1890	Groupe ***Complément de prestation Réseau ou filière de soins***
1910	Groupe ***Total facture***
2000	Groupe ***Forçage*** *AMO niveau acte*
2010	Groupe ***Forçage sur la part Complémentaire*** *niveau acte*
2020	Groupe Base de Remboursement Conventionnée AMO
2030	Groupe *Prévention commune AMO/AMC*
2100	Groupe ***Code acte CCAM***
2200	Groupe ***Liste des dents traitées (acte CCAM)***

2.4 Description de chaque groupe et règles de constitution

2.4.1 1110-Groupe IDENTIFICATION Facture

Groupe de données

Ce groupe est obligatoire pour toutes les familles.

Familles concernées

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

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

1110	**Groupe *Identification Facture***	
1. N° de Facture		RG_MFxx027
2. Nature d'opération		RG_MF2A039
3. Date élaboration de la Facture	EF_IP01_01	RG_IP305 RG_IP306 RG_MF2A040
4. N° logique de la situation de facturation du PS	EF_PS03_01	RG_PS090
5. N° de Facture rectifiée		Numéro de facture annulée ou modifiée. (Zone réservée pour utilisation future dans le cas de la FSE)
6. Date élaboration de la Facture rectifiée		Date d'élaboration de la facture annulée ou modifiée (zone réservée pour utilisation future)

2.4.2 1120-Groupe IDENTIFICATION Professionnel de Santé

Groupe de données

Ce groupe identifie le Professionnel de Santé qui élabore et signe la facture.

Ce groupe est obligatoire pour toutes les familles.

Remplacement

MF03 Description

Centres de Santé

RG_PS075

Familles concernées

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

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

1120	**Groupe *Identification Professionnel de Santé***	
1. N° d'identification de facturation du PS	EF_PS03_09	RG_PS090 ! Ce n° ne doit pas contenir uniquement des zéros
2. Clé du n° d'identification de facturation du PS	EF_PS03_10	RG_PS090
3. Nom du PS	EF_PS02_05	RG_PS090
4. Prénom du PS	EF_PS02_06	RG_PS090
5. Code conventionnel	EF_PS03_13	RG_PS090
6. Code spécialité	EF_PS03_14	RG_PS090
7. Code zone tarifaire	EF_PS03_15	RG_PS090
8. Code zone IK	EF_PS03_16	RG_PS090
9. Code agrément 1	EF_PS03_17	RG_PS090
10. Code agrément 2	EF_PS03_18	RG_PS090
11. Code agrément 3	EF_PS03_19	RG_PS090
12. Condition d'exercice	EF_PS03_02	RG_PS090

13.N° RPPS du PS	EF_PS02_02	RG_MF4E064
14.Clé du N° RPPS du PS	EF_PS02_03	RG_MF4E064
15.Code Famille du PS	EF_PS04_09	RG_PS029
16.Top centre de santé	EF_PS04_11	RG_PS022
17.Code Norme d'échange	EF_MF01_03	RG_MF004

2.4.3 1130-Groupe IDENTIFICATION du Bénéficiaire

Groupe de données

Lors de la réalisation d'une facture en mode sécurisé SESAM-Vitale, ces données sont fournies soit par la lecture de la carte Vitale, soit par le service ADRi, soit par le progiciel du Professionnel de Santé.

Lors de la réalisation d'une facture en mode sécurisé SESAM sans Vitale, ces données sont fournies soit par le service ADRi, soit par le progiciel, soit saisies par le Professionnel de Santé.

Lors de la réalisation d'une facture en mode SESAM-Vitale dégradé, ces données sont saisies par le Professionnel de Santé ou fournies soit par le service ADRi, soit par le progiciel du Professionnel de Santé.

Ce groupe est obligatoire pour toutes les familles.

Familles concernées

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

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

1130	**Groupe *Identification du bénéficiaire***	
1. Type d'identification bénéficiaire	EF_BS01_03	RG_BS350
2. N° national d'immatriculation : NIR assuré		RG_MFxx012
3. Clé du NIR		RG_MFxx025
4. Date de naissance du bénéficiaire		RG_MF2A096
5. Rang de naissance	EF_BS09_01	RG_BS617
6. Qualité	EF_BS09_02	RG_BS617
7. Code couverture - Code ALD - Code situation	EF_BS07_01 EF_BS07_02	RG_BS617
8. Code de présentation du carnet médical		Fourni par le Professionnel de Santé

2.4.4 1140-Groupe IDENTIFICATION Structure

Groupe de données

Ce groupe est facultatif pour toutes les familles.

Ce groupe est utilisé pour identifier le numéro de structure du Professionnel de santé, si ce numéro est connu en carte CPS.

Familles concernées

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

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

1140	**Groupe *Identification Structure***	
1. Type d'identification structure	EF_PS03_05	RG_PS090
2. N° d'identification structure	EF_PS03_06 concaténé avec EF_PS03_07	RG_PS090
3. Nom de la structure	EF_PS03_08	RG_PS090

2.4.5 1150-Groupe IDENTIFICATION Remplaçant

Groupe de données

Ce groupe identifie le Professionnel de Santé qui exécute les prestations et signe la feuille de soins électronique dans le cas d'un remplacement.

Ce groupe est obligatoire en cas de remplacement pour toutes les familles citées.

Le champ « Indicateur de signature » doit systématiquement être renseigné lorsque la facture est réalisée par un Professionnel de Santé remplaçant ou sous sa responsabilité (cas des préparateurs en officine).

Familles concernées

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

- Prescripteurs
- Pharmaciens
- Auxiliaires-médicaux

1150	**Groupe *Identification Remplaçant***	
1. N° d'identification de facturation	EF_PS05_02	RG_PS091
2. Clé	EF_PS05_03	RG_PS091
3. Nom	EF_PS05_05	RG_PS091
4. Prénom	EF_PS05_06	RG_PS091
5. Indicateur de signature		RG_MF2A095[SP02]

2.4.6 1151-Groupe IDENTIFICATION RPPS Remplaçant

Groupe de données

Ce groupe identifie le numéro RPPS du Professionnel de Santé qui exécute les prestations et signe la feuille de soins électronique dans le cas d'un remplacement.

Ce groupe est facultatif en cas de remplacement pour toutes les familles citées.

Familles concernées

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

• Prescripteurs
• Pharmaciens
• Auxiliaires-médicaux

1151	**Groupe *Identification RPPS Remplaçant***	
1. N° RRPS du remplaçant	EF_PS05_07	RG_PS092
2. Clé du N° RPPS du remplaçant	EF_PS05_08	RG_PS092

2.4.7 1160-Groupe IDENTIFICATION Individu

Groupe de données

Ce groupe permet d'identifier le bénéficiaire des soins.

Ce groupe est facultatif pour toutes les familles.

Ce groupe doit être renseigné systématiquement si le NIR individuel (EF_BS02_04) est lu en carte Vitale ou acquis avec le service ADRi.

Familles concernées

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

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

1160	**Groupe *Identification INDIVIDU***	
1. N° national d'immatriculation individuel	EF_BS02_04	RG_BS617
2. Clé du N° national d'immatriculation individuel	EF_BS02_05	RG_BS617

2.4.8 1170-Groupe Liste d'opposition carte Vitale

Groupe de données

Ce groupe doit être implémenté si le Professionnel de Santé a opté pour le principe d'utilisation de la liste d'opposition.

Familles concernées

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

- Pharmaciens

1170	**Groupe *Liste d'opposition carte Vitale***	
1. Référence de la liste d'opposition	EF_AP51_01	RG_AP069 Pour la LOI, (Cf. Annexe 6 § 3.2 – Format de la liste d'opposition)

2.4.9 1180-Groupe Dispositif Médecin Traitant

Groupe de données

Ce groupe est obligatoire pour les factures concernées par le parcours de soins ou élaborées en cas d'urgence.

Pour les factures concernées par le parcours de soins et les cas d'Urgence, ce groupe identifie l'Indicateur de Parcours de Soins (IPS), l'existence d'un Médecin Traitant pour le bénéficiaire des soins et éventuellement l'identité du médecin qui a orienté le bénéficiaire des soins, ainsi que l'adhésion du médecin réalisant la facture à un contrat tarifaire.

Familles concernées

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

- Prescripteurs

1180	**Groupe *Dispositif Médecin Traitant***	
1. IPS	EF_CF13_08	RG_CF315 RG_CF328
2. Top MT	EF_CF13_09	RG_CF328
3. N° d'identification du Médecin ayant orienté	EF_CF13_06	RG_CF316
4. Clé du n° d'identification du Médecin ayant orienté	EF_C13_07	RG_CF316
5. Nom du Médecin ayant orienté	EF_CF13_04	RG_CF316
6. Prénom du Médecin ayant orienté	EF_CF13_05	RG_CF316
7. Top Contrat tarifaire PS		RG_MF2S122

2.4.10 121x-Groupes PRESCRIPTION

2.4.10.1 1211-Groupe Prescription PS Libéral

Règles

IP01 - Préambule

Groupe de données

Familles concernées

Le groupe 1211 est obligatoire pour toutes les familles suivantes :

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

Pour la famille suivante :

- Prescripteurs

Ce groupe est renseigné lorsque la prescription a été élaborée par un Professionnel de Santé non salarié autorisé à prescrire (cf. Corps du CdC § « Professionnel de Santé Prescripteur ».), ou dans le cas d'une facturation de télémédecine. Dans ce cas les données de ce groupe sont utilisées non pas pour identifier le PS prescripteur mais le PS 2 ou PS1
(cf. IP01/Règles : Identification de la prescription/Préambule/Télémédecine).

Ce groupe doit être renseigné par la famille des Prescripteurs lorsque le PS facturant (1120) est différent du PS prescripteur, ou en cas de facturation d'acte de Téléexpertise ou de Téléassistance.

1211	**Groupe *Prescription PS Libéral***	
1. N° d'identification du PS libéral	EF_IP03_04	RG_IP307
2. Clé du n° d'identification du PS libéral	EF_IP03_05	RG_IP308
3. Date de prescription du PS libéral	EF_IP03_02	RG_IP310
4. Identification de la prescription du PS libéral	EF_IP03_01	RG_IP317
5. N° RPPS du PS libéral	EF_IP03_07	RG_IP367
6. Clé du n° RPPS du PS libéral	EF_IP03_08	RG_IP368
7. N° de la structure du PS libéral	EF_IP03_09	RG_IP369

2.4.10.2 1212-Groupe Prescription Soins Dentaires

Groupe de données

Ce groupe concerne les prestations du groupe fonctionnel « soins dentaires / ODF » (cf. EF_A2_T1).

Orthopédie dento-faciale

RG_IP311[CP1]

Bilan Bucco-dentaire

RG_IP311[CP1]

Familles concernées

Ce groupe est obligatoire pour les Chirurgiens-dentistes et les Médecins pouvant réaliser des Soins dentaires à savoir les spécialités 18, 44, 45 et 69.

Cette règle concerne la famille de Professionnels de Santé ci-dessous :

- Prescripteurs (Chirurgiens-dentistes/Médecins Soins dentaires)

1212	**Groupe *Prescription Soins dentaires***	
1. Date début (dentaire)	EF_IP03_02	RG_IP311 RG_IP326

2.4.10.3 1213-Groupe Prescription PS salarié

Groupe de données

Le groupe 1213 doit être renseigné lorsque la prescription est élaborée par un prescripteur salarié.

Familles concernées

Le groupe 1213 est obligatoire pour toutes les familles suivantes :

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

Cas Particulier Télémédecine

Le groupe 1213 peut également être renseigné par les Professionnels de Santé dans le cadre de facturation de prestation de Télémédecine afin d'identifier dans la facture les données du PS1 salarié (dans la facture du PS2) ou les données du PS2 salarié (dans la facture du PS1).

Dans le cadre de facturation d'actes de Téléexpertise ou de Téléassistance, un des groupes 1211, 1213 ou 1214 doit être renseigné.

1213	**Groupe *Prescription PS salarié***	
1. N° d'identification du PS salarié	EF_IP03_04	RG_IP307
2. Clé du n° d'identification du PS salarié	EF_IP03_05	RG_IP308
3. Code spécialité du PS salarié	EF_IP03_06	RG_IP309
4. Date de prescription du PS salarié	EF_IP03_02	RG_IP311
5. Identification de la prescription du PS salarié	EF_IP03_01	RG_IP317
6. N° RPPS du PS salarié	EF_IP03_07	RG_IP367
7. Clé du n° RPPS du PS salarié	EF_IP03_08	RG_IP368
8. N° de la structure du PS salarié	EF_IP03_09	RG_IP369

2.4.10.4 1214-Groupe Prescription PS bénévole

Groupe de données

Le groupe 1214 doit être renseigné lorsque la prescription est élaborée par un prescripteur bénévole.

Familles concernées

Le groupe 1214 est facultatif pour toutes les familles suivantes :

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

Cas Particulier Télémédecine

Le groupe 1214 peut également être renseigné par les Professionnels de Santé dans le cadre de facturation de prestation de Télémédecine afin d'identifier dans la facture les données du PS1 bénévole (dans la facture du PS2) ou les données du PS2 bénévole (dans la facture du PS1).

Dans le cadre de facturation d'actes de Téléexpertise ou de Téléassistance, un des groupes 1211, 1213 ou 1214 doit être renseigné.

1214	**Groupe *Prescription PS bénévole***	
1. N° d'identification du PS bénévole	EF_IP03_04	RG_IP307
2. Clé du n° d'identification du PS bénévole	EF_IP03_05	RG_IP308
3. Code spécialité du PS bénévole	EF_IP03_06	RG_IP309
4. Date de prescription du PS bénévole	EF_IP03_02	RG_IP311
5. Identification de la prescription du PS bénévole	EF_IP03_01	RG_IP317
6. N° RPPS du PS bénévole	EF_IP03_07	RG_IP367
7. Clé du n° RPPS du PS bénévole	EF_IP03_08	RG_IP368
8. N° de la structure du PS bénévole	EF_IP03_09	RG_IP369

2.4.11 1220-Groupe Arrêt de Travail prescrit

Groupe de données

Ce groupe est facultatif (prévu pour utilisation future).

Familles concernées

Ce groupe concerne la famille suivante :

- Prescripteurs

1220	**Groupe *Arrêt de travail prescrit***	
1. Nombre jours AT	EF_IP02_01	Nombre de jours d'arrêt de travail prescrit
2. Date fin AT	EF_IP02_02	Date de fin d'arrêt de travail

2.4.12 1230-Groupe Origine de la prescription

Groupe de données

Ce groupe est facultatif.

Ce groupe est prévu quand la facture fait l'objet d'une prescription élaborée dans le cadre du parcours coordonné de soins.

Par ailleurs, ce groupe est également prévu, 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.

Familles concernées

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

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

1230	**Groupe Origine de la prescription**	
1. Origine de la prescription	EF_IP03_11	RG_IP386

2.4.13 1310-Groupe Organisme AMO

Groupe de données

Ce groupe est obligatoire pour toutes les familles.

En mode dégradé ou en mode SESAM sans Vitale, lorsque ces données ne sont ni connues par le Professionnel de Santé ni acquises avec le service ADRi, la feuille de soins électronique ne peut être réalisée.

Familles concernées

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

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

1310	**Groupe *Organisme AMO***	
1. Code régime	EF_CF12_01	RG_CF310 RG_CF407
2. Caisse gestionnaire	EF_CF12_02	RG_CF310 RG_CF407
3. Centre gestionnaire	EF_CF12_03	RG_CF310 RG_CF407
4. Code organisme destinataire	EF_MF04_04	RG_MF033
5. Code centre informatique		Cf. Règles de détermination du centre informatique page suivante.

Détermination de centre informatique

Pour l'ensemble des régimes ci-dessus, le code centre informatique sera renseigné à **000**

Cas particuliers

Les cartes de démonstration, utilisées pour les flux à destination du serveur du GIE SESAM-Vitale, sont caractérisées par les informations suivantes : code régime égal à 01, caisse gestionnaire égale à 999 ; centre gestionnaire égal 9999 ; le code organisme destinataire est donc égal à 999 et le code centre informatique à 999.

Les cartes de test, utilisées pour les flux à destination du serveur du CNDA, sont caractérisées par les informations suivantes : code caisse gestionnaire égal à 349 ou code centre gestionnaire à 0349 ; le code organisme destinataire est donc égal à 349 et code centre informatique égal à 000.

2.4.14 1321-Groupes Organisme Complémentaire

Groupe de données

Ce groupe concerne les informations relatives aux organismes d'Assurance Maladie Complémentaire, à l'Aide Médicale d'Etat (AME), et à la Complémentaire Santé Solidaire (C2S).

Ce groupe est interdit en situation particulière « Victime d'Attentat » (SP18) et n'est pas utilisé en nature d'assurance SMG.

Le groupe 1321 est optionnel.

Ce groupe est obligatoire quand le Professionnel de Santé émet une DRE ou une FSE enrichie à destination d'un OCT éclateur ou une FSE contenant des informations relatives à la part complémentaire à destination de l'AMO en Tiers payant sur la part complémentaire (EF_MF01_01, EF_CF03_03).

Ce groupe comporte des données spécifiques aux échanges de feuilles de soins électroniques entre Professionnel de Santé et Organisme Concentrateur Technique.

Dans le cas d'une transmission via un Organisme Concentrateur Technique éclateur ce groupe doit être renseigné conformément à l'annexe 5.

Familles concernées

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

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

1321	**Groupe *Organisme Complémentaire***	
1. Type de contrat	EF_CF03_07	RG_CF388
2. N° organisme complémentaire	**GU :** EF_BS13_01 **GS :** EF_BS17_01	Gestion unique : RG_BS330 Gestion séparée : RG_BS351
3. N° adhérent	EF_BS17_02	RG_BS351
4. Données de la complémentaire zone 1		Cette information doit être utilisée dans **une DRE, dans une FSE** comportant une part complémentaire (cas de la FSE dans le cadre d'une convention de gestion ou cas de la FSE à destination d'un OCT éclateur). Le contenu de cette zone est défini dans les tableaux ci-dessous.
5. Données de la complémentaire zone 2		Cette information doit être utilisée dans **une DRE, dans une FSE** comportant une part complémentaire (cas de la FSE dans le cadre d'une convention de gestion ou cas de la FSE à destination d'un OCT éclateur). Le contenu de cette zone est défini dans les tableaux ci-dessous.

6. N° organisme complémentaire EDI		Issu de la carte Vitale
7. Code application	EF_CF03_09	RG_CF390
8. Code de routage flux AMC	EF_CF16_02	RG_CF413
9. Domaine	EF_CF16_04	RG_CF413
10. Indicateur de traitement AMC	EF_CF03_02	RG_CF303
11. Identifiant hôte gestionnaire	EF_CF03_03	RG_CF413
12. Identifiant de l'assuré AMC	EF_BS17_03	RG_BS002
13. Zone supplémentaire non certifiée		Réservée pour utilisation future Certifiée ou non certifiée si le type de contrat = 99

Spécificités pour les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire ou des sortants de C2S (SP03 et SP04).

Pour les bénéficiaires de la C2S (SP03) ou les sortants de C2S (SP04), le remplissage de ces données est soumis aux spécificités décrites ci-dessous :

1321	**Groupe *Organisme Complémentaire***			***SP03/SP04***
	Gestion unique		**Gestion séparée**	
	Tiers-payant	**Hors tiers payant**	**Tiers-payant**	**Hors tiers payant**
1. Type de contrat	SP03 : Valeur « 89 » SP04 : Valeur « 01 » RG_CF388	Pas d'informations complémentaires transmises dans la facture	SP03 : Valeur « 89 » SP04 : Valeur « 01 » RG_CF388	SP03 : Valeur « 89 » SP04 : Valeur « 01 » RG_CF388
2. N° organisme complémentaire	Valeur « M » RG_MF2A119		Idem hors C2S gestion séparée	Idem hors C2S gestion séparée
3. N° adhérent	Idem hors C2S		Idem hors C2S	Idem hors C2S
4. Données de la complémentaire zone 1	Idem hors C2S		Idem hors C2S	Idem hors C2S
5. Données de la complémentaire zone 2	Idem hors C2S		Idem hors C2S	Idem hors C2S
6. N° organisme complémentaire EDI	Idem hors C2S		Idem hors C2S	Idem hors C2S
7. Code application	Idem hors C2S		Idem hors C2S	Idem hors C2S
8. Code de routage flux AMC	Non applicable RG_CF413		Idem hors C2S	Idem hors C2S
9. Domaine	Non applicable RG_CF413		Idem hors C2S	Idem hors C2S

10. Indicateur de traitement AMC	Si TP coordonné Valeur « 62 » RG_CF305		Idem hors C2S	Idem hors C2S
11. Identifiant hôte gestionnaire	Non applicable RG_CF413		Idem hors C2S	Idem hors C2S
12. Identifiant de l'assuré AMC	Idem hors C2S		Idem hors C2S	Idem hors C2S
13. Zone supplémentaire non certifiée	Idem hors C2S		Idem hors C2S	Idem hors C2S

Remplissage des données de la complémentaire zones 1 et 2 du groupe 1321

Les consignes de valorisation des données de la complémentaire des zones 1 et 2 sont les suivantes :

- Cas d'une DRE « initiale » ou d'une FSE comportant des informations relatives à la complémentaire.

	INFORMATIONS	POSITIONS	PRESENCE	CONSIGNES DE SAISIE DES RUBRIQUES
Données de la part complémentaire zone 1	Contexte de déroulement procédure de facturation EF_CF03_05	1321-4	Facultative	RG_CF376
Données de la part complémentaire zone 2	Nature pièce justificative des droits Complémentaire EF_CF03_10	1321-5 pos. 1	Obligatoire	RG_CF393
	Situation accord préalable AMO	1321-5 pos. 2	Obligatoire	RG_MF50091
	Type de service AMC	1321-5 pos. 3	Obligatoire	RG_MF50091
	Sens comptable EF_CF03_08	1321-5 pos. 4	Obligatoire	RG_CF389

- Cas d'une DRE d'annulation

	INFORMATIONS	POSITIONS	PRESENCE	CONSIGNES DE SAISIE DES RUBRIQUES
Données de la part complémentaire zone 1	Zone disponible	1321-4	Obligatoire	A blanc RG_MF50042
Données de la part complémentaire zone 2	Nature pièce justificative des droits Complémentaire	1321-5 pos. 1	Obligatoire	Rappel de la valeur de la facture initiale RG_CF393

	INFORMATIONS	POSITIONS	PRESENCE	CONSIGNES DE SAISIE DES RUBRIQUES
	EF_CF03_10			
	Situation accord préalable AMO	1321-5 pos. 2	Obligatoire	Rappel de la valeur de la facture initiale RG_MF50091
	Type de service AMC EF_CF03_03	1321-5 pos. 3	Obligatoire	Rappel de la valeur de la facture initiale RG_CF385
	Sens comptable EF_CF03_08	1321-5 pos. 4	Obligatoire	RG_CF389

2.4.15 1330-Groupe Données Complémentaire additionnelles

Groupe de données

Ce groupe doit être valorisé dès lors que des informations relatives à la complémentaire sont à transmettre.

Ce groupe n'est pas utilisé en nature d'assurance SMG.

La valorisation du champ « n° de l'opérateur de règlement / N°AMC » est effectuée :

- dans le cas d'une gestion séparée, à partir du n° AMC

Le champ est valorisé tel que décrit dans la règle RG_MF2P037.

- dans le cas d'une gestion unique, à partir du n° AMC obtenu
  - si les droits sont issus du service ADRi ou que le support de droit présenté est la carte Vitale, ce champ est valorisé avec la donnée EF_BS13_05 telle qu'acquise via la règle RG_BS328,
  - si le support de droits présenté n'est pas la carte Vitale, ce champ est valorisé avec la donnée EF_BS13_05 telle qu'acquise via la règle RG_BS330.

Familles concernées

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

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

1330	**Groupe *Données Complémentaire additionnelles***	
1. N° opérateur de règlement/N°AMC	EF_CF16_01	RG_CF413
2. Contexte conventionnel AMC		RG_MF2P047 La structure de ce champ est fonction de la valeur du N° de version de la structure de contexte conventionnel AMC.
3. Zone supplémentaire certifiée		Réservée pour utilisation future

2.4.16 1410-Groupe Cadre de Remboursement

Groupe de données

Le progiciel de santé doit renseigner le groupe 1410, voire le groupe 1321, suivant le contexte de facturation au regard du remboursement de la part complémentaire.

Lorsque la part complémentaire est directement gérée par un organisme d'AMC alors l'information sur la situation de règlement de la part complémentaire est renseignée par la donnée 1321-5 en position 3. (Groupe « organisme de la part complémentaire », champ « donnée de la part complémentaire zone 2 », position « type de service AMC »).

Dans ce cas le groupe 1410 ne contient pas d'information sur la part complémentaire puisqu'elle est traitée directement par un organisme d'AMC.

Dans le cas où une convention a été signée entre le Professionnel de Santé et la caisse dont dépend l'assuré, une procédure de tiers payant peut être appliquée sur la part obligatoire.

Dans le cas d'une convention de gestion entre AMO et AMC, le tiers payant peut être appliqué à l'ensemble de la dépense.

Familles concernées

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

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

Ce groupe est obligatoire pour toutes les familles.

1410	**Groupe *Cadre de remboursement***	
1. Cadre de remboursement		Cf. règle ci-dessous
2. Décision avance de frais		Ce champ ne doit plus être renseigné.

Renseignement du cadre de remboursement

Le groupe 1410 : cadre de remboursement indique la situation de règlement des parts obligatoire et complémentaire gérées directement par l'AMO.

Le cadre de remboursement **est renseigné par le progiciel** en fonction de l'application ou non du tiers payant sur la part obligatoire et éventuellement de la prise en compte de la part complémentaire quand elle est gérée directement par l'AMO.

Le tableau ci-dessous présente l'ensemble des cas possibles :

	Part complémentaire			
	Absence	**Gestion unique**		**Gestion séparée**
Part obligatoire	**so**	**HTP**	**TP**	**HTP ou TP**
HTP	**1**	**1**	**4**	**1**
TP	**2**	**2**	**3**	**2**

Remarque : en gestion unique, le Hors Tiers payant sur la part complémentaire entraîne la non transmission d'informations complémentaires (cf. 1321) dans la facture.

Cas particulier : pour l'AME, la valeur de cadre de remboursement à utiliser est la valeur 3.

Valeurs	Libellé
1	Le Professionnel de Santé n'a pas pratiqué de tiers payant sur les parts gérées par l'AMO.
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.
3	Le Professionnel de Santé a pratiqué le tiers payant sur la part obligatoire et la part complémentaire gérée par l'AMO.
4	Le Professionnel de Santé a pratiqué le tiers payant sur la part complémentaire gérée par l'AMO
5	Le Professionnel de Santé a pratiqué le tiers payant intégral pour le compte du régime SNCF

2.4.17 1420-Groupe Identification de pièce justificative pour l'AMO

Groupe de données

Ce groupe est obligatoire pour toutes les familles quel que soit le mode de sécurisation.

Familles concernées

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

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

1420	**Groupe *Identification de pièce justificative pour l'AMO***	
1. Nature de la pièce justificative pour l'AMO	EF_CF12_05	RG_CF313
2. Date de validité de la pièce justificative pour l'AMO	EF_CF12_06	RG_CF336
3. Origine de la pièce justificative pour l'AMO	EF_CF12_07	RG_CF337

2.4.18 1440-Groupe Forçage Niveau facture

Groupe de données

Voir Annexe1-A § Cas particulier du Forçage

Ce groupe est facultatif.

Familles concernées

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

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

1440	**Groupe *FORCAGE Niveau facture***	
1. Indicateur de forçage AMO niveau facture		Voir Annexe1-A § Cas particulier du Forçage RG_MF2A038
2. Indicateur de forçage AMC niveau facture		Voir Annexe1-A § Cas particulier du Forçage RG_MF2M094
3. N° version du référentiel électronique SRT		Cf. fonction « version du référentiel » du module SRT – Annexe1-C

2.4.19 1450-Groupe Module de Tarification Complémentaire

Groupe de données

Ce groupe est créé et renseigné par le module STS en sortie de la fonction « Tarification ».

Ce groupe est obligatoire si le progiciel a utilisé les STS pour calculer la part complémentaire.

Familles concernées

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

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

1450	**Groupe *Module de Tarification Complémentaire***	
1. Identifiant du module STS	EF_VF12_01	RG_VF367
2. N° version*	EF_VF12_02	RG_VF367

2.4.20 151x-Groupes NATURE d'ASSURANCE

Groupe de données

Les différents groupes « nature d'assurance » regroupent un ensemble d'informations permettant d'indiquer à l'Assurance Maladie si les prestations indiquées sur la feuille de soins relèvent :

1. du risque Maladie,
2. du risque Maternité,
3. du risque Accident du travail.
4. du risque Prévention
5. du contexte Soins Médicaux Gratuits

RG_CF304

Un des cinq groupes ci-dessous est obligatoire pour toutes les familles.

Familles concernées

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

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

2.4.20.1 1511-Groupe Nature d'assurance Maladie

1511	**Groupe *Nature d'assurance Maladie***	
1. Date d'accident de droit commun	EF_CF04_02	RG_CF309 RG_CF_R36
2. Indicateur Régime Alsace Moselle	EF_BS03_04	RG_BS052

RG_CF304[CP2]

2.4.20.2 1512-Groupe Nature d'assurance Maternité

1512	**Groupe *Nature d'assurance Maternité***	
1. Date de maternité	EF_CF05_01	RG_CF_R30 RG_CF_R31

RG_CF304[CP1]

2.4.20.3 1513-Groupe Nature d'assurance Accident du Travail

1513	**Groupe *Nature d'assurance Accident du Travail***	
1. Date d'accident du travail	EF_CF06_03	RG_CF_R26
2. N° d'accident du travail	EF_CF06_01	RG_CF_R26
3. Clé du n° d'accident du travail	EF_CF06_02	RG_CF_R26

2.4.20.4 1514-Groupe Nature d'assurance Prévention

Ce groupe est prévu pour utilisation future.

1514	**Groupe *Nature d'assurance Prévention***	
1. Champ d'application dispositif de prévention	EF_CF07_01	Zone réservée pour utilisation future
2. Date liée au dispositif de prévention	EF_CF07_02	Zone réservée pour utilisation future
3. N° d'accident lié au dispositif de prévention	EF_CF07_03	Zone réservée pour utilisation future
4. Clé du n° d'accident lié au dispositif de prévention	EF_CF07_04	Zone réservée pour utilisation future

2.4.20.5 1515-Groupe Nature d'assurance SMG

1515	**Groupe *Nature d'assurance SMG***	
1. Montant total de la prise en charge SMG	EF_CF11_06	RG_CF304 RG_CF404

2.4.21 16xx-Groupes PRESTATION

2.4.21.1 Règles de gestion des prestations

- RG_IP302

Prestations de biologie

- RG_IP302 [CP1]
- RG_IP341 [CP2]

Enchaînement des groupes 161x

- CG_MF002
- RG_IP303

Tiers payant en mode dégradé

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

2.4.21.1.1 Règles particulières de présentation concernant certains types d'actes

Définition

- RG_IP302 [CP4]

Actes multiples au cours d'une même séance avec ou sans dépassement de tarif

- RG_IP302 [CP4]

Plusieurs séances facturées sur la même feuille de soins avec actes multiples ou indemnités

- RG_IP302 [CP3]
- RG_IP302
- RG_IP302 [CP2]
- RG_IP337 [CP5]
- IP – Remarques générales
- RG_IP302 [CP3]
- RG_IP302 [CP3]
- RG_IP302 [CP3]

Majoration de nuit ou de dimanche dans l'hypothèse d'actes multiples au cours d'une même séance

- RG_IP360 [CP3]

- RG_IP360 [CP3]

Cumul d'Actes

- RG_IP301

Actes gratuits, Actes non remboursables, Actes Hors Nomenclature, AME, Forfaits dentaires CMU-C

Actes gratuits

- RG_IP351 [CP3]
- RG_CF321
- RG_VF_T13 [CP4]
- IP – Remarques générales
- RG_CF321
- RG_VF_T13 [CP3]

Actes Non Remboursables et AME

- RG_VF_B13 [CP8]
- RG_VF_T13 [CP2]
- RG_VF_B13 [SP03.1]
- RG_VF_T13 [SP03.1]
- RG_VF_B13 [SP06]
- RG_VF_T13 [SP06]
- RG_CF321
- RG_CF321[SP06]
- RG_CF321

Actes gratuits en AME

- RG_CF321[SP06]

Forfaits dentaires CMU-C

Dans le cas des forfaits dentaires CMU-C, le montant remboursable de la part complémentaire contient le montant du forfait dentaire CMU-C.

- RG_VF374[SP03]

- RG_CF321 [SP03.1]
- RG_VF_B13 [SP03.1]
- RG_VF_T13 [SP03.1]

Actes Hors Nomenclature

- RG_CF321
- RG_VF_B13 [CP9]
- RG_VF_T13 [CP2]

Déplacements

- RG_CF327
- RG_CF321
- RG_CF321[SP06]
- RG_CF341[CP4]

AME

- Corps du CDC §4.2.5 SP06

Médicaments détournables

- RG_CF321[CP1]

Dépassements liés au parcours coordonné de soins

- RG_CF326
- RG_CF315
- RG_CF326

Séquence de calcul et Arrondis

RG_VF300

Détermination de la part remboursable par l'assurance complémentaire et de la part assuré

RG_VF_P1

- base de remboursement sur la part complémentaire => B = dépense réelle - montant remboursable par AMO
- ticket modérateur => C = tarif de responsabilité - montant remboursable par AMO
- participation maximum sur la part complémentaire => D = base de remboursement AMC x taux de participation

Détermination de la part remboursable par l'assurance complémentaire et de la part assuré

Si D< B et différence supérieure ou égale à 2 centimes

part remboursable sur la part complémentaire = D

part assuré = B - D

Si D< B et différence inférieure à 2 centimes

part remboursable de la part complémentaire = B

part assuré = zéro

Si D>= B

part remboursable de la part complémentaire = B

part assuré = zéro

2.4.21.1.2 Spécificités Dentaires

Soins dentaires

- RG_IP338[CP1]
- RG_IP341[CP4]

Orthopédie dento-faciale

- RG_CF301[CP2]

  La date de début du traitement orthopédique figure dans le groupe 1212. La date de fin de la période de traitement figure quant à elle dans le groupe 1610 (rubrique : date d'exécution).

- RG_CF301[CP2]

Prothèses dentaires

- RG_CF301[CP2]

Les prothèses dentaires correspondent aux prestations de groupe fonctionnel « soins dentaires / prothétiques » (cf. Annexe2-Table1 / EF_A2_T1).

Le respect des plafonds des actes prothétiques est contrôlé à partir de la table des plafonds dentaires (Annexe 2, règle P5). Cette table (DF_PFD) est fournie par le GIE Sesam Vitale et correspond à un fichier de données dont la structure est la suivante :

- Code acte
- Panier (« 0 » pour panier reste à charge zéro, « 1 » pour panier reste à charge modéré ou « 2 » pour panier C2S)
- Forfait CMU-C (code du forfait CMU-C ou Sans objet « So »)
- Date d'effet (jj/mm/aaaa)
- Date de fin (jj/mm/aaaa)
- Plafond (montant avec deux décimales)

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.

- Exemple (les plafonds sont fictifs) :

Acte	Panier	Forfait CMU-C	Date d'effet	Date de fin	Plafond
HBLD090	2	FDA	01/04/2019		200,00
HBLD090	1	So	01/04/2019		230,00
HBLD090	2	FDC	01/01/2020		175,00

HBLD090	1	So	01/01/2020		175,00
HBLD745	2	FDA	01/01/2020		175,00
HBLD745	0	So	01/01/2020		230,00

Forfait dentaire au titre de la C2S du panier de biens et services C2S

IP05/Préambule : SP03.1 Forfaits dentaires CMU-C

Exemple 1 Forfait CMU-C dans le panier de biens

	Code Prestation / Code regroupement	Code CCAM	Qté	Coeff	Dnb	Justif d'Exo	PU	Base remb.	Taux remb.	Mnt AMO	Mt de la dépense	Qualif. de la dépense	Mnt AMC	Reste à charge
à 70 %	PAR	HBLD138	1	1	1	0	139,75	139,75	70	97,83	139,75		41,92	0 (1)
	FDA		1	1	1	0	294,25	0	0	0	294,25	N	294,25	0
										Total	434,00			
bénéf. exonéré	PAR	HBLD138	1	1	1	4	139,75	139,75	100	139,75	139,75		0	0
	FDA		1	1	1	0	294,25	0	0	0	294,25	N	294,25	0
										Total	434,00			

	Code Prestation / Code regroupement	Code CCAM	Qté	Coeff	Dnb	Justif d'Exo	PU	Base remb.	Taux remb.	Mnt AMO	Mt de la dépense	Qualif. de la dépense	Mnt AMC	Reste à charge
à 70 %	PFM	HBLD040	1	1	1	0	279,50	279,50	70	195,65	279,50		83,85	0 (1)
	FDC		1	1	1	0	555,50	0	0	0	555,50	N	555,50	0
										Total	835,00			
bénéf. exonéré	PFM	HBLD040	1	1	1	4	279,50	279,50	100	279,50	279,50		0	0
	FDC		1	1	1	0	555,50	0	0	0	555,50	N	555,50	0
										Total	835,00			

Exemple 2 Forfait CMU-C hors panier de biens

	Code Prestation / Code regroupement	Code CCAM	Qté	Coeff	Dnb	Justif d'Exo	PU	Base remb.	Taux remb.	Mnt AMO	Mt de la dépense	Qualif. de la dépense	Mnt AMC	Reste à charge
à 70 %	PFC	HBLD036	1	1	1	0	107,50	107,50	70	75,25	277,50	D	32,25	170,00
	FPC		1	1	1	0	122,50	0	0	0	122,50	N	122,50	0
										Total	400,00			
bénéf. exonéré	PFC	HBLD036	1	1	1	4	107,50	107,50	100	107,50	277,50	D	0	170,00
	FPC		1	1	1	0	122,50	0	0	0	122,50	N	122,50	0
										Total	400,00			

Exemple 3 Forfait CMU-C pour un acte d'ODF

	Code Prestation / Code regroupement	Code CCAM	Qté	Coeff	Dnb	Justif d'Exo	PU	Base remb.	Taux remb.	Mnt AMO	Mt de la dépense	Qualif. de la dépense	Mnt AMC	Reste à charge
à 100 %	TO		1	90	1	0	2,15	193,5	100	193,5	193,50		0	0
	FDO		1	1	1	0	139,50	0	0	0	139,50	N	139,50	0
										Total	333,00			

Les montants utilisés dans les exemples ci-avant sont mentionnés à titre d'exemple, et peuvent évoluer en fonction des tarifs conventionnels.

Ordre des prestations

- IP05/Préambule : SP03.1 Forfaits dentaires CMU-C

Définition

- IP05/Préambule : SP03.1 Forfaits dentaires CMU-C

2.4.21.1.3 Codage de la biologie

- RG_IP339[CP3]
- RG_IP319
- RG_IP360[CP2]

  Le nombre de groupe 1710 est limité à 50 par groupe 1610. cf. RG_IP302[CP1].

  La valeur du dénombrement du groupe 1610 est égale au nombre de groupes 1710 (codes affinés) qui suivent cf. RG_IP337[CP3].
- RG_IP302[CP1]
- RG_IP302[CP1]

2.4.21.1.4 Codage des actes d'anatomo-cytopathologie

Le groupe 1710 est facultatif, le codage affiné n'étant pas obligatoire pour les prestations d'anatomo-cytopathologie.

- RG_IP319[CP1]

2.4.21.1.5 Spécificités : Frais pharmaceutique

Codage de la Pharmacie

RG_IP314

Pour les médicaments

On établit un groupe *1610 Prestation* par code prestation de groupe fonctionnel « Médicament » (EF_IP05_03) (cf. EF_A2_T1).

Pour les prestations admettant le codage (top codage affiné = EF_IP05_05 oui, cf. EF_A2_T1), ce groupe 1610 est suivi d'un groupe 1740 « *Prestation détaillée code CIP* », lui-même éventuellement suivi de 1 à 30 groupes 1741 « *Prestation détaillée lot d'un code CIP* » pour identifier les numéros de lot et de série des conditionnements de médicaments délivrés (cf. RG_IP381).

RG_VF_B2[CP1]

RG_IP337[CP2]

Refus de substitution

RG_IP322

RG_VF_S1

Opération de génération des honoraires de dispensation

CF06 Préambule

Positionnement dans la facture

RG_CF340

Données d'une prestation d'honoraire générée

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

	Honoraire simple	Honoraires globaux
1610-2 Date d'exécution	*Date de la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte.* RG_IP338[CP5]	*Date de la facture* RG_IP338[CP6]

1610-3 Lieu d'exécution	*Identique à celui de la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte.* RG_IP357[CP4]	*Identique à celui de la dernière prestation saisie par le PS.* RG_IP357[CP5]
1610-4 Code prestation	RG_IP339[CP8]	RG_IP339[CP9] RG_IP339[CP13] RG_IP339[CP14] RG_IP339[CP15]
1610-5 Code complément prestation	*Non renseigné.* RG_IP360[CP4]	*Idem honoraire simple* RG_IP360[CP4]
1610-6 Montant des honoraires	*Base de remboursement de l'honoraire* RG_VF_B13	*Base de remboursement de l'honoraire global* RG_VF_B13
1610-7 Qualificatif de la dépense	*Identique à celui de la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte* RG_CF321[CP3]	*Non renseigné Hors cas particuliers AME et SMG* RG_CF321[CP4]
1610-8 Coefficient	*Toujours à 1* RG_IP341[CP4]	*Idem honoraire simple* RG_IP341[CP4]
1610-9 Quantité	*Egale au nb de boites de médicament utilisées pour la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte (1740-5 du médicament associé)* RG_IP320[CP5]	*Egale à 1* RG_IP320[CP6]
1610-10 Dénombrement	*Toujours à 1* RG_IP337[CP7]	*Idem honoraire simple* RG_IP337[CP7]
1610-11 Prix unitaire	RG_VF_B2[CP5]	RG_VF_B2[CP5]

RG_CF341

2.4.21.1.6 Spécificité : LPP

Pour les Dispositifs médicaux (DM) de la LPP (anciennement TIPS) :

Pour chaque code prestation de type de nomenclature LPP (cf. EF_A2_T1), on établit un groupe *1610 Prestation*. Ce groupe 1610 est suivi de 1 à 10 groupes *1730 Prestation détaillée*.

RG_IP302[CP4]

1610-10 Dénombrement

RG_IP337[CP6]

1610-11 PU

Le prix unitaire du groupe 1610 (1610-11) est renseigné par la somme des « montants de la LPP » (1730-10) identifiés dans les groupes 1730 qui s'y rattachent.

RG_VF_B2[CP2]

1610-12 Base de Remboursement

La base de remboursement du groupe 1610 est renseignée par la somme des « montants totaux de la LPP » (1730-10) identifiés dans les groupes 1730 qui s'y rattachent, dans la limite du montant des honoraires (1610-6).

RG_VF_B13[CP5]

1610-6 Montant des honoraires

RG_IP351[CP1]

RG_IP351[CP3]

En nature d'assurance SMG ou AT, après renseignement du groupe 1610 et du 1730(*) comme indiqué ci-dessus, le montant total facturé à l'assuré (champ 1610-6) est utilisé pour la génération des suppléments (VF05 ou VF07) et permet de déterminer le montant des honoraires calculé (EF_VF05_09) : cf. VF06).

Le « montant des honoraires » à transmettre (champ 1610-6) ainsi que le (*) « Montant total facturé TTC après remise éventuelle » (champ 1730-11) sont mis à jour avec ce montant des honoraires calculé (EF_VF05_09)

(*) Rappel : en nature d'assurance SMG ou AT ou *pour les codes affinés LPP soumis à PLV,* un seul groupe 1730 par 1610 (cf. cas particulier ci-dessus).

Code lieu

RG_IP357[CP3]

Date d'exécution

RG_IP338[CP4]

2.4.21.1.7 Spécificités : Soins Médicaux Gratuits (SMG)

En cas de facture SMG (présence d'un groupe 1515), chaque supplément dérogatoire éventuellement généré par le progiciel lors de la phase « Finalisation SMG » (cf. VF05) fait l'objet d'un groupe 1610.

2.4.21.1.8 Spécificités compléments AT

L'article 98 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2009 améliore le remboursement :

- de certains dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP),
- des prothèses dentaires,

délivrés aux victimes d'accidents de travail et de maladies professionnelles.

Par ailleurs, l'article L169-3 du Code de la Sécurité Sociale et l'arrêté du 2 janvier 2016 instaurent une meilleure prise en charge de certains dispositifs médicaux et des prothèses dentaires pour les bénéficiaires des soins en situation de Victime d'Attentat. Leur remboursement est porté à 150% du tarif de responsabilité dès lors que ces prestations sont liées directement à l'acte de terrorisme

Principe : la prise en charge maximale en nature d'assurance AT ou pour un bénéficiaire des soins Victime d'Attentat, pour une prothèse dentaire ou une prestation LPP concernée est d'une fois et demi la base de remboursement de l'acte support, dans la limite des frais réellement engagés.

Les codes prestation « ATD : Complément AT dentaire » et ATL : Complément AT LPP » permettent la facturation du complément pris en charge au titre de la nature d'assurance AT ou pour un bénéficiaire des soins Victime d'Attentat, au-delà des 100% du tarif de responsabilité dans la limite des dépenses engagées.

Les prestations ATL sont saisies par le Professionnel de Santé.

Les prestations ATD sont automatiquement générées par le système de facturation (cf. A1-A3, opération VF07.01).

Le prix unitaire (1610-11) d'un complément AT (ATD ou ATL) relève d'un calcul spécifique, spécifié au niveau de la règle B2 de l'annexe 2.

La base de remboursement (1610-12) d'un complément AT (ATD ou ATL) est déterminée par la règle B13 de l'annexe 2.

Pour une prestation saisie par le PS et suivie d'un complément AT (dentaire ou LPP), le montant des honoraires saisi par le PS doit correspondre au montant total de la dépense : il doit inclure le montant de ce complément AT.

Données d'une prestation ATL

1610-2	***Date d'exécution***	RG_IP338[CP2] ; RG_IP338[CP3]	Egale à la date d'exécution de l'acte support
1610-3	***Code lieu***	RG_IP357[CP1] ; RG_IP357[CP2]	Egal au code lieu de l'acte support
1610-4	***Code prestation***	RG_IP339[CP6] ; RG_IP339[CP7]	Egal à « **ATL** »
1610-5	***Code complément de prestation***	RG_IP360[CP6]	Non renseigné
1610-6	***Montant des honoraires***	**VF06**	

1610-7	***Qualificatif de la dépense***	RG_CF321[CP2]	RG_CF321[CP2]
1610-8	***Coefficient***	RG_IP341	RG_IP341
1610-9	***Quantité***	RG_IP320	RG_IP320
1610-10	***Dénombrement***	RG_IP337	RG_IP337

2.4.21.1.9 Spécificités : Qualificatif de la dépense

RG_CF321

Actes CCAM

RG_CF321

Prise en charge SMG

RG_CF321[CP2]

2.4.21.1.10 « Réponse de prise en charge » de la part complémentaire

Dans le cas d'une « réponse de prise en charge », deux modes de saisie des montants de la part complémentaire sont possibles. (Cf. VF15)

Dans le cas du mode 1, le montant théorique remboursable de la part complémentaire du champ 1610-15 est renseigné par le Professionnel de Santé à partir du montant total de la « réponse de prise en charge » (EF_VF03_03).

Dans le cas du mode 2, le montant théorique remboursable de la part complémentaire du champ 1610-15 est calculé par le progiciel.

2.4.21.1.11 Spécificités Code prestation saisi par le Professionnel de Santé

RG_IP393

2.4.21.1.12 Spécificités Codes prestation « réservés PS »

Si le code prestation saisi par le Professionnel de Santé relève du groupe fonctionnel général « réservé PS » (cf. table 1 de l'annexe2 : EF_A2_T1), ce code prestation ne doit pas être transmis dans la facture :

- Il est utilisé pour toutes les règles de facturation,
- Il est remplacé dans le groupe 1610 par son code de remplacement associé qui se trouve dans la donnée « groupe fonctionnel détail » en table 1 de l'annexe2 (cf. RG_MF4A074) :
  - pour l'appel au service SSV_FormaterFacture
  - pour l'appel aux fonctions du module STS

Les prestations de type « réservées PS » concernent les Professionnel de Santé Médecins et Chirurgiens-dentistes.

2.4.21.1.13 Spécificités Victime d'Attentat

En situation de Victime d'Attentat, la facture peut comporter des prestations de dépassements.

Les prestations de dépassements pour Victime d'Attentat sont caractérisées par leur code prestation en table 1 comme suit :

- Groupe fonctionnel général = « Dépassement »
- Groupe fonctionnel détail = « Victime d'attentat »

Ces prestations de dépassement pour Victime d'Attentat sont facturables uniquement en situation Victime d'Attentat.

Les prestations de dépassements pour Victime d'Attentat sont automatiquement générées par le système de facturation (d'origine de la prestation = « LPS » ; cf. opération VF08)

Pour rappel, toute prestation générée par le LPS (Origine de la prestation = « LPS ») ne peut être saisie par le PS (cf. RG_IP393).

2.4.21.1.14 Spécificités Télémédecine

RG_CF330

2.4.21.1.15 Spécificités Consultations Obligatoires Enfant

RG_IP343

2.4.21.1.16 Spécificités prestations générées par le LPS

Cf. §3 ci-après

2.4.21.2 1610 Groupe Prestation

Groupe de données

Familles concernées

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

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

1610	**Groupe *Prestation***	
1. N° de la prestation		N° ordre de la prestation (dans la facture)
2. Date d'exécution	EF_IP04_02	RG_IP338 RG_IP348
3. Lieu d'exécution	EF_IP06_01	RG_IP357
4. Code prestation	EF_IP04_01	RG_IP339 RG_MF4A074
5. Code complément prestation	EF_IP08_01	RG_IP360
6. Montant des honoraires	EF_VF05_09	RG_VF409
7. Qualificatif de la dépense	EF_CF08_01	RG_CF321
8. Coefficient	EF_IP04_03	RG_IP341
9. Quantité	EF_IP04_04	RG_IP320
10. Dénombrement	EF_IP04_05	RG_IP337
11. Prix unitaire	EF_VF05_01	RG_VF_B2 RG_VF_BC1
12. Base de remboursement	EF_VF05_02	RG_VF_B13 RG_VF_BC4
13. Taux applicable à la prestation	EF_VF05_04	RG_VF_T13
14. Montant remboursable par l'AMO	EF_VF05_07	RG_VF_P1 RG_VF_P1bis

15. Montant théorique remboursable de la part complémentaire	EF_VF06_01	RG_VF367 VF___Description
16. Montant MTM restant à charge de l'assuré	EF_VF05_06	RG_VF_P1bis

2.4.21.3 1620-Groupe Prestation IFD

Groupe de données

Gestion des Indemnités forfaitaires de déplacement

Les dispositions réglementaires fixant la tarification des indemnités forfaitaires de déplacement sont spécifiées dans l'annexe 2.

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

Familles concernées

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

- Prescripteurs
- Auxiliaires-médicaux
- Laboratoires d'analyse de biologie médicale

1620	**Groupe *prestation IFD***	
1. N° de la prestation IFD		N° ordre de la prestation (dans la facture)
2. Date du déplacement	EF_IP04_02	RG_IP338 RG_IP348
3. Code prestation de type Id. FD	EF_IP04_01	RG_IP339 RG_MF4A074
4. Montant de l'IFD	EF_VF05_09	RG_VF409
5. Quantité (IFD)	EF_IP04_04	RG_IP320
6. Prix unitaire (IFD)	EF_VF05_01	RG_VF_B2
7. Base de remboursement (IFD)	EF_VF05_02	RG_VF_B13
8. Taux applicable à l'IFD	EF_VF05_04	RG_VF_T13
9. Montant remboursable par l'AMO (IFD)	EF_VF05_07	RG_VF_P1 RG_VF_P1bis
10. Montant théorique remboursable de la part complémentaire (IFD)	EF_VF06_01	RG_VF367 VF_Description
11. Qualificatif de la dépense (IFD)	EF_CF08_01	RG_CF321
12. Montant MTM restant à charge de l'assuré	EF_VF05_06	RG_VF_P1bis

2.4.21.4 1630-Groupe Prestation IK

Groupe de données

Gestion des Indemnités kilométriques

Les dispositions réglementaires fixant la tarification d'indemnité kilométrique sont spécifiées dans l'annexe 2.

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

Familles concernées

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

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

1630	**Groupe *prestation IK***	
1. N° de la prestation IK		N° ordre de la prestation (dans la facture)
2. Date du déplacement IK	EF_IP04_02	RG_IP338 RG_IP348
3. Code prestation de type Id. K	EF_IP04_01	RG_IP339 RG_MF4A074
4. Nombre de kilomètres	EF_IP04_04	RG_IP320
5. Montant de l'IK	EF_VF05_09	RG_VF409
6. Prix unitaire du kilomètre	EF_VF05_01	RG_VF_B2
7. Base de remboursement (IK)	EF_VF05_02	RG_VF_B13
8. Taux applicable à l'IK	EF_VF05_04	RG_VF_T13
9. Montant remboursable par l'AMO (IK)	EF_VF05_07	RG_VF_P1 RG_VF_P1bis
10. Montant théorique remboursable de la part complémentaire (IK)	EF_VF06_01	RG_VF367 VF_Description
11. Qualificatif de la dépense (IK)	EF_CF08_01	RG_CF321
12. Montant MTM restant à charge de l'assuré	EF_VF05_06	RG_VF_P1bis

2.4.22 17xx-Groupes PRESTATION DETAILLEE

2.4.22.1 1710-Groupe Prestation Détaillée NABM

Groupe de données

Gestion des prestations détaillées NABM

- RG_IP302[CP1]
- RG_IP319

Familles concernées

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

• Prescripteurs (Anatomo-cyto-pathologistes)
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Prescripteurs (Pro-Pharmaciens)

Ce groupe est facultatif.

1710	**Groupe *Prestation détaillée NABM***	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le détail de la prestation
2. Code affiné NABM	EF_IP12_01	RG_IP319

2.4.22.2 1730-Groupe Prestation détaillée LPP

Groupe de données

Gestion des prestations détaillées LPP

Ce groupe est obligatoire dès que le Professionnel de Santé délivre un dispositif médical de la LPP, que celui-ci soit codé ou non.

RG_IP302[CP4]

RG_IP304

Familles concernées

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

• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Fournisseurs

Ce groupe est facultatif.

RG_IP327

1730	**Groupe *Prestation détaillée LPP***	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le détail de la prestation
2. Code LPP	EF_IP15_01	RG_IP321
3. Type Prestation	EF_IP15_02	RG_IP328
4. N° SIRET du Fabricant ou de l'importateur	EF_IP15_03	RG_IP329
5. Date de début de location ou date d'achat ou de délivrance	EF_IP15_04	RG_IP330
6. Date de fin de location ou de service	EF_IP15_05	RG_IP331 RG_IP327[CP1]
7. Tarif LPP de référence	EF_IP15_07	RG_IP333
8. Nombre d'unités	EF_IP15_08	RG_IP334
9. Prix unitaire public de la prestation LPP	EF_IP15_06	RG_IP332
10. Montant total LPP	EF_IP15_09	RG_IP335
11. Montant total facturé TTC après remise éventuelle	EF_IP15_10	RG_IP336 Cas particulier : En nature d'assurance SMG ou AT, mis à jour à partir du montant des honoraires du groupe 1610 (champ 1610-6) à l'issue de « Finalisation SMG » (cf. A1-A3)

Contrôler les périodes LPP

- RG_IP349

Actes gratuits

Bien que le montant des honoraires (1610-6) du groupe *Prestation* soit renseigné à zéro en cas d'acte gratuit, aucun montant de ce groupe *Prestation détaillée LPP* ne doit être renseigné à zéro.

Location

- RG_IP328
- IP02.01 / Règles Prestation LPP / Préambule
- IP02.07.01 / Règles Codage LPP / Préambule

2.4.22.3 1740-Groupe Prestation détaillée code CIP

Groupe de données

Gestion des prestations détaillées code CIP

Un seul groupe Prestation Détaillée code CIP est associé à un groupe Prestation.

Ce groupe est obligatoire dès lors qu'il est associé à un groupe prestation (1610) nécessitant du codage.

IP02.01 /Règles Délivrance de médicaments / Préambule / Facturation des médicaments déconditionnés

Familles concernées

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

- Prescripteurs (cas des ProPharmaciens)
- Pharmaciens

Ce groupe est facultatif.

Ce groupe n'est pas applicable pour les centres de santé.

1740	**Groupe *Prestation détaillée code CIP***	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le détail de la prestation
2. Type de code CIP du médicament délivré	EF_IP14_01[délivré]	RG_IP375
3. Code CIP du médicament délivré	EF_IP14_02[délivré]	RG_IP321
4. Prix unitaire du médicament délivré	EF_IP13_01	• Hors déconditionnement : EF_IP13_01 • En cas de déconditionnement du médicament, cette information est obligatoirement à **zéro**. RG_IP324
5. Quantité de médicament délivré	EF_IP13_02	• Hors déconditionnement : EF_IP13_02 • En cas de déconditionnement, cette quantité est égale au « nombre de conditionnements utilisés dans le cadre du déconditionnement » (11ème champ du présent groupe) RG_IP325
6. Indicateur du médicament délivré	EF_IP13_03	RG_IP376
7. Indicateur de substitution	EF_IP13_07	RG_IP322 RG_IP_R66
8. Top déconditionnement	EF_IP13_05	RG_IP378

9. Quantité d'unités délivrées dans le cadre du déconditionnement	EF_IP13_02	• Déconditionnement : EF_IP13_02 • Hors déconditionnement : **zéro** RG_IP325
10. Prix unitaire de l'unité délivrée dans le cadre du déconditionnement	EF_IP13_01	Déconditionnement : EF_IP13_01 Hors déconditionnement : **zéro** RG_IP324
11. Nombre de conditionnements utilisés dans le cadre du déconditionnement	EF_IP13_06	• Déconditionnement : EF_IP13_06 • Hors déconditionnement : **zéro** RG_IP379
12. Mode de prescription	EF_IP13_04	• EF_IP13_04 si renseigné • A **blanc** sinon. RG_IP377 RG_IP_R65 RG_IP_R66
13. Type de code CIP du médicament prescrit	EF_IP14_01[prescrit]	RG_IP375
14. Code CIP du médicament prescrit	EF_IP14_02[prescrit]	RG_IP321
15. Conditions particulières	EF_IP13_08	RG_IP380

2.4.22.4 1741-Groupe Prestation détaillée lot d'un code CIP

Groupe de données

- IP02.01 /Règles Délivrance de médicaments / Préambule / Informations de traçabilité
- RG_IP381

Le groupe « Prestation Détaillée lot d'un code CIP » est utilisé uniquement si un n° de lot est connu.

Familles concernées

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

• Prescripteurs (cas des ProPharmaciens)
• Pharmaciens

Ce groupe est facultatif.

Ce groupe ne concerne pas les centres de santé.

1741	**Groupe *Prestation détaillée lot d'un code CIP***	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le détail de la prestation
2. N° de rang du lot		De 1 à 30 lots différents pour la délivrance d'un même médicament
3. N° de lot du conditionnement	EF_IP17_01	RG_IP381
4. Quantité de conditionnement appartenant au même lot	EF_IP17_02	RG_IP382
5. Conditionnement déconditionné	EF_IP17_03	RG_IP383 RG_MF4R065 RG_MF4R108
6. N° de série du conditionnement délivré	EF_IP17_04	RG_IP384

2.4.23 1820-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Exonération T.M.

Groupe de données

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

DT_CDC001

Ce groupe est obligatoire lorsque la nature d'assurance est Maladie (groupe 1511). A l'inverse si la nature d'assurance est Maternité (groupe 1512), Accident du Travail (groupe 1513) ou Soins Médicaux Gratuits (groupe 1515), le groupe 1820 est interdit. Enfin, si la nature d'assurance est Prévention (groupe 1514), ce groupe est facultatif.

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

Cas particulier d'un déplacement

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

Cas particulier d'un honoraire de dispensation simple

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

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

Cas particulier de l'honoraire de dispensation complexe

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

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

Cas particulier de l'honoraire de dispensation « global » hors HC

Le code justification d'exonération dépend des codes justification d'exonération des médicaments exonérés de la facture Cf. RG_VF_T8.

Détermination du taux d'exonération : cf. opération VF02.

Familles concernées

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

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

1820	**Groupe *Complément de prestation Exonération du Ticket Modérateur***

1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle s'applique le code justification d'exonération du ticket modérateur
2. Code justification d'exonération du ticket modérateur	EF_VF05_05	Cf. Opération VF02

2.4.24 1830-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION DMT-MT ou Télémédecine

Groupe de données

Les Professionnels de Santé facturant des forfaits techniques doivent préciser la discipline de prestations et le mode de traitement.

Familles concernées

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

- Prescripteurs
- Auxiliaires-médicaux
- Pharmaciens

Ce groupe est facultatif.

Cas Particulier Télémédecine

Ce groupe peut également être utilisé pour tracer l'utilisation d'une vidéo sécurisée dans le cadre d'une téléconsultation. Dans ce cas, les données 2,3,4 doivent être renseignées automatiquement par le LPS.

Prestations de type secondaire

Pour une prestation de type secondaire (cf. table 1 de l'Annexe 2), les informations du complément DMT-MT, doivent être identiques aux informations de l'acte support auquel cette prestation secondaire est rattachée.

1830	**Groupe *Complément de prestation DMT-MT***	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le complément de prestation DMT-MT
2. Discipline de prestations	EF_IP08_03	RG_IP361
3. Mode de traitement	EF_IP08_04	RG_IP361
4. Identification appareillage	EF_IP08_07	
5. Date d'installation	EF_IP08_06	
6. Puissance	EF_IP08_08	
7. Zone d'implantation	EF_IP08_09	
8. N° ordre de l'examen	EF_IP08_10	

2.4.25 1840-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Entente Préalable

Groupe de données

Ce groupe est obligatoire pour les prestations soumises à entente préalable, y compris en cas de prise en charge SMG.

Familles concernées

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

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

1840	**Groupe *Complément de prestation Entente Préalable***	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache l'entente préalable
2. Code accord entente préalable	EF_CF09_02	RG_CF324 ! Cette information est obligatoire
3. Date d'envoi de la demande d'entente préalable	EF_CF09_03	RG_CF324 RG_CF343 ! Cette information est obligatoire
4. Identification de l'entente préalable		zone réservée pour utilisation future

2.4.26 1850-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Renouvellement

Groupe de données

Familles concernées

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

- Pharmaciens
- Laboratoires d'analyse de biologie médicale

Ce groupe est facultatif.

1850	**Groupe *Complément de prestation Renouvellement***	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le renouvellement.
2. Renouvellement	EF_IP08_12	RG_IP365

2.4.27 1860-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Dent traitée

Groupe de données

Ce groupe est utilisé uniquement pour les prestations dentaires cotées en NGAP.

Ces prestations correspondent aux prestations de groupe fonctionnel de niveau général « soins dentaires » et de type de nomenclature NGAP. (cf. Annexe 2-Table 1).

Familles concernées

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

- Prescripteurs (spécialités Chirurgie Dentaire/Médecins Soins dentaires)

Ce groupe est facultatif.

1860	**Groupe *Complément de prestation Dent traitée***	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache l'identification de la dent traitée.
2. Dent traitée	EF_IP08_11	RG_IP362

2.4.28 1870-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Exécutant

Groupe de données

Ce groupe est prévu pour désigner les laboratoires sous-traitants, les salariés de Professionnel de Santé ou les médecins directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale.

Concernant les laboratoires d'analyses de biologie médicale sous traitants, le groupe *Exécutant* ne peut être utilisé qu'à titre transitoire et sous réserve de modification des dispositions réglementaires.

Familles concernées

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

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

1870	**Groupe *Complément de prestation Exécutant***	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache l'identification de l'exécutant
2. N° d'identification de l'exécutant	EF_IP07_01	RG_IP359
3. Clé du n° d'identification de l'exécutant	EF_IP07_02	RG_IP359
4. Code spécialité de l'exécutant	EF_IP07_03	RG_IP359
5. Code zone tarifaire de l'exécutant	EF_IP07_04	RG_IP359
6. Condition d'exercice de l'exécutant	EF_IP07_05	RG_IP359
7. Code conventionnel de l'exécutant	EF_IP07_06	RG_IP359
8. N° RPPS de l'exécutant	EF_IP07_08	RG_IP359
9. Clé du n° RPPS de l'exécutant	EF_IP07_09	RG_IP359
10. N° de la structure de l'exécutant	EF_IP07_10	RG_IP359

2.4.29 1880-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Lieu d'exercice

Groupe de données

Cas particulier d'un honoraire de dispensation généré

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

Prestations de type secondaire

Pour une prestation de type secondaire (cf. table 1 de l'Annexe 2bis), l'identifiant du lieu d'exécution de la prestation (1880-2) est identique à l'identifiant du lieu d'exécution de l'acte support auquel cette prestation secondaire est rattachée.

Familles concernées

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

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

Ce groupe est facultatif.

1880	**Groupe *Complément de prestation Lieu d'exercice***	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le lieu d'exercice.
2. Lieu d'exercice	EF_IP06_02	RG_IP358

2.4.30 1890-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Réseau ou filière de soins

Groupe de données

Cas particulier d'un honoraire de dispensation généré

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

Prestations de type secondaire

Pour une prestation de type secondaire (cf. table 1 de l'Annexe 2), l'identifiant réseau ou filière de soins (1890-2) est identique aux informations de l'acte support auquel cette prestation secondaire est rattachée.

Familles concernées

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

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

Ce groupe est facultatif.

1890	**Groupe *Complément de prestation Réseau ou filière de soins***	
3. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache l'identification du réseau ou de la filière de soins
4. Identifiant réseau ou filière de soins	EF_IP08_02	RG_IP364

2.4.31 1910-Groupe TOTAL Facture

Groupe de données

Ce groupe est obligatoire.

La valorisation du champ « Total participation assuré » est obligatoire.

RG_VF313

De manière générale, le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de vérifier le montant total complémentaire.

VF16 / Description

Prise en charge SMG

RG_VF410

Réponse de prise en charge de la part complémentaire

Rappel : Dans le cas d'une réponse de prise en charge, deux modes d'acquisition des montants de la part complémentaire (cf. 4.2.1.9 Corps), sont proposés par le progiciel.

Dans le cas du mode 1, le montant total du champ 1910-5 et du champ 1910-6 est calculé par le progiciel (sur la base de la somme des montants de la part complémentaire de chaque prestation qu'il a calculé.)

Dans le cas du mode 2, le montant total du champ 1910-5 et du champ 1910-6 est renseigné à partir du montant total de la « réponse de prise en charge » renseigné par le Professionnel de Santé.

Familles concernées

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

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

1910	**Groupe *Total Facture***	
1. Nombre de prestations	EF_IP01_02	Nombre de groupes 16xx
2. Total des montants facturés	EF_IP01_03	RG_IP372
3. Total remboursable par l'AMO	EF_VF02_01	RG_VF312
4. Total participation assuré	EF_VF02_02	RG_VF313

5. Total théorique remboursable de la part complémentaire	EF_VF03_01	RG_VF367 RG_VF364[CP1] RG_VF367[CP5] RG_VF509
6. Total remboursable de la part complémentaire	EF_VF03_02	Champ créé par anticipation, et dans l'attente de sa mise en œuvre, le montant à véhiculer dans ce champ est égal au total théorique remboursables de la part complémentaire.

2.4.32 2000-Groupe Forçage AMO niveau acte

Groupe de données

Ce groupe est facultatif.

Ce groupe est renseigné si le Professionnel de Santé effectue le forçage d'une ou plusieurs données de la prestation de rattachement (CCAM ou autre), ou si le service de Contrôle Complet CCAM a détecté l'utilisation d'une ou plusieurs données du référentiel CCAM modifiées par le Professionnel de Santé.

Dans le cas de forçage d'une prestation CCAM (directement dans la facture ou au niveau du référentiel CCAM), ce groupe est renseigné par le service de Contrôle Complet CCAM.

Dans le cas de forçage d'une prestation non CCAM (NGAP ou autre) le progiciel renseigne cet indicateur. Les valeurs à utiliser en fonction des données forcées sont spécifiées dans la partie A de l'annexe1.

Familles concernées

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

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

2000	**Groupe *Forçage AMO niveau acte***	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache l'indicateur de forçage
2. Indicateur de forçage AMO niveau acte		RG_MF4S071

2.4.33 2010-Groupe Forçage sur la part complémentaire niveau acte

Groupe de données

Ce groupe est facultatif.

Les règles de valorisation de ce groupe sont dans la partie A de l'annexe 1.

Familles concernées

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

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

2010	**Groupe *Forçage sur la part complémentaire niveau acte***	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache l'indicateur de forçage
2. Indicateur de forçage AMC niveau acte		RG_MF4S100

2.4.34 2020-Groupe Base de Remboursement Conventionnée AMO

Groupe de données

Ce groupe est obligatoire dans tous les cas.

Familles concernées

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

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

2020	**Groupe *Base de remboursement conventionnée AMO***	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache la base de remboursement conventionnée AMO
2. Base de remboursement conventionnée AMO	EF_VF05_03	RG_VF301 Ce montant est à indiquer en centimes d'Euros.

2.4.35 2030-Groupe Prévention commune AMO/AMC

Groupe de données

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

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

RG_CF322 [CP1]

RG_CF322 [CP2]

Familles concernées

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

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

2030	**Groupe *Prévention AMO/AMC***	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattachent les informations de prévention
2. Top prévention commune AMO/AMC	EF_CF10_01	RG_CF322
3. Qualifiant du dispositif de prévention	EF_CF10_02	RG_CF322

2.4.36 2100-Groupe Code Acte CCAM

Groupe de données

Ce groupe est obligatoire pour toute prestation CCAM.

Le remplissage des codes modificateurs doit commencer à la 1ère occurrence et il ne doit pas y avoir de rupture dans le remplissage des occurrences.

Le champ « Données CCAM complémentaires » contient la concaténation des 4 modificateurs AMC.

Le champ « code remboursement exceptionnel » est significatif uniquement pour les prestations remboursables sous condition (cf. Annexe1-A1 – Règle CC11).

Familles concernées

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

- Prescripteurs

2100	**Groupe *Code acte CCAM***	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le code acte CCAM.
2. Code de l'acte CCAM	EF_IP09_01	RG_IP315
3. Code extension documentaire	EF_IP09_06	RG_IP318
4. Code activité	EF_IP09_02	RG_IP315
5. Code phase de traitement	EF_IP09_03	RG_IP315
6. Code modificateur 1	EF_IP10_01	RG_IP_CC9
7. Code modificateur 2	EF_IP10_01	RG_IP_CC9
8. Code modificateur 3	EF_IP10_01	RG_IP_CC9
9. Code modificateur 4	EF_IP10_01	RG_IP_CC9
10. Code association	EF_IP09_04	RG_IP_CC1
11. Code remboursement exceptionnel	EF_CF08_04	RG_IP_CC11
12. Supplément de charge	EF_IP09_05	RG_IP_CC14
13. Données CCAM complémentaires	EF_IP10_02	RG_IP_CC13

2.4.37 2200-Groupe Liste des dents traitées (acte CCAM)

Groupe de données

Ce groupe est renseigné par le Professionnel de Santé dans le cas où il s'agit d'une prestation de type CCAM concernant des actes dentaires pour lesquels il est possible de préciser les n° de dents traitées.

Un groupe 2200 est donc nécessairement précédé d'un groupe 2100.

Le remplissage des numéros de dents doit commencer à la 1ère occurrence et il ne doit pas y avoir de rupture dans le remplissage des occurrences, ni de doublon.

Familles concernées

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

- Prescripteurs

2200	**Groupe *Liste des dents traitées (acte CCAM)***	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache la liste des dents traitées.
2. N° de la dent 1	EF_IP11_01	RG_IP391 Si un seul numéro de localisation de dent est renseigné, il est nécessaire de le renseigner en première position.
3. N° de la dent 2	EF_IP11_01	RG_IP391
4. N° de la dent 3	EF_IP11_01	RG_IP391
5. N° de la dent 4	EF_IP11_01	RG_IP391
6. N° de la dent 5	EF_IP11_01	RG_IP391
7. N° de la dent 6	EF_IP11_01	RG_IP391
8. N° de la dent 7	EF_IP11_01	RG_IP391
9. N° de la dent 8	EF_IP11_01	RG_IP391
10.N° de la dent 9	EF_IP11_01	RG_IP391
11.N° de la dent 10	EF_IP11_01	RG_IP391
12.N° de la dent 11	EF_IP11_01	RG_IP391
13.N° de la dent 12	EF_IP11_01	RG_IP391
14.N° de la dent 13	EF_IP11_01	RG_IP391
15.N° de la dent 14	EF_IP11_01	RG_IP391
16.N° de la dent 15	EF_IP11_01	RG_IP391
17.N° de la dent 16	EF_IP11_01	RG_IP391

2.4.38 3700-Groupe Contexte Tarification de la part Complémentaire

📖 **Règles et descriptif, voir annexe 1 – partie A2**

2.4.39 3710-Groupe Formule de la part Complémentaire appliquée au niveau acte

📖 **Règles et descriptif, voir annexe 1 – partie A2**

2.4.40 3720-Groupe Formule de la part Complémentaire appliquée au niveau facture

📖 **Règles et descriptif, voir annexe 1 – partie A2**

2.4.41 3730-Groupe Paramètres de calcul STS

📖 **Règles et descriptif, voir annexe 1 – partie A2**

2.4.42 3740-Groupe Paramètres de calcul contrats responsables

📖 **Règles et descriptif, voir annexe 1 – partie A2**

2.4.43 3770-Groupe Zone tampon de la part Complémentaire

📖 **Règles et descriptif, voir annexe 1 – partie A2**

2.5 Composition d'une FACTURE pour chaque famille

Légende

Dans les § suivants :

- les flèches en **trait continu** présentent un ou des groupes dont la présence est **obligatoire** dans la facture ;
- les flèches en **trait pointillé** présentent un ou des groupes dont la présence est **facultative** dans la facture.

2.5.1 Famille Auxiliaires médicaux

					AUXILIAIRES-MÉDICAUX
				1110	**Groupe *Identification Facture***
				1120	**Groupe *Identification Professionnel de Santé***
				1130	**Groupe *Identification du bénéficiaire***
				1140	**Groupe *Identification Structure***
				1150	**Groupe Identification Remplaçant**
				1151	**Groupe Identification RPPS Remplaçant**
				1160	**Groupe *Identification Individu***
				121x	**Groupe *Prescription (groupe 1211 ou 1213 obligatoire ou 1214)***
				1230	**Groupe *Origine de la prescription***
				1310	**Groupe *Organisme AMO***
				1321	**Groupe *Organismes complémentaires***
				1330	**Groupe *Données Complémentaire Additionnelles***
				1410	**Groupe *Cadre de remboursement***
				1420	**Groupe *Identification de pièce justificative pour l'AMO***
				1440	**Groupe Forçage niveau facture**
				1450	**Groupe Module de Tarification Complémentaire**
				151x	**Groupe *Nature d'assurance***
				1610	**Groupe *Prestation***
n	**n**			**1820**	**Groupe *Complément de prestation Exonération TM***
				1830	**Groupe *Complément de prestation DMT-MT ou Télémédecine***
				1840	**Groupe *Complément de prestation Entente préalable***
				1870	**Groupe *Complément de prestation Exécutant***
				1880	**Groupe *Complément de prestation Lieu d'exercice***
				1890	**Groupe *Complément de prestation Réseau ou filière de soins***
				2000	**Groupe *Forçage AMO niveau acte***
				2010	**Groupe *Forçage sur la part Complémentaire niveau acte***
				2020	**Groupe *Base de Remboursement conventionnée AMO***
				2030	**Groupe *Prévention commune AMO/AMC***
			n	**1730**	**Groupe *Prestation détaillée LPP***
				1620	**Groupe *Prestation IFD***

n		**1820**	**Groupe *Complément de prestation Exonération du TM***
		1870	**Groupe *Complément de prestation Exécutant***
		2000	**Groupe *Forçage AMO niveau acte***
		2010	**Groupe *Forçage sur la part Complémentaire niveau acte***
		2020	**Groupe *Base de Remboursement conventionnée AMO***
n		**1630**	**Groupe *Prestation IK***
		1820	**Groupe *Complément de prestation Exonération du TM***
		1870	**Groupe *Complément de prestation Exécutant***
		2000	**Groupe *Forçage AMO niveau acte***
		2010	**Groupe *Forçage sur la part Complémentaire niveau acte***
		2020	**Groupe *Base de Remboursement conventionnée AMO***
	1910	**Groupe *Total Facture***	

Une même prestation (groupe 1610) ne peut être suivie que d'un seul type de prestation détaillée (groupes 1730), ce type de prestation détaillée pouvant être répété de 1 à 10 fois pour la prestation détaillée code LPP (groupes 1730).

2.5.2 Famille Prescripteurs

PRESCRIPTEURS				
			1110	Groupe *Identification Facture*
			1120	Groupe *Identification Professionnel de Santé*
			1130	Groupe *Identification du bénéficiaire*
			1140	Groupe *Identification Structure*
			1150	Groupe Identification Remplaçant
			1151	Groupe Identification RPPS Remplaçant
			1160	Groupe *Identification Individu*
			1180	Groupe *Identification Médecin Traitant*
			121x	Groupe *Prescription*
			1220	Groupe *Arrêt de Travail prescrit*
			1230	Groupe *Origine de la prescription*
			1310	Groupe *Organisme AMO*
			1321	Groupe *Organismes complémentaires*
			1330	Groupe *Données Complémentaire Additionnelles*
			1410	Groupe *Cadre de remboursement*
			1420	Groupe *Identification de pièce justificative pour l'AMO*
			1440	Groupe Forçage niveau facture
			1450	Groupe Module de Tarification Complémentaire
			151x	Groupe *Nature d'assurance*
			1610	Groupe *Prestation*
n	n		1820	Groupe *Complément de prestation Exonération du TM*
			1830	Groupe *Complément de prestation DMT-MT*
			1840	Groupe *Complément de prestation Entente préalable*
			1860	Groupe *Complément de prestation Dent traitée*
			1870	Groupe *Complément de prestation Exécutant*
			1880	Groupe *Complément de prestation Lieu d'exercice*
			1890	Groupe *Complément de prestation Réseau ou filière de soins*
			2000	Groupe *Forçage AMO niveau acte*
			2010	Groupe *Forçage sur la part Complémentaire niveau acte*
			2020	Groupe *Base de Remboursement conventionnée AMO*
			2030	Groupe *Prévention commune AMO/AMC*
			2100	Groupe *Code acte CCAM*
			2200	Groupe *Liste des dents traitées (acte CCAM)*
		n	1710	Groupe *Prestation détaillée NABM*
			1740	Groupe *Prestation détaillée code CIP*
		n	1741	Groupe *Prestation détaillée lot d'un code CIP*
			1620	Groupe *Prestation IFD*
	n		1820	Groupe *Complément de prestation Exonération du TM*

	1870	**Groupe *Complément de prestation Exécutant***
	2000	**Groupe *Forçage AMO niveau acte***
	2010	**Groupe *Forçage AMO niveau acte***
	2020	**Groupe *Base de Remboursement conventionnée AMO***
	1630	**Groupe *Prestation IK***
n	**1820**	**Groupe *Complément de prestation Exonération du TM***
	1870	**Groupe *Complément de prestation Exécutant***
	2000	**Groupe *Forçage AMO niveau acte***
	2010	**Groupe *Forçage sur la part Complémentaire niveau acte***
	2020	**Groupe *Base de Remboursement conventionnée AMO***
1910	**Groupe *Total Facture***	

Une même prestation (groupe 1610) ne peut être suivie que d'un seul type de prestation détaillée (groupes 1710 ou 174x), ce type de prestation détaillée pouvant être répété :

- 1 fois pour la prestation détaillée code CIP (groupe 1740) suivi éventuellement de 1 à 30 prestation détaillée lot d'un code CIP (groupes 1741) ;
- de 1 à 50 fois pour la prestation détaillée NABM (groupes 1710).

2.5.3 Famille Pharmaciens

PHARMACIENS			
→		1110	Groupe ***Identification Facture***
→		1120	Groupe ***Identification Professionnel de Santé***
→		1130	Groupe ***Identification du bénéficiaire***
⇢		1140	Groupe ***Identification Structure***
⇢		1150	Groupe ***Identification Remplaçant***
⇢		1151	Groupe ***Identification RPPS Remplaçant***
⇢		1160	Groupe ***Identification Individu***
⇢		1170	Groupe ***Identification Liste Opposition Carte Vitale***
→		121x	Groupe ***Prescription (groupe 1211 ou 1213 obligatoire ou 1214)***
⇢		1230	Groupe ***Origine de la prescription***
→		1310	Groupe ***Organisme AMO***
⇢		1321	Groupe ***Organismes complémentaires***
⇢		1330	Groupe ***Données Complémentaire Additionnelles***
→		1410	Groupe ***Cadre de remboursement***
→		1420	Groupe ***Identification de pièce justificative pour l' AMO***
⇢		1440	Groupe Forçage niveau facture
⇢		1450	Groupe Module de Tarification Complémentaire
→		151x	Groupe ***Nature d'assurance***
	→	1610	Groupe ***Prestation***
n	⇢	1820	Groupe ***Exonération du T.M***
	⇢	1830	Groupe ***Complément de prestation DMT-MT ou Télémédecine***
	⇢	1840	Groupe ***Complément de prestation Entente préalable***
	⇢	1850	Groupe ***Complément de prestation Renouvellement***
	⇢	1890	Groupe ***Complément de prestation Réseau ou filière de soins***
	⇢	1870	Groupe ***Complément de prestation Exécutant***
	⇢	2000	Groupe ***Forçage AMO niveau acte***
	⇢	2010	Groupe ***Forçage sur la part Complémentaire niveau acte***
	→	2020	Groupe ***Base de Remboursement conventionnée AMO***
	⇢	2030	Groupe ***Prévention commune AMO/AMC***
	⇢	1740	Groupe ***Prestation détaillée code CIP***
	n ⇢	1741	Groupe ***Prestation détaillée lot d'un code CIP***
	n ⇢	1730	Groupe ***Prestation détaillée LPP***
		1910	Groupe ***Total Facture***

Une même prestation (groupe 1610) ne peut être suivie que d'un seul type de prestation détaillée (groupes 174x ou 1730), ce type de prestation détaillée pouvant être répété :

- 1 fois pour la prestation détaillée code CIP (groupe 1740) suivi éventuellement de 1 à 30 prestation détaillée lot d'un code CIP (groupes 1741) ;
- De 1 à 10 fois pour la prestation détaillée code LPP (groupes 1730).

2.5.4 Famille Laboratoires

LABORATOIRES D'ANALYSES DE BIOLOGIE MÉDICALE				
		→	**1110**	**Groupe *Identification Facture***
		→	**1120**	**Groupe *Identification Professionnel de Santé***
		→	**1130**	**Groupe *Identification du bénéficiaire***
		⇢	**1140**	**Groupe *Identification Structure***
		⇢	**1160**	**Groupe *Identification Individu***
		→	**121x**	**Groupe *Prescription (groupe 1211 ou 1213 obligatoire ou 1214)***
		⇢	**1230**	**Groupe *Origine de la prescription***
		→	**1310**	**Groupe *Organisme AMO***
		⇢	**1321**	**Groupe *Organismes complémentaires***
		⇢	**1330**	**Groupe *Données Complémentaire Additionnelles***
		→	**1410**	**Groupe *Cadre de remboursement***
		→	**1420**	**Groupe *Identification de pièce justificative pour l'AMO***
		⇢	**1440**	**Groupe Forçage niveau facture**
		⇢	**1450**	**Groupe Module de Tarification Complémentaire**
		→	**151x**	**Groupe *Nature d'assurance***
n	**n**	→	**1610**	**Groupe *Prestation***
		⇢	**1820**	**Groupe *Complément de prestation Exonération du TM***
		⇢	**1840**	**Groupe *Complément de prestation Entente préalable***
		⇢	**1850**	**Groupe *Complément de prestation Renouvellement***
		⇢	**1870**	**Groupe *Complément de prestation Exécutant***
		⇢	**1880**	**Groupe *Complément de prestation Lieu d'exercice***
		⇢	**1890**	**Groupe *Complément de prestation Réseau ou filière de soins***
		⇢	**2000**	**Groupe *Forçage AMO niveau acte***
		⇢	**2010**	**Groupe *Forçage sur la part Complémentaire niveau acte***
		→	**2020**	**Groupe *Base de Remboursement conventionnée AMO***
		⇢	**2030**	**Groupe *Prévention commune AMO/AMC***
		n ⇢	**1710**	**Groupe *Prestation détaillée NABM***
	n	⇢	**1620**	**Groupe *Prestation IFD***
			1820	**Groupe *Complément de prestation Exonération du TM***
		⇢	**1870**	**Groupe *Complément de prestation Exécutant***
			2000	**Groupe *Forçage AMO niveau acte***
			2010	**Groupe *Forçage sur la part Complémentaire niveau acte***
		→	**2020**	**Groupe *Base de Remboursement conventionnée AMO***
	n	⇢	**1630**	**Groupe *Prestation IK***
		⇢	**1820**	**Groupe *Complément de prestation Exonération du TM***
		⇢	**1870**	**Groupe *Complément de prestation Exécutant***
		⇢	**2000**	**Groupe *Forçage AMO niveau acte***
		⇢	**2010**	**Groupe *Forçage AMO niveau acte***

→ **2020 Groupe *Base de Remboursement conventionnée AMO***

→ **1910 Groupe *Total Facture***

Une prestation détaillée NABM (groupe 1710) peut être répétée de 1 à 50 fois.

2.5.5 Famille Fournisseurs

			FOURNISSEURS
		1110	**Groupe *Identification Facture***
		1120	**Groupe *Identification Professionnel de Santé***
		1130	**Groupe *Identification du bénéficiaire***
		1140	**Groupe *Identification Structure***
		1160	**Groupe *Identification Individu***
		121x	**Groupe *Prescription (groupe 1211 ou 1213 obligatoire ou 1214)***
		1230	**Groupe *Origine de la prescription***
		1310	**Groupe *Organisme AMO***
		1321	**Groupe *Organismes complémentaires***
		1330	**Groupe *Données Complémentaire Additionnelles***
		1410	**Groupe *Cadre de remboursement***
		1420	**Groupe *Identification de pièce justificative pour l'AMO***
		1440	**Groupe Forçage niveau facture**
		1450	**Groupe Module de Tarification Complémentaire**
		151x	**Groupe *Nature d'assurance***
		1610	**Groupe *Prestation***
n		**1820**	**Groupe *Exonération du T.M***
		1840	**Groupe *Complément de prestation Entente préalable***
		1870	**Groupe *Complément de prestation Exécutant***
		1890	**Groupe *Complément de prestation Réseau ou filière de soins***
		2000	**Groupe *Forçage AMO niveau acte***
		2010	**Groupe *Forçage sur la part Complémentaire niveau acte***
		2020	**Groupe *Base de Remboursement théorique AMO***
		2030	**Groupe *Prévention commune AMO/AMC***
	n	**1730**	**Groupe *Prestation détaillée LPP***
		1910	**Groupe *Total Facture***

Une même prestation (groupe 1610) ne peut être suivie que d'un seul type de prestation détaillée (groupes 1730), ce type de prestation détaillée pouvant être répété :

- de 0 à 10 fois pour la prestation détaillée code LPP (groupes 1730).

2.6 Synthèse de la Zone d'échange de la facture

Cette partie a pour objet de synthétiser la liste des groupes constituant la zone d'échange de la facture, en précisant pour chaque famille de Professionnel de Santé l'aspect obligatoire, facultatif, ou non utilisé de chaque groupe.

Groupe		Auxiliaires médicaux	Prescripteurs	Pharmaciens	Fournisseurs	Laboratoires
1110	*Identification Facture*	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
1120	*Identification Professionnel de Santé*	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
1130	*Identification du bénéficiaire*	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
1140	*Identification Structure*	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1150	*Identification Remplaçant*	Facultatif	Facultatif	Facultatif	non utilisé	Facultatif
1160	*Identification Individu*	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1170	*Identification Liste Opposition Carte Vitale*	non utilisé	non utilisé	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1180	*Identification Médecin Traitant*	non utilisé	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
1211	*Prescription PS libéral*	Obligatoire *(hors groupe 1212 non utilisé)*	Facultatif	Obligatoire *(hors groupe 1212 non utilisé)*	Obligatoire *(hors groupe 1212 non utilisé)*	Obligatoire *(hors groupe 1212 non utilisé)*
1212	*Prescription Chirurgiens Dentistes/Stomatologues*					
1213	*Prescription PS salarié*					
1214	*Prescription PS bénévole*					
1220	*Arrêt de Travail*	non utilisé	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
1230	*Origine de la prescription*	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1310	*Organisme AMO*	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
1321	*Organisme complementaire*	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1330	*Données Complémentaire Additionnelles*	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1410	*Cadre de remboursement*	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
1420	*Identification de pièce justificative pour l'AMO*	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
1440	*Forçage niveau Facture*	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1450	*Module de tarification complémentaire*	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1511	*Nature d'assurance Maladie*	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
1512	*Nature d'assurance Maternité*					
1513	*Nature d'assurance Accident du travail*					
1514	*Nature d'assurance Prévention*					
1515	*Nature d'assurance Soins Médicaux Gratuits*					
1610	*Prestation*	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
1620	*Prestation IFD*	Facultatif	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
1630	*Prestation IK*	Facultatif	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
1710	*Prestation détaillée NABM*	non utilisé	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
1730	*Prestation détaillée LPP*	Obligatoire	non utilisé	Obligatoire	Obligatoire	non utilisé
1740	*Prestation détaillée code CIP*	non utilisé	Facultatif	Facultatif	non utilisé	Facultatif

Groupe		Auxiliaires médicaux	Prescripteurs	Pharmaciens	Fournisseurs	Laboratoires
1741	*Prestation détaillée lot d'un code CIP*	non utilisé	Facultatif	Facultatif	non utilisé	Facultatif
1820	*Complément de prestation Exonération du TM*	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1830	*Complément de prestation DMT-MT*	Facultatif	Facultatif	Facultatif	non utilisé	non utilisé
1840	*Complément de prestation Entente préalable*	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1850	*Complément de prestation Renouvellement*	non utilisé	non utilisé	Facultatif	non utilisé	Facultatif
1860	*Complément de prestation Dent traitée*	non utilisé	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
1870	*Complément de prestation Exécutant*	Facultatif	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
1880	*Complément de prestation Lieu d'exercice*	Facultatif	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
1890	*Complément de prestation Réseau ou filière de soins*	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1910	*Total Facture*	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
2000	*Forçage AMO niveau acte*	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
2010	*Forçage sur la part complémentaire niveau acte*	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
2020	*Base de Remboursement conventionnée AMO*	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
2030	*Prévention AMO/AMC*	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
2100	*Code acte CCAM*	non utilisé	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
2200	*Liste des dents traitées (acte CCAM)*	non utilisé	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
3700	*Contexte tarification AMC*	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
3710	*Formule AMC appliquée au niveau acte*	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
3720	*Formule AMC appliquée au niveau facture*	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
3730	*Paramètres de calcul STS*	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
3740	*Paramètres de calcul Contrats Responsables*	non utilisé	Obligatoire	non utilisé	non utilisé	non utilisé
3770	*Zone tampon AMC*	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire

3 Prestations générées par le LPS : synthèse des données à déterminer

3.1 Suppléments dérogatoires SMG

- SFG VF VF05.02.01
- SFG VF VF05.02.03

Synthèse des données

1610-2	Date d'exécution	RG_IP338 [CP2]	Date d'exécution de la dernière prestation remboursable AMO (SD_SMG-R) saisie par le Professionnel de Santé.
		RG_IP338 [CP3]	Date d'exécution de la dernière prestation non remboursables AMO (SD_SMG-NR) saisie par le Professionnel de Santé.
	Age du bénéficiaire à la date d'exécution	RG_IP366	A déterminer à partir de la date de naissance lue en carte (cas général)
1610-3	Code lieu	RG_IP357[CP1] RG_IP357[CP2]	code lieu de la dernière prestation remboursable AMO (SD_SMG-R) ou non remboursables AMO (SD_SMG-NR) saisie par le Professionnel de Santé.
1610-4	Code prestation	RG_IP339 [CP6]	**DPS** **DAP**
		RG_IP339 [CP7]	**SGN** **SGA**
	Type de la prestation	RG_IP353	Cf. EF_A2_T1
	Type de nomenclature	RG_IP354	Cf. EF_A2_T1
	Groupe fonctionnel	RG_IP355	Cf. EF_A2_T1
	Top nécessité de codage affiné	RG_IP356	Cf. EF_A2_T1
	Origine de la prestation	RG_IP392	Cf. EF_A2_T1
1610-5	Code complément de prestation	RG_IP360[CP6]	Non renseigné
1610-6	Montant des honoraires	RG_VF409	*Pour les prestations générées par le LPS, le montant des honoraires correspond à la base de remboursement (1610-12)*
1610-7	Qualificatif de la dépense	RG_CF321	Valeur « L »
1610-8	Coefficient	RG_IP341	Valeur 1
1610-9	Quantité	RG_IP320	Valeur 1

1610-10	Dénombrement	RG_IP337	Valeur 1
	Montant PS des honoraires	RG_IP351[CP4]	Non renseigné
	Top prestation remboursable AMO	RG_CF332	Valeur VRAI
1610-11	Prix unitaire	RG_VF_B2[CP3]	
1610-12	Base de remboursement	RG_VF_B13	
1610-13	Taux de remboursement	RG_VF_T3	100%
1610-14	Montant remboursable AMO	RG_VF_P1	
	Montant du dépassement	RG_VF_P2	
2020-2	BR conventionnée	RG_VF301	

3.2 Suppléments en nature d'assurance AT

3.2.1 Compléments AT Dentaires

- SFG VF VF07.01.01
- SFG VF VF07.01.03

Synthèse des données

1610-2	Date d'exécution	RG_IP338 [CP7]	Egale à la date d'exécution de l'acte support
	Age du bénéficiaire à la date d'exécution	RG_IP366	A déterminer à partir de la date de naissance lue en carte (cas général)
1610-3	Code lieu	RG_IP357[CP6]	Egal au code lieu de l'acte support
1610-4	Code prestation	RG_IP339[CP10]	Egal à « **ATD** »
	Type de la prestation	RG_IP353	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
	Type de nomenclature	RG_IP354	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
	Groupe fonctionnel	RG_IP355	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
	Top nécessité de codage affiné	RG_IP356	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
	Origine de la prestation	RG_IP392	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
1610-5	Code complément de prestation	RG_IP360[CP5]	Non renseigné
	Montant PS des honoraires	RG_IP351[CP6]	Egal au montant remboursable AMO (1610-14)
1610-6	Montant des honoraires	RG_VF409	Pour les prestations générées par le LPS, le montant des honoraires correspond à la base de remboursement (1610-12)
1610-7	Qualificatif de la dépense	RG_CF321[CP5]	Egal au qualificatif de la dépense de l'acte support
1610-8	Coefficient	RG_IP341	Valeur 1
1610-9	Quantité	RG_IP320	Valeur 1
1610-10	Dénombrement	RG_IP337	Valeur 1
	Top prestation remboursable AMO	RG_CF332	Pas de cas particulier, déterminé selon la règle générale pour une prestation de type complément AT dentaire
1610-11	Prix unitaire	RG_VF_B2[CP6]	
1610-12	Base de remboursement	RG_VF_B13[CP11]	
	Date de référence pour la BR	RG_VF_B1	(cas général)

	Montant du dépassement	RG_VF_P2	
1610-13	Taux de remboursement	RG_VF_T3	
1610-14	Montant remboursable AMO	RG_VF_P1	
1820-2	Code justification d'exonération du ticket modérateur	RG_VF_T3	
1860-2	Numéro de dent traitée NGAP	RG_IP362[CP1]	Non renseigné
1870	Informations du PS salarié	RG_IP359[CP1]	Egales aux informations du PS salarié de l'acte support
1880-2	Identifiant du lieu d'exécution	RG_IP358[CP2]	Egal au lieu d'exécution de l'acte support
1890-2	libellé identifiant réseau soin	RG_IP364[CP2]	Egales aux informations de l'acte support
2020-2	BR conventionnée	RG_VF301	(cas général)

3.2.2 Supplément APIAS

- SFG VF VF07.02.01
- SFG VF VF07.02.03

Synthèse des données

1610-2	Date d'exécution	RG_IP338 [CP8]	Egale à la date de la facture
	Age du bénéficiaire à la date d'exécution	RG_IP366	A déterminer à partir de la date de naissance lue en carte (cas général)
1610-3	Code lieu	RG_IP357[CP9]	Egal au code lieu de la première prestation de la facture
1610-4	Code prestation	RG_IP339 [CP11]	Egal à « **DAT** »
	Type de la prestation	RG_IP353	Cf. EF_A2_T1
	Type de nomenclature	RG_IP354	Cf. EF_A2_T1
	Groupe fonctionnel	RG_IP355	Cf. EF_A2_T1
	Top nécessité de codage affiné	RG_IP356	Cf. EF_A2_T1
	Origine de la prestation	RG_IP392	Cf. EF_A2_T1
1610-5	Code complément de prestation	RG_IP360[CP7]	Non renseigné
	Montant PS des honoraires	RG_IP351[CP8]	Déterminé par VF06 (cf. RG_VF409 : Egal à la base de remboursement (1610-12))
1610-6	Montant des honoraires	RG_VF409	*Pour les prestations générées par le LPS, le montant des honoraires correspond à la base de remboursement (1610-12)*
1610-7	Qualificatif de la dépense	RG_CF321	Non renseigné (cas général)
1610-8	Coefficient	RG_IP341	Valeur 1
1610-9	Quantité	RG_IP320	Valeur 1
1610-10	Dénombrement	RG_IP337	Valeur 1
	Top prestation remboursable AMO	RG_CF332	Valeur VRAI
1610-11	Prix unitaire	RG_VF_B2[CP7]	Montant du supplément APIAS déterminé préalablement (cf. RG_VF351)
1610-12	Base de remboursement	RG_VF_B13	*(cas général)*

1610-13	Taux de remboursement	RG_VF_T3	100%
1610-14	Montant remboursable AMO	RG_VF_P1	*(cas général)*
	Montant du dépassement	RG_VF_P2	*(cas général)*
1820-2	Code justification d'exonération du ticket modérateur	RG_VF_T3	
2020-2	BR conventionnée	RG_VF301	*(cas général)*

3.3 Dépassements pour victime d'attentat

- SFG VF VF08.01
- SFG VF VF08.03

Synthèse des données

1610-2	Date d'exécution	RG_IP338 [CP9]	Egale à la date d'exécution de l'acte support
	Age du bénéficiaire à la date d'exécution	RG_IP366	A déterminer à partir de la date de naissance lue en carte (cas général)
1610-3	Code lieu	RG_IP357[CP3]	Egal au lieu d'exécution de l'acte support
1610-4	Code prestation	RG_IP339 [CP12]	Egal au code prestation déterminé par la règle RG_VF_R55 préalable
	Type de la prestation	RG_IP353	Cf. EF_A2_T1
	Type de nomenclature	RG_IP354	Cf. EF_A2_T1
	Groupe fonctionnel	RG_IP355	Cf. EF_A2_T1
	Top nécessité de codage affiné	RG_IP356	Cf. EF_A2_T1
	Origine de la prestation	RG_IP392	Cf. EF_A2_T1
1610-5	Code complément de prestation	RG_IP360[CP8]	Non renseigné
	Montant PS des honoraires	RG_IP351[CP9]	Egal au montant remboursable AMO (1610-14)
1610-6	Montant des honoraires	RG_VF409	*Pour les prestations générées par le LPS, le montant des honoraires correspond à la base de remboursement (1610-12)*
1610-7	Qualificatif de la dépense	RG_CF321[CP6]	Egal au qualificatif de la dépense de l'acte support
1610-8	Coefficient	RG_IP341	Valeur 1
1610-9	Quantité	RG_IP320	Valeur 1
1610-10	Dénombrement	RG_IP337	Valeur 1
	Top prestation remboursable AMO	RG_CF332	Pas de cas particulier, déterminé selon la règle générale pour une prestation de type complément AT dentaire
1610-11	Prix unitaire	RG_VF_B2[CP8]	
1610-12	Base de remboursement	RG_VF_B13	*(cas général)*
	Date de référence pour la BR	RG_VF_B1	*(cas général)*
1610-13	Taux de remboursement	VF02.01	100%

1610-14	Montant remboursable AMO	VF03.01	
1820-2	Code justification d'exonération du ticket modérateur	VF02.01	
1860-2	Numéro de dent traitée NGAP	RG_IP362[CP2]	Non renseigné
1870	Informations du PS salarié	RG_IP359[CP2]	Egales aux informations du PS salarié de l'acte support
1880-2	Identifiant du lieu d'exécution	RG_IP358	Egal au lieu d'exécution de l'acte support
1890-2	libellé identifiant réseau soin	RG_IP364[CP3]	Egales aux informations de l'acte support
2020-2	BR conventionnée	RG_VF301	*(cas général)*

Annexe 1-A1

Présentation fonctionnelle des Modules SESAM-Vitale

Phase Part Obligatoire

Intégrant l'Addendum n°8

Mise à jour Janvier 2024

GIE SESAM-Vitale
5, boulevard Marie & Alexandre Oyon - 72 019 LE MANS CEDEX 2 - www.sesam-vitale.fr
SIRET : 391 722 881 00052 - APE : 6202A - RCS LE MANS : 391 722 881 - N° TVA : FR 753 917 22881

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

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

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

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

Sommaire

1 Introduction 5

1.1 Présentation du document 5
1.2 Avertissements 5
1.3 Définitions et précisions 5

2 Acquisition des données Prestation 6

2.1 Données CCAM à saisir 6
2.1.1 Présentation générale 6
2.1.2 Précisions concernant les données des services SRT 7
2.1.3 Recherche du code acte CCAM 8
2.1.3.1 Recherche de codes CCAM par mot-clé 8
2.1.3.2 Recherche de codes CCAM par filtre 10
2.1.4 Règles RC et CC 11
2.1.4.1 RC1 – Code activité 11
2.1.4.2 RC2 – Code Phase de traitement 11
2.1.4.3 RC3 – Code modificateur 12
2.1.4.4 RC4 – Code modificateur et âge 13
2.1.4.5 RC5 – Spécialité de l'exécutant 13
2.1.4.6 RC6 – Frais de déplacement 14
2.1.4.7 RC7 – Entente préalable 15
2.1.4.8 RC8 – Nature d'assurance 15
2.1.4.9 RC9 – Code agrément radio de l'exécutant 16
2.1.4.10 RC11 – Code modificateur férié 16
2.1.4.11 RC12 – Codes modificateurs entre eux 17
2.1.4.12 RC13 – Age du bénéficiaire 18
2.1.4.13 RC14 - N°de dents 18
2.1.4.14 RC15-RC17 - Compatibilité des Associations d'actes 19
2.1.4.15 RC18 - Code modificateur multiple 21
2.1.4.16 RC19 – Code forfait CMU-C 22
2.1.4.17 CC1 - Renseignement du code association 23
2.1.4.18 CC1bis – Déterminer les associations de la facture 23
2.1.4.19 CC3 - Utilisation d'un acte complémentaire 25
2.1.4.20 CC5 - Renseignement des numéros de dents 25
2.1.4.21 CC6 - Obligation du codage CCAM 27
2.1.4.22 CC7 - Code Regroupement 28
2.1.4.23 CC8 - Validité du code acte CCAM 28
2.1.4.24 CC9 - Valeur des modificateurs 30
2.1.4.25 CC9b - Valeur des modificateurs non tarifants 30
2.1.4.26 CC11 - Demande de remboursement exceptionnel 31
2.1.4.27 CC12 - Présence d'un acte CCAM avec un code regroupement 31
2.1.4.28 CC13 - Modificateurs pour les Organismes Complémentaires 32
2.1.4.29 CC14 - Demande de supplément de charge en cabinet 33
2.1.4.30 CC15 - Compatibilité entre le taux et le justificatif d'exonération du ticket modérateur 33
2.1.4.31 CC16 - Compatibilité entre date de naissance et date des soins 33

3 Tarification AMO 34

3.1 Détermination des montants 34
3.1.1 Hors CCAM 34
3.1.2 Spécificités CCAM 34
3.1.2.1 Cinématique générale 34
3.1.2.2 BC1 : Prix Unitaire 34
3.1.2.3 BC99 : Base de Remboursement 35
3.2 Détermination du taux de remboursement 37
3.2.1 Règles communes toutes nomenclatures 37
3.2.1.1 Compatibilité entre taux et justificatif d'exonération 37
3.2.2 Hors CCAM 37
3.2.3 Spécificités CCAM 38
3.2.3.1 TC1 : C-ExoPrevention 38
3.2.3.2 TC2-TC3-T5-T6 : C-ExoActe 39
3.2.3.3 TC4-TC5 : C-ExoFacture 40

4 Contrôle complet CCAM 44

4.1 Objet 44
4.2 Traitements 44
4.2.1 Partie Réglementation 44
4.2.2 Partie Tarification 45
4.3 Paramètres 46
4.4 Diagnostics 47

5 Zone d'échange SRT 52

5.1.1 Groupes utilisés par les Services Élémentaires SRT 52
5.1.2 Utilisation des Groupes par les services élémentaires SRT 54

1 Introduction

1.1 Présentation du document

Ce document constitue la partie A1 de l'annexe 1 du CdC Éditeurs SESAM-Vitale.

Cette partie a pour objet de décrire spécifiquement les traitements relatifs à la phase AMO pour la constitution de la facture, à savoir les étapes d'acquisition des données prestation, la tarification AMO, et le contrôle complet CCAM.

L'ensemble de ce document concerne uniquement les prestations de type de nomenclature « CCAM » à l'exception de la règle CC6 qui concerne toutes les prestations de type de nomenclature NGAP.

1.2 Avertissements

Dans le présent document est désigné par base CCAM l'ensemble des données CCAM gérées par le module SRT et désignées par ailleurs sous le terme de référentiel électronique. Il ne s'agit en aucun cas d'une base de données.

1.3 Définitions et précisions

Prestation CCAM

SFG IP RG_IP315

Dans la zone d'échange facture, une prestation CCAM est caractérisée par un couple 1610-2100.

Niveau acte

Les règles niveau acte sont à appliquer pour chaque ligne d'acte CCAM.

Niveau facture

Les règles de niveau facture sont applicables pour toutes les prestations CCAM de la facture et éventuellement les prestations NGAP (prestations CCAM et NGAP pour les règles TC4-TC5 et le contrôle complet CCAM).

SFG IP IP02.07.01 Préambule

2 Acquisition des données Prestation

2.1 Données CCAM à saisir

2.1.1 Présentation générale

① Recherche	**Recherche**			
	Recherche du code acte CCAM ▪ *Vérification de l'obligation du codage CCAM pour une lettre clé NGAP donnée* ▪ *Recherche (par mot clé ou par filtre)*		**CC6**	
② Saisie et contrôle des données de la prestation CCAM	**Saisie et contrôle des données de la prestation CCAM**			
	▪ Données saisies par le Professionnel de Santé et contrôlées par le progiciel			Pour chaque prestation CCAM
	Données obligatoires	▪ *Date d'exécution*	**CC16**	
		▪ *Code de l'acte*	**CC8; RC7; RC8**	
		▪ *Code activité*	**RC1; RC5; RC9**	
	Données facultatives	▪ *Code phase*	**RC2; RC13**	
		▪ *Modificateur*	**CC9; RC3; RC4; RC11; RC12**	
		▪ *Remboursement exceptionnel*	**CC11**	
		▪ *N° de dent*	**RC14; CC5**	
		▪ *Supplément de charge en cabinet*	**CC14**	
	▪ Données renseignées automatiquement par le progiciel			
		▪ *Code regroupement*	**CC7; CC12**	
		▪ *Modificateurs OC*	**CC13**	

③ Contrôle et finalisation de l'ensemble de la facture	**Contrôle et finalisation de l'ensemble de la facture**		
	A- Contrôle de l'ensemble de la facture *Compatibilité et association*	**CC3; RC6; RC15;RC17; RC18; RC19**	Pour l'ensemble de la FACTURE
	B- Renseignement du code association	**CC1**	Pour chaque prestation CCAM

Ce schéma décrit de façon détaillée l'enchaînement de l'ensemble des règles spécifiques aux prestations CCAM pour la phase d'acquisition des données prestation, et ce indépendamment de l'imbrication de prestations NGAP dans la facture.

Cet enchaînement s'appuie :

1. d'une part pour chaque prestation sur une première étape de recherche du code acte CCAM,
2. puis, pour chaque prestation, sur une deuxième étape de saisie et le contrôle des données de la prestation.
3. Pour cette deuxième étape, la chronologie de mise en œuvre dépend uniquement de l'ordre dans lequel sont saisies par le Professionnel de Santé les données relatives à la prestation. Dès qu'une donnée est saisie, les contrôles qui s'y rapportent peuvent être effectués. La présentation des règles de contrôle dans le schéma ci-avant en regard des données qu'elles requièrent, constitue donc une proposition de chronologie sans caractère obligatoire.
4. D'autre part sur une troisième étape de contrôle et de finalisation de l'ensemble de la facture, à savoir les compatibilités et les associations d'actes entre eux et le renseignement des codes association.

L'enchaînement de mise en œuvre à respecter nécessairement est le suivant :

①② : Pour chaque prestation CCAM : recherche (éventuelle) puis saisie et contrôle des données de la prestation (boucler sur tous les actes).

③-A : Contrôle de l'ensemble de la facture : compatibilités + détermination des associations d'actes.

③-B : pour chaque prestation CCAM gérer le renseignement du code association (saisi par le Professionnel de Santé).

2.1.2 Précisions concernant les données des services SRT

Dans chaque description des services du module SRT sont présentés les groupes de données d'entrée et les groupes de données de sortie.

Ces groupes, spécifiques aux fonctions du module SRT, sont numérotés de 3000 à 3600.

Certaines des données qui constituent ces groupes sont celles qui figureront dans la facture. C'est pourquoi il est précisé (en regard à droite), pour chacune des données à transmettre dans la facture, le groupe et le champ de la facture dans lequel la donnée est à renseigner.

Données relatives à l'exécutant

Dans le cas où le Professionnel de Santé qui effectue la prestation est différent de celui qui établit la facture, les données relatives à l'exécutant sont celles qui constitueront le groupe 1870. Dans le cas contraire, les données relatives à l'exécutant sont celles qui constitueront le groupe 1120.

Les données concernées sont :

- Le N° d'identification de l'exécutant
- Le code conventionnel de l'exécutant
- Le code spécialité de l'exécutant

Date de référence

La donnée « date de référence » utilisée en entrée des services SRT représente la date à laquelle le progiciel met en œuvre le service SRT en question. Il s'agit donc de la date d'exécution des soins pour l'acte CCAM traité.

Groupes multi-occurrents

Le caractère multi-occurrent d'un groupe de données en entrée ou en sortie des fonctions SRT est précisé par une lettre (N la plupart du temps) à gauche du n° du groupe.

2.1.3 Recherche du code acte CCAM

La recherche d'actes CCAM peut se faire suivant deux modes :

1. **Recherche par mot-clé**. Le progiciel donne aux SRT un mot-clé. Les SRT retournent les codes de tous les actes qui font référence à ce mot-clé.
2. Cette fonction s'appuie sur le glossaire de la base CCAM.
3. **Recherche par filtre**. Le progiciel précise les n premiers caractères du code des actes recherchés, et les SRT retournent la liste de tous les actes dont les codes commencent par ces caractères.
4. 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.

2.1.3.1 Recherche de codes CCAM par mot-clé

Règle

SFG AP RG_AP009

Fonction à utiliser

SRT_RechercherParMotCle

A partir d'un mot-clé donné, cette fonction retourne au progiciel la liste des codes des actes CCAM 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.

La recherche peut porter sur les champs suivants :

Champ à examiner	Valeur numérique associée au champ	
• tous les champs,	0	
• les libellés courts,	1	$= 2^0$
• les libellés longs,	2	$= 2^1$
• les conditions générales,	4	$= 2^2$
• les notes de type « à l'exclusion de …»	8	$= 2^3$
• les notes de type « comprend …»	16	$= 2^4$

Champ à examiner	Valeur numérique associée au champ	
• les notes de type « avec ou sans …»	32	$= 2^5$
• les notes de type « par…, on entend …»	64	$= 2^6$
• les notes de type « par exemple …»	128	$= 2^7$
• les notes de type « coder éventuellement …»	256	$= 2^8$
• les notes de type « modificateur implicite …»	512	$= 2^9$
• les notes de type « inclut …»	1024	$= 2^{10}$
• les notes non structurées.	2048	$= 2^{11}$
• toutes les notes,	4088	$= \Sigma\ (2^3+2^4+\ldots 21^1)$

Il convient donc de préciser en donnée d'entrée le ou les champs dans lesquels la recherche doit être effectuée :

Pour cela, le progiciel indique dans le paramètre d'entrée « Cadre de Recherche » la somme des valeurs numériques de chaque champ à examiner.

Par exemple pour rechercher dans toutes les notes, le paramètre doit prendre la valeur $2^3 + \ldots + 2^{11} = 4088$.

La valeur 0 permet d'effectuer la recherche dans tous les champs textuels.

Les paramètres en entrée

Mot-Clé

Mot-clé sur lequel doit s'effectuer la recherche.
La chaîne doit être ni vide ni être un pointeur nul.

Cadre de Recherche

Valeur numérique précisant dans quels champs textuels doit s'effectuer la recherche du mot-clé

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
3000	**Groupe** *Liste de codes actes*
	Nombre de codes actes
	Code de l'acte n°1
	Code de l'acte n°2
	…
	Code du dernier acte

2.1.3.2 Recherche de codes CCAM par filtre

Règle

SFG AP RG_AP010

Fonction à utiliser

SRT_RechercherParFiltre

Cette fonction retourne au progiciel les codes des actes CCAM dont le code affiné commence par certains caractères. Le progiciel utilise pour cela un filtre qui contient les n premiers caractères des actes recherchés.

Les paramètres en entrée

Filtre	
	Chaîne de caractère précisant les premiers caractères des codes des actes recherchés. Entre 0 et 4 caractères.

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
3000	**Groupe** *Liste de codes actes*
	Nombre de codes actes
	Code de l'acte n°1
	Code de l'acte n°2

	…
	Code du dernier acte

Remarque

Si le filtre est vide, les SRT retournent les codes affinés de tous les actes CCAM.

SFG AP RG_AP010 [CP1]

2.1.4 Règles RC et CC

2.1.4.1 RC1 – Code activité

Règle

SFG IP RG_IP_RC1

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (CCAM-2)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur **CCAM-2**
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupes d'entrée	
3100	**Groupe** *Niveau acte*
	Code de l'acte

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
N 3118	**Groupe** *Type Code qualifié*
	Code activité
	Libellé du code activité

2.1.4.2 RC2 – Code Phase de traitement

Règle

SFG IP RG_IP_RC2

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (CCAM-4a)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur **CCAM-4a**
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupes d'entrée	
3101	**Groupe** *Niveau activité*
	Code de l'acte
	Code activité

Les paramètres en sortie

Groupe de sortie	
3111	**Groupe** *Type Nombre*
	Nombre maximum de phases de traitement autorisées

2.1.4.3 RC3 – Code modificateur

Règle

SFG IP RG_IP_RC3

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (CCAM-6)

Les paramètres en entrée

Identifiant		
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur **CCAM-6**	
Date de référence		
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ	
Groupes d'entrée		
3101	**Groupe** *Niveau activité*	
	Code de l'acte	2100-2
	Code activité	2100-4

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
N 3118	**Groupe** *Type Code qualifié*
	Code modificateur compatible

	Libellé du code modificateur compatible

2.1.4.4 RC4 – Code modificateur et âge

Règle

SFG IP RG_IP_RC4

Fonction à utiliser

SRT_ControlerDonnees (C-Age-1)

Les paramètres en entrée

Identifiant		
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur **C-Age-1**	
Date de référence		
	Date de référence à laquelle on applique la règle de contrôle	1610-2
Groupes d'entrée		
3210	**Groupe** *Paramètres du service C-Age-1*	
	Date de naissance du bénéficiaire	1130-4
	Code modificateur	2100-6
		ou 2100-7
		ou 2100-8
		ou 2100-9

Les paramètres en sortie

Résultat de la règle de contrôle OK ou KO

2.1.4.5 RC5 – Spécialité de l'exécutant

Règle

SFG IP RG_IP_RC5

Fonction à utiliser

SRT_ControlerDonnees (C-Executant)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur **C-Executant**
Date de référence	

	Date de référence à laquelle on applique la règle de contrôle : date d'exécution des soins
Groupes d'entrée	
3220	**Groupe** *Paramètres du service C-Executant*
	Code spécialité de l'exécutant 1870-4 ou sinon 1120-6
	Code de l'acte 2100-2
	Code activité 2100-4

Les paramètres en sortie

Résultat de la règle de contrôle OK ou KO

2.1.4.6 RC6 – Frais de déplacement

Règle

SFG IP RG_IP_RC6

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (CCAM-41)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur **CCAM-41**
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupe d'entrée	
3100	**Groupe** *Niveau acte*
	Code de l'acte

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
3118	**Groupe** *Type Code qualifié*
	Code frais de déplacement
	Libellé du Code frais de déplacement

Remarques

Le code « frais de déplacement » prend l'une des valeurs suivantes :

- A : Autorise les frais de déplacement (indemnités kilométriques et/ou indemnités de déplacement
- B : Autorise les indemnités de déplacement uniquement

- C : Autorise les indemnités kilométriques uniquement
- N : Interdit les frais de déplacement

2.1.4.7 RC7 – Entente préalable

Règle

SFG CF RG_CF_RC7

SFG CF RG_CF323

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (CCAM-24)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur **CCAM-24**
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupe d'entrée	
3100	**Groupe** *Niveau acte*
	Code de l'acte

Les paramètres en sortie

Groupe de sortie	
3116	**Groupe** *Type Booléen*
	Top nécessité d'une entente préalable • « O » = acte soumis à entente préalable • « N » = acte non soumis à entente préalable

2.1.4.8 RC8 – Nature d'assurance

Règle

SFG CF RG_CF_RC8

Fonction à utiliser

SRT_ControlerDonnees (C-Assurance)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur **C-Assurance**

Date de référence	
	Date de référence à laquelle on applique la règle de contrôle : date d'exécution des soins
Groupe d'entrée	
3230	**Groupe** *Paramètres du service C-Assurance*
	Nature d'assurance EF_CF02_02
	Code de l'acte 2100-2

Les paramètres en sortie

Résultat de la règle de contrôle OK ou KO

2.1.4.9 RC9 – Code agrément radio de l'exécutant

Règle

SFG IP RG_IP_RC9

Fonction à utiliser

SRT_ControlerDonnees (C-Radio)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur **C-Radio**
Date de référence	
	Date de référence à laquelle on applique la règle de contrôle : date d'exécution des soins
Groupe d'entrée	
3240	**Groupe** *Paramètres du service C-Radio*
	Code agrément 1 1120-9 si l'exécutant est celui qui établit la facture
	Code de l'acte 2100-2
	Code activité 2100-4

Les paramètres en sortie

Résultat de la règle de contrôle OK ou KO

2.1.4.10 RC11 – Code modificateur férié

Règle

SFG IP RG_IP_RC11

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (TB08-1)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur **TB08-1**
Date de référence	
	Date à examiner
Groupes d'entrée	
3120	**Groupe** *Numéro de caisse*
	N° de caisse de rattachement de l'exécutant

Les paramètres en sortie

Groupe de sortie	
3116	**Groupe** *Type Booléen*
	Top jour férié : • « O » = jour férié • « N » = jour non férié

2.1.4.11 RC12 – Codes modificateurs entre eux

Règle

SFG IP RG_IP_RC12

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (TB09-1)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur **TB09-1**
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupes d'entrée	
2 3121	**Groupe** *Modificateur*
	Code modificateur

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie

3116	**Groupe** *Type Booléen*
	Top modificateur compatible • « O » = les deux modificateurs sont compatibles entre eux • « N » = les deux modificateurs sont incompatibles entre eux

2.1.4.12 RC13 – Age du bénéficiaire

Règle

SFG IP RG_IP_RC13

SFG IP RG_IP366 [CP1]

Fonction à utiliser

SRT_ControlerDonnees (C-Age-2)

Les paramètres en entrée

Identifiant		
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur **C-Age-2**	
Date de référence		
	Date de référence à laquelle on applique la règle de contrôle : date d'exécution des soins	
Groupes d'entrée		
3250	**Groupe** *Paramètres du service C-Age-2*	
	Date de naissance du bénéficiaire	1130-4
	Code de l'acte	2100-2
	Code activité	2100-4
	Code phase de traitement	2100-5

Les paramètres en sortie

Résultat de la règle de contrôle OK ou KO

2.1.4.13 RC14 - N°de dents

Règle

SFG IP RG_IP_RC14

Fonction à utiliser

SRT_AppliquerRegle (C-Dent)

Cette fonctionnalité vérifie pour un numéro de dent donné sa compatibilité (conformément à la règle RC14 à respecter) avec l'acte/activité/phase donné.

Les paramètres en entrée

Identifiant		
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur **C-Dent**	
Groupes d'entrée		
3300	**Groupe** *Ligne d'acte CCAM pour le service C-Dent*	
	N° de la prestation	1610-1
	Date d'exécution	1610-2
	Code de l'acte	2100-2
	Code activité	2100-4
	Code phase de traitement	2100-5
2200	**Groupe** *Liste des dents traitées (acte CCAM)*	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	N° de la dent n° 1	2200-2
	N° de la dent n° 2	2200-3
	…	
	N° de la dent n° 16	2200-17

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie		
3301	**Groupe** *Compatibilités Dents*	
	N° de la prestation	1610-1
	Top compatibilité de la dent n°1	
	Top compatibilité de la dent n°2	
	…	
	Top compatibilité de la dent n°16	

Remarques

Les champs « N° de dent n° 2 » à « N° de dent n° 16 » sont facultatifs en entrée.

Un top compatibilité est renseigné en sortie si un n° de dent correspondant a été renseigné en entrée.

Un top compatibilité, si renseigné, prend l'une des 2 valeurs suivantes :

- « O » = numéro de dent compatible
- « N » = numéro de dent incompatible

2.1.4.14 RC15-RC17 - Compatibilité des Associations d'actes

Règles

SFG IP RG_IP_RC15

SFG IP RG_IP_RC17

Ces règles sont automatisées par le service C-Compatibilité.

Fonction à utiliser

SRT_AppliquerRegle (C-Compatibilité)

Cette fonctionnalité permet de vérifier la compatibilité de plusieurs codes acte entre eux. Cette fonctionnalité retourne pour chaque acte un diagnostic :

Cas sans erreur :

- l'acte est compatible avec les autres actes ;
- l'acte appartient à la même procédure P que l'acte X; le Professionnel de Santé peut cependant les associer en renseignant le code « association non prévue » (cas des actes sur les organes multiples) ;

Cas avec erreur :

- l'acte est incompatible médicalement avec l'acte X ; le Professionnel de Santé ne peut pas les associer ;
- l'acte appartient à la même procédure P que l'acte X ; le Professionnel de Santé ne peut pas les associer.

S'il y a plusieurs erreurs sur un acte, les SRT ne retournent que la première erreur trouvée.

Si le Professionnel de Santé a outrepassé la règle suivante :

- CC8 (forçage du code de l'acte),

les SRT ne contrôlent pas la compatibilité de l'acte forcé, ni des actes effectués à la même date.

Le progiciel indique, en données d'entrée de la fonction, pour chaque ligne d'acte de la facture, la référence de chaque règle forcée (groupe 3530).

Les paramètres en entrée

Identifiant		
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur **C-Compatibilité**	
Groupes d'entrée		
N 3310	**Groupe** *Ligne d'acte CCAM pour les services C-Compatibilité et C-Association*	
	N° de la prestation	1610-1
	Date d'exécution	1610-2
	Code de l'acte	2100-2
	Code activité	2100-4
	N° d'identification de l'exécutant	1870-2 ou sinon 1120-1
	Clé du n° d'identification de l'exécutant	1870-3 ou sinon 1120-2
R 3530	**Groupe** *Règle outrepassée*	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Référence de la règle outrepassée	

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie		
M 3311	**Groupe** *Compatibilité acte*	
	N° de la prestation	1610-1
	Top compatibilité acte CCAM 'O' = acte compatible avec tous les autres actes 'N' = acte incompatible avec un autre acte	
	Code diagnostic compatibilité '1' = acte compatible '2' = acte appartenant à la même procédure qu'un autre, mais pouvant être associé '3' = acte appartenant à la même procédure qu'un autre et ne pouvant donc pas être associé '4' = acte incompatible médicalement avec un autre	
	Libellé diagnostic compatibilité • « L'acte X est compatible avec les autres actes. » • « L'acte X appartient à la même procédure P que l'acte Y; ces deux actes peuvent cependant être associés en renseignant le code « association non prévue ». » • « L'acte X appartient à la même procédure P que l'acte Y; ces deux actes ne peuvent pas être associés. » • « L'acte X est incompatible médicalement avec l'acte Y; ces deux actes ne peuvent pas être associés. »	
	Code de l'acte Y incompatible avec l'acte courant (le cas échéant)	
	Code de la procédure P à laquelle appartient l'acte courant (le cas échéant)	
P 3531	**Groupe** *Traitement non effectué*	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1

Remarque

N=M+P : Pour chacune des N prestations fournies en entrée on retourne soit un groupe 3311 si le traitement a pu être effectué sur la prestation en question, soit un groupe 3531 dans le cas contraire (cas de forçage de données)

2.1.4.15 RC18 - Code modificateur multiple

Règle

SFG IP RG_IP_RC18

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (TB10-2)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur **TB10-2**
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ.
Groupe d'entrée	
3121	**Groupe** *Modificateur*
	Code modificateur

Les paramètres en sortie

Groupe de sortie	
3116	**Groupe** *Type Booléen*
	Top présence multiple : • « O » = le modificateur peut être utilisé plusieurs fois • « N » = le modificateur ne peut pas être utilisé plusieurs fois

2.1.4.16 RC19 – Code forfait CMU-C

Règle

SFG IP RG_IP_RC19

Fonction à utiliser

SRT_ControlerDonnees (C-ForfaitCMU)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur **C-ForfaitCMU**
Date de référence	
	Date de référence à laquelle on applique la règle de contrôle : date d'exécution du forfait CMU et de l'acte CCAM support.
Groupes d'entrée	
3260	**Groupe** *Paramètres du service C-ForfaitCMU*
	Code de l'acte 2100-2
	Code forfait CMU-C 1610-4

Les paramètres en sortie

Résultat de la règle de contrôle OK ou KO

2.1.4.17 CC1 - Renseignement du code association

Règle

SFG IP RG_IP_CC1

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (TB02-2)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur **TB02-2**
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupe d'entrée	
3103	**Groupe** *Contexte tarifaire*
	Contexte tarifaire PS
	Contexte tarifaire BS

Les paramètres en sortie

Groupe de sortie	
N 3118	**Groupe** *Type Code qualifié*
	• Valeur du code association applicable
	• Libellé du code association applicable

2.1.4.18 CC1bis – Déterminer les associations de la facture

Règles

SFG IP RG_IP_CC1bis

Fonction à utiliser

SRT_AppliquerRegle (C-Association)

Cette fonctionnalité a pour objet de déterminer parmi l'ensemble des actes fournis en entrée toutes les associations d'actes et pour chaque association d'identifier s'il d'agit d'une association prévue ou non prévue. En fonction de quoi le code association non prévu de chaque acte/activité/phase devra être renseigné conformément à la règle CC1.

Si le Professionnel de Santé a outrepassé une au moins des règles suivantes :

- CC8 (forçage du code de l'acte),
- RC1 (forçage du code activité),

les SRT ne contrôlent pas le type d'association pour l'acte forcé, ni pour les actes associés.

Le progiciel indique, en données d'entrée de la fonction, pour chaque ligne d'acte de la facture, la référence de chaque règle forcée (groupe 3530).

Remarque

Ce service doit être appelé **après** le service C-Compatibilité qui s'assurera auparavant que les actes sont bien compatibles entre eux.

Les paramètres en entrée

Identifiant		
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur **C-Association**	
Groupes d'entrée		
N 3310	**Groupe** *Ligne d'acte CCAM pour les services C-Compatibilité et C-Association*	
	N° de la prestation	1610-1
	Date d'exécution	1610-2
	Code de l'acte	2100-2
	Code activité	2100-4
	N° d'identification de l'exécutant	1870-2 ou sinon 1120-1
	Clé du n° d'identification de l'exécutant	1870-3 ou sinon 1120-2
R 3530	**Groupe** *Règle outrepassée*	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Référence de la règle outrepassée	

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie		
M 3321	**Groupe** *Association*	
	N° de la prestation	1610-1
	N° de l'association à laquelle appartient la prestation	
	Type d'association : «P»: association prévue «N» : association non prévue «D»: association prévue de type dentaire «E»: association non prévue de type dentaire	
P 3531	• **Groupe** Traitement non effectué	
	• N° de la prestation (de rattachement)	1610-1

Remarque

N=M+P : Pour chacune des N prestations fournies en entrée on retourne soit un groupe 3311 si le traitement a pu être effectué sur la prestation en question, soit un groupe 3531 dans le cas contraire (cas de forçage de données)

2.1.4.19 CC3 - Utilisation d'un acte complémentaire

Règle

SFG IP RG_IP_CC3

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (CCAM-9)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur **CCAM-9**
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupes d'entrée	
3100	**Groupe** *Niveau acte*
	Code de l'acte

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
3118	**Groupe** *Type Code qualifié*
	• Type du code de l'acte
	• Libellé du type de code

Remarques

Le type de code peut prendre les valeurs suivantes :

- 0 : acte isolé
- 1 : procédure
- 2 : acte complémentaire

2.1.4.20 CC5 - Renseignement des numéros de dents

Règle

SFG IP RG_IP_CC5

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (CCAM-43a)

Les paramètres en entrée

Identifiant

	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur **CCAM-43a**
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupe d'entrée	
3102	**Groupe** *Niveau Phase*
	Code de l'acte
	Code activité
	Code phase de traitement

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
3116	**Groupe** *Type Booléen*
	Top acte dentaire : • « O » = acte dentaire • « N » = acte non dentaire
3111	**Groupe** *Type Nombre*
	Nombre minimum de dents à traiter

Remarque

Le second groupe de sortie 3111 est fourni uniquement dans le cas d'un acte dentaire.

2.1.4.21 CC6 - Obligation du codage CCAM

Règle

SFG IP RG_IP_CC6

Fonction à utiliser

SRT_ControlerDonnees (C-Ccam)

Cette fonctionnalité a pour objet de déterminer si une lettre clé NGAP doit être remplacée par un codage CCAM ou non à la date d'exécution des soins et en fonction de la spécialité du Professionnel de Santé.

Cette fonction retourne une erreur si le code prestation fourni en entrée est un code regroupement CCAM.

Les paramètres en entrée

Identifiant		
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur **C-Ccam**	
Date de référence		
	Date de référence à laquelle la règle est appliquée : date d'exécution de la prestation	1610-2
Groupes d'entrée		
3200	**Groupe** *Paramètres du service C-Ccam*	
	Code spécialité de l'exécutant	1870-4 ou sinon 1120-6
	Code prestation	1610-4

Les paramètres en sortie

Résultat de la règle de contrôle : OK ou KO

- OK = le code prestation NGAP est utilisable
- KO = le code prestation NGAP doit être remplacé par un codage CCAM

2.1.4.22 CC7 - Code Regroupement

Règle

SFG IP RG_IP_339 [CP2]

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (CCAM-42)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur **CCAM-42**
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupe d'entrée	
3101	**Groupe** *Niveau activité*
	Code de l'acte
	Code activité

Les paramètres en sortie

Groupe de sortie	
3118	**Groupe** *Type Code qualifié*
	Code regroupement
	Libellé du Code regroupement
3130	**Groupe** *Date modification*
	Date d'effet de la modification par le Professionnel de Santé du code regroupement dans le référentiel électronique

Remarque

Le second groupe de sortie 3130 est fourni uniquement dans le cas où le code regroupement retourné est issu d'une modification effectuée par le Professionnel de Santé et non pas *du référentiel CCAM d'origine.*

2.1.4.23 CC8 - Validité du code acte CCAM

Règle

SFG IP RG_IP_CC8

Fonctions à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (CCAM-18)

SRT_ConsulterDonnee (CCAM-19)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. : Il doit prendre : • la valeur **CCAM-18** pour la recherche **de la date de début de validité** du code de l'acte donné : ou • la valeur **CCAM-19** pour la recherche **de la date de fin de validité** du code de l'acte donné :
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupes d'entrée	
3100	**Groupe** *Niveau acte*
	Code de l'acte

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
3113	**Groupe** *Type Date*
	• Date de début de validité du code de l'acte donné ou • Date de fin de validité du code de l'acte donné

Remarque

Il se peut que la date de fin de l'acte ne soit pas renseignée dans la base CCAM. Dans ce cas le groupe de sortie 3113 sera non renseigné.

Pour vérifier que le code de l'acte existe dans la base CCAM, le progiciel peut utiliser le service de consultation en utilisant l'identifiant CCAM-1.

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (CCAM-1)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre : la valeur **CCAM-1**
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupes d'entrée	
3100	**Groupe** *Niveau acte*
	Code de l'acte

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
3116	**Groupe** *Type Booléen*
	Top existence : « O » = le code existe dans la base CCAM « N » = le code n'existe pas dans la base CCAM

Remarque

Le code de l'acte CCAM renseigné en entrée est considéré existant dans la base CCAM (top existence valorisé à « O ») dès qu'il y est présent, et ce quel que soient ses dates de début et de fin de validité par rapport à la date de référence renseignée en entrée.

2.1.4.24 CC9 - Valeur des modificateurs

Règle

SFG IP RG_IP_CC9

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (TB11-3)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur **TB11-3**
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupe d'entrée	
3103	**Groupe** *Contexte tarifaire*
	Contexte tarifaire PS
	Contexte tarifaire BS

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
N 3118	**Groupe** *Type Code qualifié*
	Code modificateur applicable
	Libellé du code modificateur applicable

2.1.4.25 CC9b - Valeur des modificateurs non tarifants

Règle

- SFG IP RG_IP_CC9

Remarque

La distinction entre ces 2 références sert uniquement à distinguer les modificateurs non tarifants (CC9b) des modificateurs tarifants (CC9). Cette distinction est nécessaire pour les cas de forçage et également pour les diagnostics du contrôle complet.

2.1.4.26 CC11 - Demande de remboursement exceptionnel

Règle

- SFG CF RG_CF321
- SFG CF RG_CF_CC11
- SFG VF RG_VF_BC4 [CP2]
- SFG VF RG_VF_T13 [CP2]

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (CCAM-22)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur **CCAM-22**
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupe d'entrée	
3100	**Groupe** *Niveau acte*
	Code de l'acte

Les paramètres en sortie

Groupe de sortie	
3118	**Groupe** *Type Code qualifié*
	Code valeur de l'admission au remboursement 1 : acte remboursable 2 : acte non remboursable 3 : acte remboursable sous condition Libellé du code valeur de l'admission au remboursement

2.1.4.27 CC12 - Présence d'un acte CCAM avec un code regroupement

CC12	Présence d'un acte CCAM avec un code regroupement

Règle

Pour une nature de prestation (1610-4) renseignée avec un code regroupement, il est nécessaire que les données CCAM associées soient jointes dans la facture.

Mise en œuvre

Le progiciel doit assurer que tout groupe prestation (1610) contenant un code regroupement soit complété d'un groupe 2100 renseigné.

2.1.4.28 CC13 - Modificateurs pour les Organismes Complémentaires

Règle

SFG IP RG_IP_CC13

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (TB15-2)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur **TB15-2**
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ

Les paramètres en sortie

Groupe de sortie	
3111	**Groupe** *Type Nombre*
	Nombre de modificateurs AMC transmissibles

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (TB15-1)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur **TB15-1**
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupe d'entrée	
3121	**Groupe** *Modificateur*
	Code modificateur

Les paramètres en sortie

Groupe de sortie	
3110	**Groupe** *Type Code*
	Code modificateur AMC

2.1.4.29 CC14 - Demande de supplément de charge en cabinet

Règle

SFG IP RG_IP_CC14

Mise en œuvre

Le code lieu d'exécution est le champ 1610-3.

Le code supplément de charge est le champ 2100-12.

L'identifiant du lieu d'exécution de l'acte est le champ 1880-2.

2.1.4.30 CC15 - Compatibilité entre le taux et le justificatif d'exonération du ticket modérateur

Cf. 3.2.1.1 Compatibilité entre taux et justificatif d'exonération

2.1.4.31 CC16 - Compatibilité entre date de naissance et date des soins

Règle

SFG IP RG_IP_CC16

3 Tarification AMO

3.1 Détermination des montants

3.1.1 Hors CCAM

Voir Annexe 2

3.1.2 Spécificités CCAM

3.1.2.1 Cinématique générale

④ Tarification	Tarification de la facture		
	Détermination du PU - *Pour chaque ligne d'acte*	***BC1***	Pour l'ensemble de la FACTURE
	Détermination de la BR - *Pour chaque ligne d'acte*	***BC99***	Pour l'ensemble de la FACTURE

3.1.2.2 BC1 : Prix Unitaire

Règle

SFG IP RG_IP_CC16

Fonction à utiliser

SRT_AppliquerRegle (C-Pu)

Cette fonctionnalité a pour objet de calculer le prix unitaire de chaque ligne d'acte (acte/activité/phase) de la facture.

Si le Professionnel de Santé a outrepassé une au moins des règles suivantes :

- CC8 (forçage du code de l'acte),
- RC1 (forçage du code activité),
- RC2 (forçage du code phase),

les SRT ne calculent pas le prix unitaire de l'acte forcé.

Le progiciel indique, en données d'entrée de la fonction, pour chaque ligne d'acte de la facture, la référence de chaque règle forcée (groupe 3530).

Les paramètres en entrée

Identifiant		
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur **C-Pu**	
Groupes d'entrée		
3400	**Groupe** *Informations PS*	
	Code conventionnel	1870-7 ou sinon 1120-5
	N° de caisse de rattachement de l'exécutant	
N 3410	**Groupe** *Ligne d'acte CCAM pour le service C-Pu*	

	N° de la prestation	1610-1
	Date d'exécution	1610-2
	Code de l'acte	2100-2
	Code activité	2100-4
	Code phase de traitement	2100-5
N 3470	**Groupe** *Ligne d'acte Contexte tarifaire*	
	N° de la prestation	1610-1
	Contexte tarifaire PS	
	Contexte tarifaire BS	
R 3530	**Groupe** *Règle outrepassée*	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Référence de la règle outrepassée	

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie		
M 3411	**Groupe** *Prix Unitaire*	
	N° de la prestation	1610-1
	Prix unitaire	1610-11
P 3531	**Groupe** *Traitement non effectué*	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1

N=M+P : Pour chacune des N prestations fournies en entrée on retourne soit un groupe 3411 si le traitement a pu être effectué sur la prestation en question, soit un groupe 3531 dans le cas contraire (cas de forçage de données)

3.1.2.3 BC99 : Base de Remboursement

Règle

SFG VF RG_VF_BC4

Fonction à utiliser

SRT_AppliquerRegle (C-Base)

Cette fonctionnalité a pour objet de calculer la base de remboursement de chaque ligne d'actes de la facture (acte/activité/phase).

Si le Professionnel de Santé a outrepassé une au moins des règles suivantes :

- CC8 (forçage du code de l'acte),
- RC1 (forçage du code activité),
- RC2 (forçage du code phase),
- CC9 (forçage d'un code modificateur),
- CC1 (forçage du code association),

les SRT ne calculent pas la base de remboursement de l'acte forcé, ni des actes associés.

Le progiciel indique, en données d'entrée de la fonction, pour chaque ligne d'acte de la facture, la référence de chaque règle forcée (groupe 3530).

Les paramètres en entrée

Identifiant		
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur **C-Base**	
Groupes d'entrée		
3400	**Groupe** *Informations PS*	
	Code conventionnel	1870-7 ou sinon 1120-5
	N° de caisse de rattachement de l'exécutant	
N 3420	**Groupe** *Ligne d'acte CCAM pour le service C-Base*	
	N° de la prestation	1610-1
	Date d'exécution	1610-2
	Lieu d'exécution	1610-3
	Identifiant lieu d'exercice	1880-2
	Code de l'acte	2100-2
	Code activité	2100-4
	Code phase de traitement	2100-5
	Code modificateur 1	2100-6
	Code modificateur 2	2100-7
	Code modificateur 3	2100-8
	Code modificateur 4	2100-9
	Code association	2100-10
	Code remboursement exceptionnel	2100-11
	Supplément de charge	2100-12
	N° d'identification de l'exécutant	1870-2 ou sinon 1120-1
	Clé du n° d'identification de l'exécutant	1870-3 ou sinon 1120-2
N 3470	**Groupe** *Ligne d'acte Contexte tarifaire*	
	N° de la prestation	1610-1
	Contexte tarifaire PS	
	Contexte tarifaire BS	
N 3411	**Groupe** *Prix Unitaire*	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Prix unitaire	1610-11
R 3530	**Groupe** *Règle outrepassée*	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Référence de la règle outrepassée	

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie		
M 3421	**Groupe** *Base remboursement*	
	N° de la prestation	1610-1
	Base de remboursement	1610-12
	Base de remboursement hors forfaits	
	Base de remboursement conventionnée AMO	2020-2
P 3531	**Groupe** *Traitement non effectué*	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1

N=M+P : Pour chacune des N prestations fournies en entrée on retourne soit un groupe 3421 si le traitement a pu être effectué sur la prestation en question, soit un groupe 3531 dans le cas contraire (cas de forçage de données).

Remarques

En entrée il faut fournir un groupe 3411 pour chaque groupe 3420.

Pour chaque ligne d'acte CCAM, le groupe 3411 attendu en entrée est celui obtenu en sortie du service C-Pu.

3.2 Détermination du taux de remboursement

3.2.1 Règles communes toutes nomenclatures

3.2.1.1 Compatibilité entre taux et justificatif d'exonération

Règle

SFG VF RG_VF_CC15

Mise en œuvre

Cette règle n'est pas automatisée par SRT. Le progiciel doit donc la mettre en œuvre lui-même lors de la constitution de la facture.

Pour les actes CCAM ainsi que leurs frais de déplacements associés, cette règle est mise en œuvre au cours du contrôle complet CCAM et identifiée sous la référence CC15 (en cas de retour de diagnostic).

3.2.2 Hors CCAM

Application des règles des SFG-Facturation : cf. VF : opération VF02.

3.2.3 Spécificités CCAM

⑤ Exonération	Détermination du taux et du justificatif d'exonération		
	Exonération liée à l'acte	***TC1 : C-ExoPrevention*** ***TC2-3 : C-ExoActe***	ACTE
	Exonération liée à la facture	***TC5 : C-ExoFacture***	Pour l'ensemble de la FACTURE

3.2.3.1 TC1 : C-ExoPrevention

Règle

Cette règle TC1 correspond à la fois au contrôle du motif d'exonération et à la détermination du taux dans le cadre d'un dispositif de la prévention.

- SFG CF RG_CF_TC1
- SFG VF RG_VF_T12[CP1]

Fonction à utiliser

SRT_AppliquerRegle (C-ExoPrevention)

Cette fonctionnalité a pour objet de déterminer pour une ligne d'acte de la facture (acte/activité/phase) si l'acte peut ou doit être exonéré dans le cadre d'un dispositif de prévention et renseigne en sortie son taux de remboursement et son code justificatif d'exonération s'il y a lieu.

Les paramètres en entrée

Identifiant		
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur **C-ExoPrevention**	
Groupes d'entrée		
3430	**Groupe** *Ligne d'acte CCAM pour le service C-ExoPrevention*	
	N° de la prestation	1610-1
	Date d'exécution	1610-2
	Code de l'acte	2100-2
	Top dispositif de prévention • 'O' = Soins effectués dans le cadre d'un dispositif de prévention • 'N' = Soins effectués hors du cadre d'un dispositif de prévention	EF_CF08_07

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie

3431	**Groupe** *Taux remboursement*	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Taux de remboursement	1610-13
	Code Justificatif d'exonération du TM	1820-2

Remarque

Dans le groupe 3431, les informations taux de remboursement (champ 3431-2) et code justificatif d'exonération champ 3431-3) sont renseignés uniquement si l'acte est exonéré.

3.2.3.2 TC2-TC3-T5-T6 : C-ExoActe

Règle

SFG VF RG_VF_TC23

Fonction à utiliser

SRT_AppliquerRegle (C-ExoActe)

Cette fonctionnalité a pour objet de déterminer pour une ligne d'acte de la facture (acte/activité/phase) si l'acte est exonéré et éventuellement exonérant pour l'ensemble de la facture et renseigne en sortie son taux de remboursement et son code justificatif d'exonération s'il y a lieu.

Les paramètres en entrée

Identifiant		
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur **C-ExoActe**	
Groupes d'entrée		
3400	**Groupe** *Informations PS*	
	Code conventionnel	1870-7 ou sinon 1120-5
	N° de caisse de rattachement de l'exécutant	
3440	**Groupe** *Ligne d'acte CCAM pour le service C-ExoActe*	
	N° de la prestation	1610-1
	Date d'exécution	1610-2
	Code de l'acte	2100-2
	• Motif d'exonération de l'acte	
3421	• **Groupe** Base remboursement	
	• N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	• Base de remboursement	1610-12
	• Base de remboursement hors forfaits	
	• Base de remboursement conventionnée AMO	

Remarques

Le motif d'exonération en entrée n'est pas nécessairement renseigné.

Si renseigné, il prend la valeur suivante :

N' = Soins exonérés pour les nouveaux nés ou dans le cadre d'un traitement exonérant.

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie		
3431	**Groupe** *Taux remboursement*	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Taux de remboursement	1610-13
	Code Justification d'exonération du ticket modérateur	1820-1
3441	Groupe Exonération autres actes (niveau acte)	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Top exonération autres actes • 'O' = L'acte exonère les autres actes de la facture dispensés à la même date • 'N' = L'acte n'exonère pas les autres actes de la facture dispensés à la même date.	

Remarques

Dans le groupe 3431, les informations taux de remboursement (champ 3431-2) et code justificatif d'exonération champ 3431-3) ne sont renseignés que si l'acte est exonéré.

3.2.3.3 TC4-TC5 : C-ExoFacture

Règle

SFG VF RG_VF_TC45

Fonction à utiliser

SRT_AppliquerRegle (C-ExoFacture)

Cette fonctionnalité a pour objet de déterminer pour chaque lignes d'actes de la facture (acte/activité/phase) si les actes sont exonérés soit par la règle du seuil facture, soit par la présence d'un acte exonérant et renseigne en sortie les taux de remboursement et codes justificatif d'exonération s'il y a lieu.

Si le Professionnel de Santé a outrepassé une au moins des règles suivantes :

- CC8 (forçage du code de l'acte),
- RC1 (forçage du code activité),
- RC2 (forçage du code phase),
- CC9 (forçage d'un code modificateur),
- CC1 (forçage du code association),
- BC99 (forçage de la base de remboursement),

la fonction n'applique pas la règle du seuil facture pour l'acte forcé ni pour les actes effectués à la même date.

Le progiciel indique, en données d'entrée de la fonction, pour chaque ligne d'acte de la facture, la référence de chaque règle forcée (groupe 3530).

Les paramètres en entrée

Identifiant		
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur **C-ExoFacture**	
Groupes d'entrée communs		
3400	***Informations PS***	
	Code conventionnel	1870-7 ou sinon 1120-5
	N° de caisse de rattachement de l'exécutant	
Groupes d'entrée relatifs aux M prestations CCAM		
M 3450	**Groupe** *Ligne d'acte CCAM pour le service C-ExoFacture*	
	N° de la prestation	1610-1
	Date d'exécution	1610-2
	Code de l'acte	2100-2
M 3421	**Groupe** *Base remboursement*	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Base de remboursement	1610-12
	Base de remboursement forfaits	
	Base de remboursement conventionnée AMO	
M 3431	**Groupe** *Taux remboursement*	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Taux de remboursement	1610-13
	Code Justification d'exonération du ticket modérateur	1820-1
M 3441	**Groupe** *Exonération autres actes (niveau acte)*	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Top Exonération autres actes	
K 3530	**Groupe** *Règle outrepassée*	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Référence de la règle outrepassée	
P 3462	**Groupe** *frais de déplacement pour le service C-ExoFacture*	
	N° de la prestation	1620-1 ou 1630-1
	Date d'exécution	1620-2 ou 1630-2
	Code IFD ou type IK	1620-3 1630-3
	Taux de remboursement	1620-8 ou 1630-8
Groupes d'entrée relatifs aux N prestations NGAP (hors déplacement)		
N 3460	**Groupe** *Prestation NGAP pour le service C-ExoFacture*	
	N° de la prestation	1610-1

	Date d'exécution	1610-2
	Code prestation	1610-4
N 3431	**Groupe** *Taux remboursement*	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Taux de remboursement	1610-13
	Code Justification d'exonération du ticket modérateur	1820-1
R 3462	**Groupe** *frais de déplacement pour le service C-ExoFacture*	
	N° de la prestation	1620-1 ou 1630-1
	Date d'exécution	1620-2 ou 1630-2
	Code indemnité forfaitaire de déplacement ou type indemnité kilométrique	1620-3 1630-3
	Taux de remboursement	1620-8 ou 1630-8

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie relatifs à chaque ligne d'acte		
T-J 3431	**Groupe** *Taux remboursement*	
	N° de la prestation	1610-1
	Taux de remboursement	1610-13
	Code Justification d'exonération du ticket modérateur	1820-1
J 3531	**Groupe** *Traitement non effectué*	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1

Pour chacune des **T** prestations fournies en entrée on retourne soit un groupe 3431 si le traitement a pu être effectué sur la prestation en question, soit un groupe 3531 dans le cas contraire (cas de forçage de données).

T=M+N+P+R : Prestations CCAM+déplacements associés+Prestations NGAP+déplacements associés

Remarques

Données d'entrée

- En entrée il faut fournir pour chaque ligne d'acte CCAM :
  - un groupe 3450
  - un groupe 3421
  - un groupe 3431
  - un groupe 3441
- et éventuellement
  - 0 à k groupes 3530 : un pour chaque règle forcée relativement à cette ligne d'acte
  - 0 à p groupes 3462 : un pour chaque déplacement rattaché à cette ligne d'acte.
- et pour chaque ligne d'acte NGAP (hors déplacements):
  - un groupe 3460
  - un groupe 3431

- et éventuellement
  - 0 à r groupes 3462: un pour chaque déplacement rattaché à cette ligne d'acte.
- Pour chaque ligne d'acte CCAM :
  - le groupe 3421 attendu en entrée est celui obtenu en sortie du service C-Base.
  - le groupe 3441 attendu en entrée est celui obtenu en sortie du service C-ExoActe.
- Le groupe 3441 est facultatif en données d'entrée.

Données de sortie

- Les informations taux de remboursement (champ 3431-2) et code justificatif d'exonération (champ 3431-3) sont modifiées uniquement pour les actes non encore exonérés pour lesquels SRT détermine une raison spécifique d'exonération de l'acte (présence d'un acte ou d'un cumul d'actes exonérant la facture). Dans le cas contraire les valeurs d'entrée sont reprises.

4 Contrôle complet CCAM

4.1 Objet

La fonction de Contrôle Complet CCAM a pour objet de contrôler complètement les données d'une facture, vis-à-vis de la réglementation CCAM, c'est à dire conformément à l'ensemble des règles CCAM stipulées aux paragraphes précédents : 2.1 Données CCAM à saisir et 3.1.2 Spécificités CCAM

Son utilisation par le progiciel est **obligatoire**. Elle intervient après la constitution de facture et avant la tarification AMC et la mise en forme des factures par le module SSV.

La fonction de Contrôle Complet CCAM applique la totalité des contrôles prévus par la réglementation (tous les contrôles sont effectués), même si des erreurs sont détectées en cours.

Cette fonction retourne une liste de diagnostics décrivant les erreurs détectées. Le progiciel doit alors demander au Professionnel de Santé de corriger les données de la feuille de soins.

Règles de remplissage des groupes nécessaires au Contrôle Complet CCAM

- Il doit y avoir dans les données d'entrée un et un seul groupe parmi les groupes 1511, 1512, 1513, 1514 et 1515.
- Le remplissage des codes modificateurs doit commencer à la 1ère occurrence et il ne doit pas y avoir de rupture dans le remplissage des occurrences.
- Le remplissage des numéros de dents doit commencer à la 1ère occurrence et il ne doit pas y avoir de rupture dans le remplissage des occurrences, ni de doublon.
- Un groupe 1620 doit être précédé d'un groupe 1610 avec la même date d'exécution.
- Un groupe 1630 doit être précédé d'un groupe 1610 avec la même date d'exécution.

La fonction de Contrôle Complet CCAM retourne une erreur technique pour le non respect d'une de ces règles.

4.2 Traitements

Ce paragraphe présente l'enchaînement des règles vérifiées au cours du contrôle complet CCAM de la facture.

Les règles sont regroupées en différentes grandes étapes ; la partie logicielle enchaîne successivement ces étapes en bouclant suivant les cas sur les lignes d'actes ou les associations d'actes.

Le contrôle de la facture commence par la partie réglementation et continue par la partie tarification : vérification du prix unitaire, de la base de remboursement et de l'exonération liée à un acte CCAM.

Lors du contrôle de la tarification, s'il y a une différence entre une valeur calculée et celle transmise par le Professionnel de Santé, les SRT signalent une erreur (ex. : « prix unitaire erroné »), mais continuent les calculs en utilisant la valeur transmise par le Professionnel de Santé.

4.2.1 Partie Réglementation

Ce tableau décrit les étapes successives du déroulement du contrôle complet CCAM pour le contrôle d'une facture, et pour chaque étape les règles élémentaires qui la constituent.

Les règles sont listées dans l'ordre dans lequel le Contrôle Complet CCAM les applique.

Étape	Description	Règles élémentaires composant cette étape
Contrôle acte CCAM	Ensemble des contrôles réglementaires effectués pour chaque ligne d'acte CCAM et qui ne font pas intervenir les autres lignes d'actes de la facture	CC8; CC16; RC8; RC7; CC11; RC1; CC7; RC5; RC9; CC9; CC9B; RC12; RC3; RC4; CC13; RC2; RC13; CC5; RC14
Contrôle prestation NGAP	Ensemble des contrôles liés à la CCAM portant sur les natures de prestations NGAP	CC12; CC6 ; RC19
Contrôle déplacement NGAP	Contrôle de compatibilité entre un déplacement NGAP et l'acte CCAM associé	RC6
Contrôle acte CCAM niveau facture	Ensemble des contrôles réglementaires effectués pour chaque ligne d'acte CCAM et qui font intervenir les autres actes CCAM de la facture	CC3; RC17; RC18
Contrôle association CCAM	Ensemble des contrôles réglementaires effectués pour chaque association d'actes CCAM (même date d'exécution et un même exécutant	RC15; CC1

4.2.2 Partie Tarification

Étape	Description	Règles élémentaires composant cette étape
Contrôle PU acte CCAM	Calcul et contrôle du prix unitaire pour chaque ligne d'acte CCAM	• BC1 (⇔C-Pu)
Contrôle base acte CCAM	Calcul et contrôle de la base de remboursement pour chaque ligne d'acte CCAM	• BC99 (⇔C-Base)
Exonération acte CCAM	Détermination pour chaque acte CCAM, indépendamment de l'exécutant, s'il exonère la facture ou l'acte lui-même, contrôle du code justificatif d'exonération transmis par le Professionnel de Santé et vérification que le taux de remboursement des actes exonérés est à 100 %	• T5, T6, TC2, TC3, TC4, (⇔C-ExoActe) • TC1, (⇔C-ExoPrevention) • CC15
Exonération facture CCAM	Détermination si la facture est exonérée par un acte exonérant (TC4) ou suite à l'application de la règle du seuil au niveau facture	• TC5, T13 (⇔C-ExoFacture)

Nota :

Les règles élémentaires sont citées dans l'ordre chronologique de leur application par le Contrôle Complet CCAM.

4.3 Paramètres

Fonction à utiliser

SRT_ControleComplet

Les paramètres en entrée

Données factures	
Xxxx	**Groupes des données constitutives de la facture**
	Il s'agit des mêmes données que celles fournies à la fonction « Formater Factures » du module SSV
Données Supplémentaire	
N 3470	**Groupe** *Ligne d'acte Contexte tarifaire*
	N° de la prestation 1610-1
	Contexte tarifaire PS
	Contexte tarifaire BS
R 3530	**Groupe** *Règle outrepassée*
	N° de la prestation (de rattachement) 1610-1
	Référence de la règle outrepassée
3500	**Groupe** *Données supplémentaires facture*
	N° de caisse de rattachement de l'exécutant

Remarques

Le progiciel indique, en donnée d'entrée de la fonction, pour chaque ligne d'acte de la facture, la référence de chaque règle forcée (groupe 3530).

- Chaque groupe 3530 doit être inséré dans la facture de sorte à être rattaché à chaque prestation concernée. Il doit être positionné juste après les groupes 2100 et 2200 rattaché au groupe prestation 1610.
- Le groupe 3500 est attendu par SRT en dernière position après l'ensemble de la facture.
-

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
M 2000	**Groupe** *Forçage AMO niveau acte*
	N° de la prestation (de rattachement) 1610-1
	Indicateur de forçage AMO niveau acte
N 3520	**Groupe** *Diagnostic du Contrôle Complet*
	Référence de la règle en erreur exemple : CC1, RC4
	Niveau de l'erreur : Règle outrepassable ou non
	Libellé principal de l'erreur
	Libellé secondaire de l'erreur
	Nombre de lignes d'acte concernées par l'erreur
	N° de la prestation de la 1ère ligne en erreur
	N° de la prestation de la 2ème ligne en erreur
	…
	N° de la prestation de la dernière ligne en erreur

4.4 Diagnostics

Lors d'un rejet ou d'un signalement, les SRT mémorisent dans une liste de diagnostics :

- la référence de la règle ayant échoué, (ex. : CC1, RC4…) ;
- le niveau de l'erreur : rejet (règle non outre-passable) ou signalement (règle outre-passable) ;
- les numéros des lignes d'acte CCAM et des prestations NGAP en erreur ;
- le libellé principal de l'erreur à savoir le libellé du contrôle rejeté ;
- le libellé secondaire de l'erreur à savoir le contexte du contrôle rejeté ; ce contexte peut ne pas être renseigné.

Suite aux diagnostics reçus, le progiciel propose au Professionnel de Santé d'effectuer des corrections (affichage des libellés principal et secondaire).

Suite à ces corrections il est nécessaire de vérifier à nouveau le respect de l'ensemble des règles CCAM et de demander à nouveau l'application des services de tarification.

Si le Professionnel de Santé n'effectue pas de correction pour un diagnostic relevant d'une règle outre-passable, cela revient à demander un forçage. Il est donc nécessaire de faire à nouveau appel au contrôle complet CCAM pour la valorisation de l'indicateur de forçage correspondant.

Remarque

Tous ces diagnostics ne concernent que des prestations CCAM à l'exception :

- du 3ème diagnostic relatif à la règle T13 car il concerne des frais de déplacement,
- du second relatif à la règle CC15 qui peut porter tant sur des actes CCAM que sur des actes NGAP,
- du diagnostic relatif à la règle CC6 qui ne concerne que des prestations NGAP.

Ces diagnostics sont présentés dans le tableau ci-après par ordre alphabétique des références des règles du CdC.

Référence CdC	Libellé principal	Libellé Secondaire	Outre-passable O/N
BC1 (C-Pu)	Prix unitaire erroné	Acte ⌊_⌋, activité ⌊_⌋, phase ⌊_⌋, prix unitaire calculé = ⌊_⌋,⌊_⌋.	O
BC99 (C-Base)	Base de remboursement erronée	Acte ⌊_⌋, activité ⌊_⌋, phase ⌊_⌋, base calculée = ⌊_⌋,⌊_⌋	O
BC99 (C-Base)	Base de remboursement conventionnée AMO erronée	Acte ⌊_⌋, activité ⌊_⌋, phase ⌊_⌋, base conventionnée AMO calculée = ⌊_⌋,⌊_⌋.	O
CC1	Code association invalide à la date d'exécution	Code association ⌊_⌋.	O
CC1	Codes association transmis différents	Actes ⌊_⌋ et ⌊_⌋.	O
CC1	Absence « code association non prévue »	Actes ⌊_⌋ et ⌊_⌋.	O
CC1	Association prévue code à code et code association non prévue saisi	Code association ⌊_⌋.	O
CC3	Acte complémentaire facturé isolément	Acte complémentaire ⌊_⌋.	O
CC5	Absence numéro de dent	Acte ⌊_⌋, activité ⌊_⌋, phase ⌊_⌋	O
CC5	Nombre de localisations de dents transmises insuffisant	Acte ⌊_⌋, activité ⌊_⌋, phase ⌊_⌋	O
CC6	Obligation de codage CCAM	Prestation ⌊_⌋	N
CC7	Code regroupement CCAM invalide à la date d'exécution	Code regroupement ⌊_⌋	O
CC7	Code regroupement erroné	Acte ⌊_⌋, activité ⌊_⌋, code regroupement ⌊_⌋.	O
CC8	Code de l'acte inexistant	Acte ⌊_⌋.	O
CC8	Code de l'acte invalide à la date d'exécution	Acte ⌊_⌋.	O
CC9	Modificateur tarifant invalide à la date d'exécution	Modificateur ⌊_⌋.	O
CC9B	Modificateur non tarifant invalide à la date d'exécution	Modificateur ⌊_⌋.	O
CC11	Acte non remboursable avec base de remboursement différente de zéro ou qualificatif de la dépense différent de « acte à ne pas rembourser »	Acte ⌊_⌋.	O
CC11	Absence code remboursement exceptionnel avec base de remboursement différente de zéro ou qualificatif de la dépense différent de « acte à ne pas rembourser »	Acte ⌊_⌋.	O
CC12	Absence de code de l'acte CCAM	Prestation ⌊_⌋.	N
CC13 (*)	Modificateurs OC incohérents avec modificateurs AMO	Modificateurs AMO ⌊_⌋⌊_⌋, modificateurs OC ⌊_⌋.⌊_⌋	N
CC15 (TC-ExoTaux)	Motif d'exonération (**) non autorisé pour un acte CCAM	Acte ⌊_⌋, justificatif d'exonération ⌊_⌋	N

Référence CdC	Libellé principal	Libellé Secondaire	Outre-passable O/N
CC15 (TC-ExoTaux)	Exonération du TM transmise et taux inférieur à 100%	Acte ⌊_⌋ justificatif d'exonération ⌊_⌋, taux de remboursement = = ⌊_⌋	N
CC16	Date d'exécution d'un acte CCAM antérieure à la date de naissance du bénéficiaire	Acte ⌊_⌋, date d'exécution ⌊_⌋	N
RC1	Code activité incompatible avec le code de l'acte	Acte ⌊_⌋, activité ⌊_⌋.	O
RC12	Incompatibilité entre codes modificateurs	Modificateurs ⌊_⌋ et ⌊_⌋.	O
RC13	Age bénéficiaire < âge minimal autorisé	Acte ⌊_⌋, activité ⌊_⌋, phase ⌊_⌋	N
RC13	Age bénéficiaire > âge maximal autorisé	Acte ⌊_⌋, activité ⌊_⌋, phase ⌊_⌋	N
RC14	Incompatibilité code de l'acte et numéro de dent	Acte ⌊_⌋, activité ⌊_⌋, phase ⌊_⌋ dent n° ⌊_⌋.	O
RC15	Association interdite pour deux actes appartenant à la même procédure	Actes ⌊_⌋ et ⌊_⌋,	N
RC15	Deux actes appartiennent à la même procédure et code association non prévue non saisi	Actes ⌊_⌋ et ⌊_⌋,	N
RC17	Incompatibilité médicale entre deux codes	Actes ⌊_⌋ et ⌊_⌋	N
RC18	Modificateur présent à tort plusieurs fois	Actes ⌊_⌋ et ⌊_⌋, modificateur ⌊_⌋.	O
RC19	Incompatibilité de l'acte avec code forfait CMU-C	Acte ⌊_⌋, Forfait CMU-C ⌊_⌋	N
RC2	Code phase de traitement incompatible avec code de l'acte / activité	Acte ⌊_⌋, activité ⌊_⌋, phase ⌊_⌋	O
RC3	Code modificateur incompatible avec code de l'acte / activité	Acte ⌊_⌋, activité ⌊_⌋, modificateur ⌊_⌋.	O
RC4	Incompatibilité âge du bénéficiaire / modificateur	Modificateur ⌊_⌋.	O
RC5	Incompatibilité spécialité exécutant code de l'acte / activité	Acte ⌊_⌋ activité ⌊_⌋.	O
RC6	Acte n'autorisant pas les frais de déplacement	Déplacement ⌊_⌋, acte de rattachement ⌊_⌋.	N
RC7	Absence entente préalable	Acte ⌊_⌋.	O
RC8	Incompatibilité code de l'acte / nature d'assurance	Acte ⌊_⌋.	O
RC9	Incompatibilité agrément radio exécutant pour pratiquer l'acte	Acte ⌊_⌋, activité ⌊_⌋.	N
T13 (C-ExoFacture)	Exonération transmise à tort et seuil non atteint	Acte ⌊_⌋.	O
T13 (C-ExoFacture)	Absence d'exonération transmise pour un acte CCAM	Acte ⌊_⌋, justificatif d'exonération ⌊_⌋.	O
T13 (C-ExoFacture)	Absence d'exonération transmise pour un frais de déplacement rattaché à un acte CCAM	Prestation ⌊_⌋, justificatif d'exonération ⌊_⌋.	O

Référence CdC	Libellé principal	Libellé Secondaire	Outre-passable O/N
TC1 (C-ExoPrevention)	Absence d'exonération transmise et dispositif de prévention	Acte ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋.	O
TC1 (C-ExoPrevention)	Incompatibilité code exonération transmis / dispositif de prévention	Acte ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋.	O
TC1 (C-ExoPrevention)	Exonération dispositif de prévention transmise à tort	Acte ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋.	O
TC2 (C-ExoActe)	Absence d'exonération transmise et acte CCAM exonéré par nature	Acte ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋.	O
TC3 (C-ExoActe)	Absence d'exonération transmise et seuil CCAM dépassé	Acte ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋	O

(*) Remarque : Le terme OC utilisé dans les libellés principal et secondaire relatifs à la règle CC13 signifie « Organisme Complémentaire ». L'appellation « modificateur OC » est équivalente à l'appellation « modificateur AMC » utilisée dans la spécification de la règle CC13.

(**) Remarque : Dans ce libellé il s'agit du « justificatif d'exonération » transmis dans la facture.

5 Zone d'échange SRT

Cette partie a pour objet de synthétiser liste des groupes constituant la zone d'échange SRT.

L'utilisation de chaque groupe est précisée, à savoir :

- la liste des services SRT utilisant ce groupe ;
- s'il est utilisé en groupe de sortie ou en groupe d'entrée ;
- s'il est utilisé de façon mono ou multi occurrente.

5.1.1 Groupes utilisés par les Services Élémentaires SRT

Groupe	Libellé
3000	*Liste de codes actes*
3100	*Niveau acte*
3101	*Niveau activité*
3102	*Niveau phase*
3110	*Type Code*
3111	*Type Nombre*
3112	*Type Texte*
3113	*Type Date*
3114	*Type Coefficient*
3115	*Age*
3116	*Type Booléen*
3117	*Type Montant*
3118	*Type Code qualifié*
3119	*Liste de textes*
3120	*Numéro caisse*
3121	*Modificateur*
3122	*Code association*
3130	*Date modification*
3200	*Paramètres du service C-Ccam*
3210	*Paramètres du service C-Age-1*
3220	*Paramètres du service C-Executant*
3230	*Paramètres du service C-Assurance*
3240	*Paramètres du service C-Radio*
3250	*Paramètres du service C-Age-2*
3300	*Ligne d'acte CCAM pour le service C-Dent*
3301	*Compatibilités dents*
3310	*Ligne d'acte CCAM pour les services C-Compatibilité et C-Association*
3311	*Compatibilité acte*
3321	*Association*

Groupe	Libellé
3400	*Informations PS*
3410	*Ligne d'acte CCAM pour le service C-Pu*
3411	*Prix unitaire*
3420	*Ligne d'acte CCAM pour le service C-Base*
3421	*Base de remboursement*
3430	*Ligne d'acte CCAM pour le service C-ExoPrevention*
3431	*Taux de remboursement*
3440	*Ligne d'acte CCAM pour le service C-ExoActe*
3441	*Exonération autres actes (niveau acte)*
3450	*Ligne d'acte CCAM pour le service C-ExoFacture*
3460	*Prestation NGAP pour le service C-ExoFacture*
3462	*Frais de déplacement pour le service C-ExoFacture*
3500	*Données supplémentaires facture*
3520	*Diagnostic du Contrôle Complet*
3530	*Règle outrepassée*
3531	*Top traitement non effectué*
3600	*Version SRT*

5.1.2 Utilisation des Groupes par les services élémentaires SRT

Remarque : les groupes 2000 et 2200 ne font pas partie de la zone d'échange SRT mais de la zone d'échange facture. Cependant, ils sont utilisés par des services SRT et sont mentionnés dans ce tableau à ce titre.

Groupe	Libellé du groupe	Fonction	Identifiant	E/S	Occurrence
2000	*Forçage AMO niveau acte*	SRT_ContrôleCompletCCAM	---	Sortie	N
2200	*Liste des dents traitées (acte CCAM)*	SRT_AppliquerRegle	*C_Dent*	Entrée	1
3000	*Liste de codes actes*	SRT_RechercherParMotCle	---	Sortie	1
		SRT_RechercherParFiltre	---	Sortie	1
3100	*Niveau acte*	SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-1*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-2*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-5*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-7*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-8*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-9*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-9.1*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-10*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-11*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-14*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-15*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-16a*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-18*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-19*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-22*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-24*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-25*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-30.1*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-41*	Entrée	1
3101	*Niveau activité*	SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-3*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-4a*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-6*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-12*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-13*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-20*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-32A*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-40a*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-42*	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	*CCAM-42*	Entrée	1

Groupe	Libellé du groupe	Fonction	Identifiant	E/S	Occurrence
3102	*Niveau Phase*	SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-37*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-39*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-43a*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-44*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-45*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-46*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-47a*	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	*CCAM-37*	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	*CCAM-39*	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	*CCAM-47*	Entrée	1
3110	*Type Code*	SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-5*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-9.1*	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-13*	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-14*	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-15*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-20*	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-32a*	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-44*	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	*TB09-1*	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	*TB15-1*	Sortie	1
		SRT_ModifierDonnee	*CCAM-42*	Entrée	1
3111	*Type Nombre*	SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-43A*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-4a*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB15-2*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB19-1*	Entrée	1
3112	*Type Texte*	SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-7*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-8*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-10*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-11*	Sortie	1
3113	*Type Date*	SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-18*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-19*	Sortie	1
3114	*Type Coefficient*	SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-47a*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB02-1*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB11-2*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB12-2*	Sortie	1
		SRT_ModifierDonnee	*CCAM-47*	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	*TB02-1*	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	*TB11-2*	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	*TB12-2*	Entrée	1

Groupe	Libellé du groupe	Fonction	Identifiant	E/S	Occurrence
3115	*Age*	SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-45*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-46*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB06-1*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB06-2*	Sortie	1
3116	*Type Booléen*	SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-24*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-40a*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-43a*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB08-1*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB09-1*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB10-1*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB10-1*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB10-2*	Sortie	1
3117	*Type Montant*	SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-37*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-39*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB07-1*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB11-1*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB12-1*	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	*CCAM-37*	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	*CCAM-39*	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	*TB07-1*	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	*TB11-1*	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	*TB12-1*	Entrée	1
3118	*Type Code qualifié*	SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-2*	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-3*	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-6*	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-9*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-12*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-22*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-25*	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-30.1*	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-41*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-42*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB02-2*	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	*TB11-3*	Entrée	N
		SRT_ConsulterDonnee	*TB13-1*	Sortie	N
		SRT_ModifierDonnee	*TB13-1*	Entrée	1
3119	*Liste de textes*	SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-16a*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB21-1*	Sortie	1

Groupe	Libellé du groupe	Fonction	Identifiant	E/S	Occurrence
3120	*Numéro caisse*	SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-47a*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB07-1*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB08-1*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB15-1*	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	*CCAM-47*	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	*TB07-1*	Entrée	1
3121	*Modificateur*	SRT_ConsulterDonnee	*TB06-1*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB06-2*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB09-1*	Entrée	2
		SRT_ConsulterDonnee	*TB10-1*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB10-2*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB11-1*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB11-2*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnees	*TB15-1*	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	*TB11-1*	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	*TB11-2*	Entrée	1
3122	*Code association*	SRT_ConsulterDonnee	*TB02-1*	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	*TB02-1*	Entrée	1
3130	*Date Modification*	SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-37*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-39*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-42*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-47a*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB02-1*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB07-1*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB11-1*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB11-2*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB12-1*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB12-2*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB13-1*	Sortie	N
3200	*Données du service C-Ccam*	SRT_ControlerDonnees	*C-Ccam*	Entrée	1
3210	*Données du service C-Age-1*	SRT_ControlerDonnees	*C-Age-1*	Entrée	1
3220	*Données du service C-Executant*	SRT_ControlerDonnees	*C-Executant*	Entrée	1
3230	*Données du service C-Assurance*	SRT_ControlerDonnees	*C-Assurance*	Entrée	1
3240	*Données du service C-Radio*	SRT_ControlerDonnees	*C-Radio*	Entrée	1
3250	*Données du service C-Age-2*	SRT_ControlerDonnees	*C-Age-2*	Entrée	1
3300	*Ligne d'acte CCAM pour le service C-Dent*	SRT_AppliquerRegle	*C-Dent*	Entrée	1
3301	*Compatibilités dents*	SRT_AppliquerRegle	*C-Dent*	Sortie	1

Groupe	Libellé du groupe	Fonction	Identifiant	E/S	Occurrence
3310	*Ligne d'acte CCAM pour les services C-Compatibilité et C-Association*	SRT_AppliquerRegle	*C- Association*	Entrée	N
		SRT_AppliquerRegle	*C-Compatibilité*	Entrée	N
3311	*Compatibilité acte*	SRT_AppliquerRegle	*C-Compatibilité*	Sortie	N
3321	*Association*	SRT_AppliquerRegle	*C-Association*	Sortie	N
3400	*Informations PS*	SRT_AppliquerRegle	*C-Base*	Entrée	1
		SRT_AppliquerRegle	*C-ExoActe*	Entrée	1
		SRT_AppliquerRegle	*C-ExoFacture*	Entrée	1
		SRT_AppliquerRegle	*C-Pu*	Entrée	1
3410	*Ligne d'acte CCAM pour le service C-Pu*	SRT_AppliquerRegle	*C-Pu*	Entrée	N
3411	*Prix unitaire*	SRT_AppliquerRegle	*C-Base*	Entrée	N
		SRT_AppliquerRegle	*C-Pu*	Sortie	N
3420	*Ligne d'acte CCAM pour le service C-Base*	SRT_AppliquerRegle	*C-Base*	Entrée	N
3421	*Base remboursement*	SRT_AppliquerRegle	*C-Base*	Sortie	N
		SRT_AppliquerRegle	*C-ExoFacture*	Entrée	N
3430	*Ligne d'acte CCAM pour le service C-ExoPrevention*	SRT_AppliquerRegle	*C-ExoPrevention*	Entrée	1
3431	*Taux de remboursement*	SRT_AppliquerRegle	*C-ExoActe*	Sortie	1
		SRT_AppliquerRegle	*C-ExoFacture*	Entrée	N
		SRT_AppliquerRegle	*C-ExoFacture*	Entrée	N
		SRT_AppliquerRegle	*C-ExoFacture*	Sortie	N
		SRT_AppliquerRegle	*C-ExoPrevention*	Sortie	1
3440	*Ligne d'acte CCAM pour le service C-ExoActe*	SRT_AppliquerRegle	*C-ExoActe*	Entrée	1
3441	*Exonération facture (niveau acte)*	SRT_AppliquerRegle	*C-ExoActe*	Sortie	1
		SRT_AppliquerRegle	*C-ExoFacture*	Entrée	N
3450	*Ligne d'acte CCAM pour le service C-ExoFacture*	SRT_AppliquerRegle	*C-ExoFacture*	Entrée	N
3460	*Prestation NGAP pour le service C-ExoFacture*	SRT_AppliquerRegle	*C-ExoFacture*	Entrée	N
3462	*Frais de déplacement pour le service C-ExoFacture*	SRT_AppliquerRegle	*C-ExoFacture*	Entrée	N
3500	*Données supplémentaires facture*	SRT_ContrôleCompletCCAM	---	Entrée	1
3520	*Diagnostic du Contrôle Complet*	SRT_ContrôleCompletCCAM	---	Sortie	N
		SRT_AppliquerRegle	*C-Association*	Entrée	N
		SRT_AppliquerRegle	*C-Base*	Entrée	N

Groupe	Libellé du groupe	Fonction	Identifiant	E/S	Occurrence
3530	*Règle outrepassée*	SRT_AppliquerRegle	*C-Association*	Entrée	N
		SRT_AppliquerRegle	*C-Compatibilité*	Entrée	N
		SRT_AppliquerRegle	*C-Base*	Entrée	N
		SRT_AppliquerRegle	*C-ExoFacture*	Entrée	N
		SRT_AppliquerRegle	*C-Pu*	Entrée	N
		SRT_ContrôleCompletCCAM	---	Entrée	N
3531	*Top traitement non effectué*	SRT_AppliquerRegle	*C-Association*	Sortie	N
		SRT_AppliquerRegle	*C-Compatibilité*	Sortie	N
		SRT_AppliquerRegle	*C-Base*	Sortie	N
		SRT_AppliquerRegle	*C-ExoFacture*	Sortie	N
		SRT_AppliquerRegle	*C-Pu*	Sortie	N
		SRT_ContrôleCompletCCAM	---	Sortie	N
3600	*Version SRT*	SRT_LireVersion	---	Sortie	1

Annexe 1-A2

Présentation fonctionnelle des Modules SESAM-Vitale

Phase Part Complémentaire

Intégrant l'Addendum n°8

Mise à jour Janvier 2024

GIE SESAM-Vitale
5, boulevard Marie & Alexandre Oyon - 72 019 LE MANS CEDEX 2 - www.sesam-vitale.fr
SIRET : 391 722 881 00052 - APE : 6202A - RCS LE MANS : 391 722 881 - N° TVA : FR 753 917 22881

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

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

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

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

Sommaire

1 Introduction 4

2 Contexte de facturation au regard de la part complémentaire 5

3 Périmètre fonctionnel des STS 6

4 Évolution des STS 7

5 Fonctionnement général des STS 8

6 Présentation des groupes STS 10

6.1 3700 Groupe CONTEXTE TARIFICATION de la part Complémentaire 10
6.2 3710 Groupe FORMULE AMC APPLIQUEE AU NIVEAU ACTE 11
6.3 3715 Groupe LIBELLE DE LA FORMULE AMC AU NIVEAU ACTE 12
6.4 3720 Groupe FORMULE AMC APPLIQUEE AU NIVEAU FACTURE 13
6.5 3725 Groupe LIBELLE DE LA FORMULE AMC APPLIQUEE AU NIVEAU FACTURE 14
6.6 3730 Groupe PARAMETRES DE CALCUL STS 15
6.7 3731 Groupe PARTICIPATION ASSURE 16
6.8 3740 Groupe PARAMETRES DE CALCUL CONTRATS RESPONSABLES 17
6.9 3750 Groupe DIAGNOSTIC STS 18
6.10 3760 Groupe DESCRIPTION DES FORMULES DE CALCUL 19
6.11 3770 Groupe ZONE TAMPON AMC 20
6.12 3790 Groupe TOPS AFFICHAGE ET MODIFICATION 21
6.13 Zone d'échange STS 22

7 Appel à la fonction « Assistance à la tarification » 23

8 Appel à la fonction « Tarification » 24

9 Traitements sur l'interface 25

9.1 Interface en entrée 25
9.2 Interface en sortie 28
9.2.1 Synthèse des informations fournies par les STS au progiciel en retour de la fonction « Assistance à la Tarification » et de la fonction « Tarification » 28
9.2.2 Détail des informations retournées par les STS 28

10 Changement des éléments de facturation 32

1 Introduction

Ce document constitue la partie A2 de l'annexe 1 du CdC Éditeurs SESAM-Vitale.

Cette partie a pour objectif de donner aux éditeurs de progiciel un descriptif complet des éléments nécessaires à la mise en œuvre des Services de Tarification Spécifiques (STS) pour le calcul de la part complémentaire.

2 Contexte de facturation au regard de la part complémentaire

La description fonctionnelle de l'acquisition du contexte de la part complémentaire niveau facture est réalisée dans le document CF – acquérir le contexte de facturation §4.

3 Périmètre fonctionnel des STS

Les STS doivent aider le Professionnel de Santé dans l'application du tiers payant sur la part complémentaire.

Le périmètre fonctionnel des STS est le suivant :

- Calcul de la part complémentaire pour les organismes d'assurance maladie complémentaire pour lesquels des conventions de gestion ont été conclues avec un organisme d'Assurance Maladie Obligatoire. Ce calcul correspond à l'automatisation de l'annexe 8 du CdC SESAM-Vitale 1.31, et se situe désormais dans les STS-A8.
- Calcul de la part complémentaire pour les organismes servant des prestations complémentaires. Ce calcul est géré dans les STS-AMC.
- Calcul de la part complémentaire dans le cadre de la C2S et du dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO ».. Ce calcul est géré dans les STS-CMU.

Afin de permettre toute évolution ultérieure des STS, il est nécessaire de prévoir que les STS pourront rendre des services en tiers payant et hors tiers payant, si une complémentaire est choisie par le Professionnel de Santé.

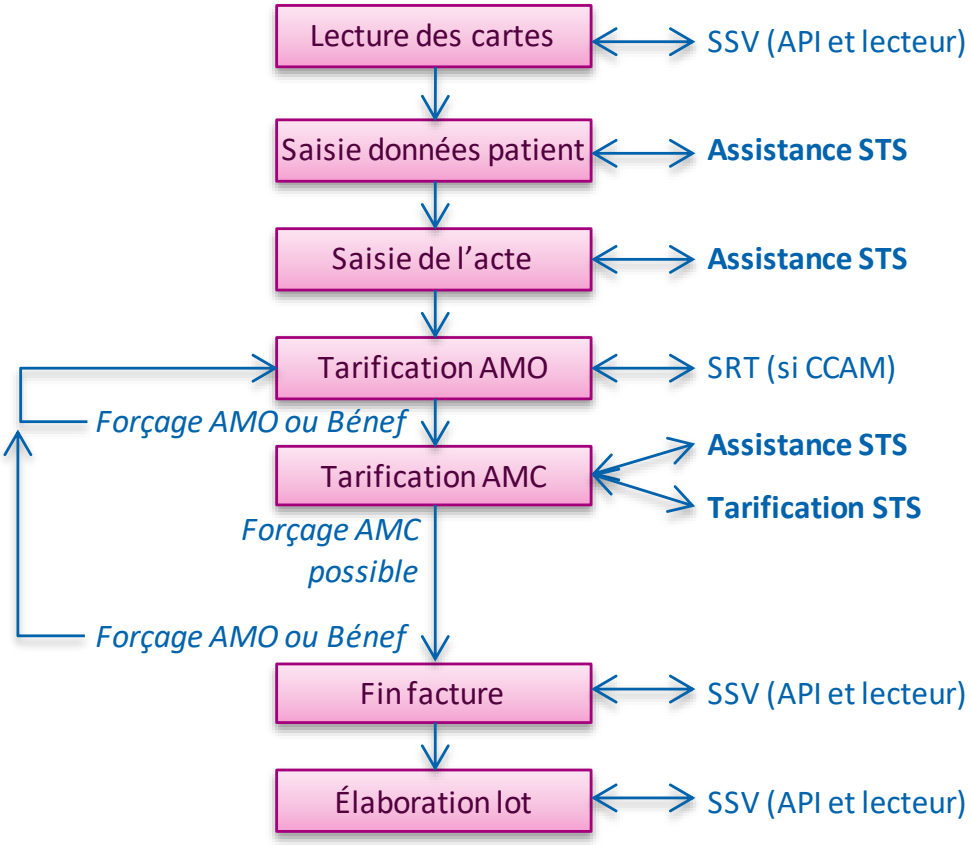
4 Évolution des STS

Les STS régissent la tarification complémentaire et seuls les organismes d'assurance maladie gérant la part complémentaire (gestionnaires de STS) peuvent faire évoluer ces services.

Ces services sont bâtis sur un principe de modules et de tables paramètres qui peuvent évoluer indépendamment. Quand un gestionnaire de STS décide de modifier ses paramètres, une nouvelle version de table est mise à disposition des Editeurs ou Professionnels de santé pour activer un téléchargement et donc une utilisation immédiate.

Quand ce gestionnaire de STS décide de faire évoluer son module, il développe ou sous-traite la réalisation d'une nouvelle version des STS. Cette dernière sera mise à disposition des Editeurs pour vérification du bon fonctionnement du logiciel et diffusion chez ses clients.

5 Fonctionnement général des STS



Les STS disposent essentiellement de deux fonctions :

- Assistance à la tarification : fonction d'aide à la tarification complémentaire.
- Tarification : calcul de la part complémentaire au niveau acte et au niveau facture.

Le progiciel doit :

- faire appel au module Interface STS en précisant quelle fonction doit être mise en œuvre au niveau STS (assistance à la tarification, tarification),
- transmettre toutes les données dont il dispose à l'appel de la fonction (données issues de la lecture de la CPS, données issues de la lecture de la carte Vitale ou de la saisie à partir d'un autre support de droits, facture, versions des Services SESAM-Vitale, données supplémentaires spécifiques aux STS) ;
- récupérer les résultats et les intégrer dans la facture et/ou les afficher,
- restituer au Professionnel de Santé les résultats des fonctions activées, en fonction du top « affichage » transmis avec les données,
- permettre de forcer les données restituées en fonction du top « Modification » transmis avec les données.

L'interface STS :

- Transmet toutes les informations disponibles au moment de l'appel au module STS. Cet appel, en assistance, peut se faire à tout moment de la procédure de facturation : juste après remontée des données carte, après saisie des données issues d'un autre support de droits, avant et pendant la facturation.

Les services de tarification :

- Reçoivent la demande transmise par le module d'interface STS.
- Activent la fonction demandée (assistance à la tarification, tarification).
- Rendent le résultat de la fonction activée et /ou des diagnostics qui indiquent des erreurs ou des avertissements (ex : informations manquantes).

Fonctionnement des STS en mode asynchrone

Les traitements effectués par les STS sont susceptibles de durer un temps important. Il est recommandé que le progiciel appelle les fonctions des STS en mode asynchrone, c'est-à-dire que l'interface homme-machine du progiciel ne soit pas bloquée pendant que les traitements STS s'exécutent.

6 Présentation des groupes STS

6.1 3700 Groupe CONTEXTE TARIFICATION de la part Complémentaire

Règles

Ce groupe précise si la tarification est réalisée par le STS-CMU ou si la prestation est réalisée par un médecin référent.

En entrée de l'interface

- Règles de valorisation du Top CMU

  Le Top CMU est obligatoire. Le progiciel valorise systématiquement cette donnée.

  Identification des bénéficiaires dont la tarification est réalisée par le STS-CMU

  L'accès au STS-CMU est subordonné à l'identification préalable du bénéficiaire des soins comme bénéficiant de la C2S gérée par un AMO ou par un AMC (EF_BS08_01).

- Règles de valorisation du Médecin référent :

  Ce top est conservé dans le système de facturation mais n'est plus utilisé du fait de la suppression du médecin référent.

  Ce top est donc valorisé systématiquement à « N » : Médecin non référent,

En sortie de l'interface

Ce groupe peut être restitué par les STS en retour.

3700	**Groupe *Contexte tarification de la part Complémentaire***	
• Top CMU	Indiquer si le bénéficiaire des soins est bénéficiaire de la C2S	obligatoire
• Top Médecin référent	Indiquer si le Professionnel de Santé est médecin référent	facultatif

6.2 3710 Groupe FORMULE AMC APPLIQUEE AU NIVEAU ACTE

Règles

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

En entrée de l'interface

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

RG_VF367

Ce groupe est également renseigné par le progiciel après le choix par le Professionnel de Santé d'une formule à appliquer dans la liste des formules (à partir des groupes 3760).

En sortie de l'interface

Indique que le STS a appliqué ou tenté d'appliquer cette formule pour le calcul de la part complémentaire. Le progiciel peut afficher ce groupe au Professionnel de Santé.

3710	**Groupe *Formule AMC appliquée au niveau acte (RG_VF367)***		
• N° de prestation (de rattachement)		*Indiquer le numéro de prestation*	obligatoire
• N° de formule AMC		*Indiquer le numéro de formule (EF_VF07_01)*	obligatoire
• Nombre de paramètres		*Indiquer le nombre de paramètres*	obligatoire
Pour chaque paramètre	• N° du paramètre	*Indiquer le numéro de paramètre (EF_VF08_01)*	obligatoire
	• Valeur du paramètre	*Indiquer la valeur du paramètre (EF_VF08_02)*	obligatoire

NB : Le nombre maximum de paramètres n'est pas limité.

6.3 3715 Groupe LIBELLE DE LA FORMULE AMC AU NIVEAU ACTE

Règles

Ce groupe indique la formule et les paramètres appliqués pour un acte sous la forme d'un libellé affichable par le progiciel.

AP06.03

Le libellé peut être identique pour tous les actes de la facture.

3715	**Groupe *Libellé de la formule AMC appliquée au niveau acte***
• N° de prestation (de rattachement)	*Afficher le numéro de prestation*
• Libellé de la formule AMC (avec ses paramètres valorisés)	*Afficher le libellé de la formule appliquée*

6.4 3720 Groupe FORMULE AMC APPLIQUEE AU NIVEAU FACTURE

Règles

En entrée de l'interface

Ce groupe indique la formule à appliquer pour une facture (cas d'un plafond pour une facture) pour calculer le total de la part complémentaire pour la facture.

Ce groupe est renseigné par le progiciel après le choix par le Professionnel de Santé d'une formule à appliquer.

En sortie de l'interface

Indique que le STS a appliqué ou tenté d'appliquer cette formule pour le calcul du total de la part complémentaire pour une facture.

3720	**Groupe *Formule AMC appliquée au niveau facture (RG_VF367)***		
• N° de la formule AMC		*Indiquer le numéro de formule (EF_VF07_01)*	obligatoire
• Nombre de paramètres		*Indiquer le nombre de paramètres*	obligatoire
Pour chaque paramètre	• N° du paramètre	*Indiquer le numéro de paramètre(EF_VF08_01)*	obligatoire
	• Valeur du paramètre	*Indiquer la valeur du paramètre(EF_VF08_02)*	obligatoire

6.5 3725 Groupe LIBELLE DE LA FORMULE AMC APPLIQUEE AU NIVEAU FACTURE

Règles

Ce groupe indique la formule et les paramètres appliqués pour une facture sous la forme d'un libellé affichable par le progiciel.

AP06.03

3725	**Groupe *Libellé de la formule AMC appliquée au niveau facture***
• Libellé de la formule AMC (avec ses paramètres valorisés)	Afficher le libellé

6.6 3730 Groupe PARAMETRES DE CALCUL STS

Règles

Ce groupe est transmis systématiquement lors des appels aux fonctions STS. Il contient des paramètres de calcul de la part complémentaire.

RG_VF352

3730	**Groupe *Paramètres de calcul STS (Cf. RG_VF352)***	
• PMSS	Indiquer le montant du PMSS (EF_VF96_01)	obligatoire

6.7 3731 Groupe PARTICIPATION ASSURE

Règles

Ce groupe est facultatif.

RG_VF362

3731	Groupe *Participation Assuré (Cf. RG_VF362)*	
• Montant de la participation assuré	Montant de la Participation Assuré « 18 euros » fixé par décret. (EF_VF96_02)	Obligatoire

6.8 3740 Groupe PARAMETRES DE CALCUL CONTRATS RESPONSABLES

Règles

Ce groupe est obligatoire pour la famille prescripteur sauf sages femmes et chirurgiens dentistes.

RG_VF353

3740	**Groupe *Paramètres de calcul Contrats Responsables (RG_VF353)***	
• Taux conventionnel du DA	(EF_VF97_01)	Obligatoire
• Taux conventionnel maximum du DM	(EF_VF97_02)	Obligatoire
• CS en métropole	(EF_VF97_03)	Obligatoire
• MPC en métropole	(EF_VF97_04)	Obligatoire
• MCS en métropole	(EF_VF97_05)	Obligatoire
• MCC en métropole	(EF_VF97_06)	Facultatif
• MPC hors métropole	(EF_VF97_07)	Facultatif
• MCC hors métropole	(EF_VF97_08)	Facultatif
• MCS hors métropole	(EF_VF97_09)	Facultatif

6.9 3750 Groupe DIAGNOSTIC STS

Règles

Ce groupe est restitué après exécution d'une fonction.

Le premier caractère indique le niveau de diagnostic :

- « 1 » : Commentaire
- « 2 » : Signalement
- « 3 » : Message bloquant le processus de tarification complémentaire
- « 4 » : Message bloquant, le progiciel a l'obligation d'appeler la fonction « Assistance à la Tarification »

Un diagnostic sans n° de prestation renseigné concerne la facture. Un diagnostic avec n° de prestation renseigné concerne un acte.

Il est recommandé au progiciel d'afficher le code diagnostic complet et son libellé. L'affichage d'un diagnostic est obligatoire s'il est de niveau supérieur ou égal à 2, et paramétrable par le Professionnel de Santé s'il est de niveau 1.

Il peut y avoir plusieurs diagnostics pour une même facture ou pour un même acte et donc autant de groupes 3750 que de diagnostics.

3750	**Groupe *Diagnostic STS***
• Code diagnostic STS	Afficher le code
• Libellé diagnostic STS	Afficher le libellé
• N° de prestation (de rattachement)	Afficher le n° de prestation

6.10 3760 Groupe DESCRIPTION DES FORMULES DE CALCUL

Règles

Ce groupe permet de constituer une liste de formules de calcul proposée au Professionnel de Santé.

- RG_VF367 CP2
- RG_VF374

3760	**Groupe *Description formule de calcul AMC (RG_VF367)***	
• N° de la prestation (de rattachement)		
• N° de formule AMC		Affiché par le progiciel au Professionnel de Santé (EF_VF10_01)
• Libellé de formule AMC		Affiché par le progiciel au Professionnel de Santé (EF_VF10_02)
• Calcul théorique		Affiché par le progiciel au Professionnel de Santé (EF_VF10_03)
• Nombre de paramètres		Utilisé pour faciliter l'affichage des paramètres de la formule
Pour chaque paramètre	• N° du paramètre	Affiché par le progiciel au Professionnel de Santé (EF_VF11_01)
	• Libellé du paramètre	Affiché par le progiciel au Professionnel de Santé (EF_VF11_02)
	• Type du paramètre	Utilisé pour faciliter la saisie des paramètres. (EF_VF11_03)
	• Valeur par défaut du paramètre	Affiché par le progiciel au Professionnel de Santé. (EF_VF11_04)

NB : Le nombre maximum de paramètres n'est pas limité.

6.11 3770 Groupe ZONE TAMPON AMC

Règles

Le progiciel doit transmettre cette zone en entrée des STS si elle lui a été restituée en sortie.

3770	**Groupe *Zone Tampon AMC***	
• Tampon		facultatif

6.12 3790 Groupe TOPS AFFICHAGE ET MODIFICATION

Règles

Les STS restituent avec chaque groupe un autre groupe (3790) contenant les règles d'affichage des données par le progiciel et de leur modification par le Professionnel de Santé. Ces règles sont matérialisées sous la forme de deux tops : « Affichage » et « Modification ».

Les valeurs possibles sont les suivantes :

- **si Top affichage**
  - « O », le champ doit être affiché au Professionnel de Santé
  - « F », le champ peut être affiché au Professionnel de Santé
  - « N », le champ ne doit pas être affiché au Professionnel de Santé
- **si Top Modification (RG_VF367 CP4)**
  - « F », le champ peut être modifié par le Professionnel de Santé
  - « N », le champ ne doit pas être modifié par le Professionnel de Santé

3790	**Groupe *Tops Affichage et Modification (RG_VF367)***	
• Nombre de champs	Nombre de champs du groupe « topé »	Obligatoire
• Tops affichage et modification	Tops affichage et modification du premier champ. Les tops sont non renseignés si le champ n'est pas restitué par les STS. (EF_VF13)	Facultatif
• Tops affichage et modification	Tops affichage et modification du deuxième champ. (EF_VF13)	Facultatif
• …	…	…

6.13 Zone d'échange STS

Cette partie a pour objet de synthétiser liste des groupes constituant la zone d'échange STS.

Groupe	Libellé
3700	*Contexte tarification AMC*
3710	*Formule AMC appliquée au niveau acte*
3715	*Libellé de la formule AMC appliquée au niveau acte*
3720	*Formule AMC appliquée au niveau facture*
3725	*Libellé de la formule AMC appliquée au niveau facture*
3730	*Paramètres de calcul STS*
3731	*Participation Assuré*
3740	*Paramètres de calcul Contrats Responsables*
3750	*Diagnostic STS*
3760	*Description formule de calcul AMC*
3770	*Zone tampon AMC*
3780	*Version des STS*
3790	*Tops Affichage et Modification*

7 Appel à la fonction « Assistance à la tarification »

Il s'agit d'une fonction d'aide à la tarification complémentaire qui peut être appelée dès qu'un organisme complémentaire a été identifié. Elle retourne au progiciel des informations qui serviront à la tarification AMC. L'activation du service par le Professionnel de Santé est optionnelle.

Le Professionnel de Santé peut faire appel à la fonction d'assistance à la tarification des STS, seulement après la recherche de la convention applicable :

- afin de consulter les informations de tarification fournies automatiquement par le module
- éventuellement renseigner les informations complémentaires nécessaires à la tarification
- suite à un échec de la fonction tarification.

Le progiciel doit permettre l'accès à la fonction « Assistance », mais son utilisation par le Professionnel de Santé n'est pas obligatoire.

Conditions d'appel

Le progiciel peut appeler la fonction d'Assistance à la tarification si un organisme complémentaire est identifié et si le top CMU a été valorisé.

Il s'agit des données minimales que le progiciel doit connaître à l'appel à la fonction.

Fonction à utiliser

STS_Assistance

Les paramètres en entrée

Motif de l'appel Obligatoire

Cette information indique le contexte d'appel à la fonction d'Assistance à la tarification.

« P » - L'Assistance à la tarification est appelée avant tout appel à la Tarification (pour cette facture).

« E » - L'Assistance à la tarification est appelée suite à un échec de la tarification pour un acte ou pour la facture, c'est-à-dire si un diagnostic de niveau 3 ou de niveau 4 est restitué.

Niveau de l'assistance demandé Facultatif

Cette information indique au module STS si l'appel est réalisé au niveau acte ou au niveau facture. S'il s'agit d'une demande au niveau acte, il est renseigné du numéro de prestation correspondant.

Les groupes d'entrée sont cités au paragraphe ~~8.1~~ 9.1 : Interface d'entrée

Les paramètres en sortie

Les groupes de sortie sont cités au paragraphe ~~8.2~~ 9.2 : Interface en sortie

8 Appel à la fonction « Tarification »

Il s'agit d'une fonction de tarification complémentaire qui doit être appelée par le Professionnel de Santé pour calculer les montants de la part AMC de chaque acte et de la facture dans sa globalité. Le résultat de cette fonction sera intégré à la facture.

VF11.02

Fonction à utiliser

STS_Tarification

Les paramètres en entrée

Pas de motif d'appel en tarification

Les groupes d'entrée sont cités au paragraphe 9.1 : Interface d'entrée

Les paramètres en sortie

Les groupes de sortie sont cités au paragraphe 9.2 : Interface en sortie

9 Traitements sur l'interface

9.1 Interface en entrée

Le progiciel doit transmettre :

- **toutes les informations qu'il connaît** au moment de l'appel. Les groupes peuvent être partiellement renseignés s'il n'en connaît pas le contenu complet. (Cf. VF11.02 Appeler le service de tarification complémentaire)
- **Identifiant de l'organisme complémentaire en gestion unique (MUTNUM) = Identifiant de l'organisme complémentaire (n° AMC) (groupe 107-1)**

  Lorsque l'identifiant de l'organisme complémentaire en gestion unique (MUTNUM) prend la valeur par défaut de l'identifiant de l'organisme complémentaire (N°AMC) (voir RG_BS330 CP1) et que celui-ci a une longueur de plus de 8 caractères, alors celui-ci est renseigné avec les 8 premiers caractères uniquement en entrée des STS.

  Exemple : n° MUTNUM = 0012345678 devient MUTNUM = 00123456 en entrée des STS.
- **Les formules à appliquer au niveau acte** (groupe 3710)

  Le groupe 3710 indique la formule et les paramètres appliqués pour un acte. (Cf. RG_VF367)

  Ce groupe représente aussi le choix du Professionnel de Santé lorsque les STS lui ont demandé de sélectionner une formule (n groupes 3760 en retour d'un appel), ou lorsque les STS ont proposé la formule à appliquer (1 groupe 3760 en retour). Le progiciel doit demander au Professionnel de Santé de compléter les paramètres avant l'appel aux modules STS. (Cf. RG_VF367 CP2)

  Le progiciel doit renseigner la formule à appliquer et les paramètres associés dans le cas de C2S (EF_BS08_01). (Cf. RG_VF374 SP03)
- **La formule à appliquer au niveau facture** (groupe 3720) (Cf. RG_VF374)
- **Les données lues à l'issue de la lecture de la carte CPS**

  Il s'agit des groupes issus de la fonction « Lecture Carte CPS ». (Cf. PS01)
- **Les données lues à l'issu de la lecture de la carte Vitale ou saisies à partir d'un autre support de droits** (Cf. BS13 ou BS17)
- **Les données de la facture**

  Tous les groupes sont facultatifs en entrée des modules STS, néanmoins le progiciel doit renseigner toutes les données de la facture connues. Le groupe 3700 « Contexte PS et Assuré » est obligatoire.

  (Cf. Annexe 1-A0)

Forçage des montants remboursables par l'AMC

Il n'existe aucune interdiction au Professionnel de Santé de saisir les montants remboursables par l'AMC avant l'appel à la fonction tarification.

Les paramètres en entrée

Données liées aux STS

3700	**Groupe** *Contexte tarification de la part Complémentaire*
3710	**Groupe** *Formule de la part Complémentaire appliquée au niveau acte*
3720	**Groupe** *Formule de la part Complémentaire appliquée au niveau facture*
3730	**Groupe** *Paramètres de calcul STS*
3731	**Groupe** *Participation Assuré*
3740	**Groupe** *Paramètres de calcul contrats responsables*
3770	**Groupe** *Zone tampon AMC*

Autres données

1	**Groupe** *Titulaire Carte PS*
2	**Groupe** *Situation du PS*
101	**Groupe** *Données Assuré*
102	**Groupe** *Service AMO famille*
103	**Groupe** *Données Accident du travail*
104	**Groupe** *Données bénéficiaire*
105	**Groupe** *Période de droits AMO*
106	**Groupe** *Période de code couverture*
107	**Groupe** *Données Mutuelle*
108	**Groupe** *Période de droits mutuelle*
109	**Groupe** *Données Complémentaire*

CF11_09

111	**Groupe** *Zone Commune Complémentaire*
	Si la zone commune complémentaire est vide ou renseignée à blanc, le groupe 111 ne doit pas être transmis aux STS.
3500	**Groupe** *Données supplémentaires facture*
60	**Groupe** Entête configuration

Contenu de la zone d'échange de la facture

Le progiciel doit transmettre tous les groupes de données liées à la facture à calculer c'est-à-dire ceux constitués en fonction des règles mentionnées dans l'annexe 1-A1.

Des remarques sont à apporter pour les groupes suivants :

1321 **Groupe** *Organisme Complémentaire*

Pour une complémentaire en flux direct, le type de service AMC (position 3 du champ « données AMC zone 2 ») est obligatoire. Ce champ doit être totalement valorisé avant sa transmission au STS. Le mode de tarification complémentaire doit être sélectionné par le Professionnel de Santé (tiers payant AMC, hors tiers payant AMC).

1610 **Groupe** *Prestation*

RG_VF365

Le montant théorique remboursable par l'AMC peut être préalablement renseigné soit parce qu'il a déjà été calculé soit parce qu'il a été renseigné par le Professionnel de Santé.

1620 **Groupe** *Prestation IFD*

Le montant théorique remboursable par l'AMC peut être préalablement renseigné soit parce qu'il a déjà été calculé soit parce qu'il a été renseigné par le Professionnel de Santé.

1630 **Groupe** *Prestation IK*

Le montant théorique remboursable par l'AMC peut être préalablement renseigné soit parce qu'il a déjà été calculé soit parce qu'il a été renseigné par le Professionnel de Santé.

1440 **Groupe** *Forçage niveau facture*

Compléter selon les règles de forçage décrites dans l'annexe 1-A.

1450 **Groupe** *Module de tarification complémentaire*

Si le groupe a été restitué en sortie d'un premier appel, il doit alors être transmis en entrée lors d'un second appel…

2000 **Groupe** *Forçage AMO niveau acte*

Compléter selon les règles de forçage décrites dans l'annexe 1-A.

2010 **Groupe** *Forçage AMC niveau acte*

Compléter selon les règles de forçage décrites dans l'annexe 1-A.

2020 **Groupe** *Base de remboursement théorique AMO*

Transmis au STS pour toutes les familles de Professionnel de Santé

9.2 Interface en sortie

9.2.1 Synthèse des informations fournies par les STS au progiciel en retour de la fonction « Assistance à la Tarification » et de la fonction « Tarification »

Les STS enrichissent les données fournies par le progiciel soit en ajoutant des informations de tarification soit en modifiant des informations transmises. Les données fournies par le progiciel et non modifiées par les STS ne sont pas restituées par les STS.

Le progiciel a trois réactions possibles :

- Prendre en compte les informations retournées par le STS en les intégrant au sein de son formulaire de facture.
- Créer un dialogue avec le Professionnel de Santé pour choisir la formule à activer et saisir les paramètres adéquats.
- Afficher les diagnostics et demander au Professionnel de Santé de corriger ou de compléter les données à transmettre.

Si le Professionnel de Santé remplit les montants AMC avant de déclencher les STS, le progiciel peut l'alerter de la perte possible des données.

9.2.2 Détail des informations retournées par les STS

Les informations susceptibles d'être restituées par les STS sont les suivantes :

- **Un diagnostic** indiquant les éléments manquant pour réaliser la tarification ou informant le Professionnel de Santé via un commentaire (groupe 3750).

  La restitution d'un diagnostic peut provenir de l'absence de renseignement d'une valeur de paramètre par exemple.

  ➔ S'il n'y a pas d'erreur (pas de diagnostic ou diagnostic de niveau 1), le progiciel peut intégrer les données restituées et éventuellement permettre le forçage de certaines données, en fonction de l'indication restituée par l'Interface STS sur la possibilité de modification par le Professionnel de Santé.

  ➔ S'il y a un avertissement (diagnostic de niveau 2), le progiciel informe le Professionnel de Santé qui décide :

  - soit de corriger les données de la facture (avec l'aide de l'assistance ou en modifiant les valeurs) et en ré-exécutant la fonction tarification ;
  - soit de forcer directement les valeurs (le progiciel indique ce forçage dans l'indicateur AMC de forçage de niveau ligne d'acte)
  - soit de « respecter » l'avertissement en conservant les STS.
  - soit de passer outre l'avertissement (cas de forçage).

  ➔ S'il y a erreur (diagnostic de niveau 3), le progiciel informe le Professionnel de Santé qui décide :

  - soit de persister dans le choix du tiers payant en complétant les informations manquantes (éventuellement au travers de l'assistance) ou en corrigeant et en ré-exécutant la fonction tarification.
  - soit de basculer la part complémentaire en hors tiers payant
  - soit de ne plus faire de facture vers la complémentaire.

➔ S'il y a erreur (diagnostic de niveau 4), le progiciel doit faire appel automatiquement à la fonction « Assistance à la Tarification » en fonction du contexte soit pour toute la facture, soit pour l'acte concerné (selon le diagnostic).

➔ S'il y a erreur (diagnostic de niveau 3 ou 4), le progiciel doit ignorer l'éventuel montant AMC calculé par les STS pour les actes concernés.

- **Une liste de formules** dans laquelle le Professionnel de Santé peut choisir celle qui permettra de réaliser le calcul de la part complémentaire (plusieurs groupes 3760) et en renseigner les paramètres.

  ➔ Le progiciel crée un dialogue avec le Professionnel de Santé pour choisir la formule à activer et saisir les paramètres adéquats. 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 d'acte.

  - 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 Professionnel de Santé aurait déjà sélectionné une formule distincte.

  ➔ Si une seule formule est restituée par les STS (un seul groupe 3760), la formule s'applique à l'acte concerné, le progiciel demande au Professionnel de Santé de compléter les paramètres manquants, renseigne la formule à appliquer (groupe 3710) et lui propose de rappeler la fonction Tarification afin d'appliquer cette formule.

- **Des informations qui servent à la tarification :**

  Ces informations concernent les formules appliquées au niveau acte et facture (3710, 3715, 3720, 3725), les montants de la part complémentaires calculés (1610, 1620, 1630, 1910), les forçages au niveau acte et facture (1440, 2010).

  ➔ Le progiciel peut dans ce cas les afficher au Professionnel de Santé, conformément aux règles d'affichage restituées.

- **Autres informations** concernant les données complémentaires (1321, 1330, 107, 108, 109 et 111)

  ➔ Si ces informations sont différentes en sortie des modules STS, le progiciel doit les intégrer dans la facture.

  NB : les groupes 107, 108, 109 et 111 sont réservés, ici, à un usage ultérieur.

  En gestion séparée, un changement de type de service AMC (TP en HTP ou vice-versa) doit conduire le progiciel à refaire la recherche de la convention applicable.

  En gestion unique, un passage de TP AMC en HTP AMC doit entraîner une mise en forme de la facture sans part complémentaire.

- **L'identifiant et le numéro de version** du module STS utilisé (groupe 1450).

  ➔ Le progiciel doit l'intégrer dans la facture.

- **Les règles d'affichage et de modification des informations**

  Les STS restituent avec chaque groupe un autre groupe (3790) contenant les règles d'affichage des données par le progiciel et de leur modification par le Professionnel de Santé. Ces règles sont matérialisées sous la forme de deux tops : « Affichage » et « Modification ».

  ➔ Le progiciel doit dans ce cas les interpréter.

Forçage des montants remboursables par l'AMC (selon le Top Modification EF_VF13***)***

Il n'existe aucune interdiction au Professionnel de Santé de modifier les montants remboursables par l'AMC (selon le Top modification) sans repasser par la phase de tarification de sa facture. Dans ce cas, le progiciel doit vérifier qu'il n'y a pas enrichissement sans cause (Cf. RG_VF399).

Le Professionnel de Santé pourra éventuellement modifier certaines autres données restituées par les STS (selon le Top modification).

Les spécifications liées au forçage sont décrites dans l'annexe 1-A §Forçage des informations relatives au domaine de la part complémentaire.

Archivage des groupes de sortie

Cf. RG_MF033

Les paramètres en sortie

Données liées aux STS

3700	**Groupe** *Contexte tarification de la part Complémentaire*
3750	**Groupe** *Diagnostic STS*
3710	**Groupe** *Formule de la part Complémentaire appliquée au niveau acte*
3715	**Groupe** *Libellé de la formule AMC appliquée au niveau acte*
3720	**Groupe** *Formule de la part Complémentaire appliquée au niveau facture*
3725	**Groupe** *Libellé de la formule AMC appliquée au niveau facture*
3760	**Groupe** *Description formule de calcul AMC*
3770	**Groupe** *Zone tampon AMC*
3790	**Groupe** *Tops affichage et modification*

Contenu de la zone d'échange de la facture

1321	**Groupe** *Organisme complémentaire*
1330	**Groupe** *Données Complémentaire Additionnelles*
1610	**Groupe** *Prestation*
1620	**Groupe** *Prestation IFD*
1630	**Groupe** *Prestation IK*
1440	**Groupe** *Forçage niveau facture*
1450	**Groupe** *Module de tarification complémentaire*
2010	**Groupe** *Forçage sur la part complémentaire niveau acte*
1910	**Groupe** *Total facture*

10 Changement des éléments de facturation

Si le Professionnel de Santé utilise un autre support d'information AMC (attestation au lieu de la carte Vitale par exemple), le progiciel ne doit pas tenir compte des informations sur la part complémentaire précédemment acquises, le progiciel doit effacer les valeurs :

- des données des groupes 107 « mutuelle », 108 « Période de droits mutuelle »
- des données du groupe « 109 données complémentaire »,
- des données du groupe « 111 Zone Commune Complémentaire »
- des données du groupe « 1321 données complémentaires »,
- des données du groupe « 1322 données mutualiste »,
- des données du groupe « 1330 Données Complémentaire Additionnelles »
- des montants théoriques remboursables par l'AMC des groupes 1610-1620-1630,
- des données du groupe « 3710 formules AMC appliquée au niveau acte »,
- des montants AMC du groupe 1910,
- des données du groupe 2010 « forçage acte sur la part complémentaire »,
- de la donnée « indicateur de forçage facture AMC » du groupe 1440,
- des données du groupe 3720 « formule AMC appliquée au niveau facture »,
- des données du groupe « 1450 version STS »,
- des données du groupe « 3760 formule à choisir ».

Le progiciel doit reprendre le renseignement des données de la facture sur la partie complémentaire à partir du nouveau support de droits.

Ces changements sont effectués si la tarification complémentaire est terminée.

Annexe 1-A3

Présentation fonctionnelle des Modules SESAM-Vitale

Finalisation facture – Phase Part Obligatoire

Intégrant l'Addendum n°8

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

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

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

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

Sommaire

1 Introduction 4

1.1 Présentation du document 4
1.2 Guide de lecture 4

2 Spécifications des traitements 5

2.1 Présentation de la phase « Finalisation facture » 5
2.2 CF99 : Préparer la finalisation de la facture 6
2.3 VF05 : Générer les suppléments dérogatoires SMG 7
2.3.1 VF05.01 : Déterminer la nécessité de générer des prestations SD_SMG 8
2.3.2 VF05.02 : Générer une prestation SD_SMG 9
2.3.2.1 VF05.02.01 : Acquérir les données d'une prestation de type SD_SMG 10
2.3.2.2 VF05.02.02 : Contrôler les données d'une prestation de type SD_SMG 12
2.3.2.3 VF05.02.03 : Déterminer les montants d'une prestation de type SD_SMG 13
2.4 VF06 : Recalculer le montant des honoraires de chaque prestation 15
2.5 VF07 : Générer les suppléments en nature d'assurance AT 16
2.5.1 VF07.01 : Générer les compléments AT Dentaires 17
2.5.1.1 VF07.01.01 : Acquérir les données de la prestation ATD 18
2.5.1.2 VF07.01.02 : Contrôler les données de la prestation ATD 20
2.5.1.3 VF07.01.03 : Déterminer les montants la prestation ATD 21
2.5.2 VF07.02 : Générer le supplément APIAS 23
2.5.2.1 VF07.02.01 : Acquérir les données du supplément APIAS 24
2.5.2.2 VF07.02.02 : Contrôler les données du supplément APIAS 26
2.5.2.3 VF07.02.03 : Déterminer les montants du supplément APIAS 27
2.6 VF08 : Générer les dépassements pour victime d'attentat 29
2.6.1 VF08.01 : Acquérir les données pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat 30
2.6.2 VF08.02 : Contrôler les données pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat 32
2.6.3 VF08.03 : Déterminer les montants pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat 33

Table des Illustrations

Aucune entrée de table d'illustration n'a été trouvée.

1 Introduction

1.1 Présentation du document

Ce document est fourni à titre transitoire dans le cadre de la Modernisation du CDC SESAM-Vitale.
Il est amené à être supprimé dans la prochaine version du Package.

Il a pour objet de conserver la structure connue et exposer les renvois vers les éléments équivalents dans la partie SFG du corpus.

1.2 Guide de lecture

GD § 1.9

2 Spécifications des traitements

2.1 Présentation de la phase « Finalisation facture »

Cette phase de finalisation de la facture correspond aux générations automatiques de prestations à ajouter dans la facture par le LPS. Elle s'inscrit dans le processus général de facturation et correspond aux opérations de VF mentionnées dans chaque chapitre ci-après.

2.2 CF99 : Préparer la finalisation de la facture

Cette fonctionnalité est sans objet car la finalisation de la facture s'inscrit dans le processus général d'élaboration de la facture (fonctionnalités IP-CF-VF), au cours duquel ont été préalablement déterminées les données nécessaires aux opérations de génération automatique, à savoir :

- SFG CF [RG_CF332]
- SFG CF [RG_CF405]
- SFG CF [RG_CF350]
- SFG CF [RG_CF351]

2.3 VF05 : Générer les suppléments dérogatoires SMG

SFG VF VF05

2.3.1 VF05.01 : Déterminer la nécessité de générer des prestations SD_SMG

SFG VF VF05.01

2.3.2 VF05.02 : Générer une prestation SD_SMG

SFG VF VF05.02

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

SFG VF VF05.02.01

2.3.2.1.1.1 Synthèse des données

La synthèse des données est reportée dans l'Annexe 1-A0

2.3.2.2 VF05.02.02 : Contrôler les données d'une prestation de type SD_SMG

SFG VF VF05.02.02

2.3.2.3 VF05.02.03 : Déterminer les montants d'une prestation de type SD_SMG

SFG VF VF05.02.03

2.3.2.3.1.1 Synthèse des données

La synthèse des données est reportée dans l'Annexe 1-A0

2.4 VF06 : Recalculer le montant des honoraires de chaque prestation

SFG VF VF06

2.5 VF07 : Générer les suppléments en nature d'assurance AT

SFG VF VF07

2.5.1 VF07.01 : Générer les compléments AT Dentaires

SFG VF VF07.01

2.5.1.1 VF07.01.01 : Acquérir les données de la prestation ATD

SFG VF VF07.01.01

2.5.1.1.1.1 Synthèse des données

La synthèse des données est reportée dans l'Annexe 1-A0

2.5.1.2 VF07.01.02 : Contrôler les données de la prestation ATD

SFG VF VF07.01.02

2.5.1.3 VF07.01.03 : Déterminer les montants la prestation ATD

SFG VF VF07.01.03

2.5.1.3.1.1 Synthèse des données

La synthèse des données est reportée dans l'Annexe 1-A0

2.5.2 VF07.02 : Générer le supplément APIAS

SFG VF VF07.02

2.5.2.1 VF07.02.01 : Acquérir les données du supplément APIAS

SFG VF VF07.02.01

2.5.2.1.1.1 Synthèse des données

La synthèse des données est reportée dans l'Annexe 1-A0

2.5.2.2 VF07.02.02 : Contrôler les données du supplément APIAS

SFG VF VF07.02.02

2.5.2.3 VF07.02.03 : Déterminer les montants du supplément APIAS

SFG VF VF07.02.03

2.5.2.3.1.1 Synthèse des données

La synthèse des données est reportée dans l'Annexe 1-A0

2.6 VF08 : Générer les dépassements pour victime d'attentat

SFG VF VF08

2.6.1 VF08.01 : Acquérir les données pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat

SFG VF VF08.01

2.6.1.1.1.1 Synthèse des données

La synthèse des données est reportée dans l'Annexe 1-A0

2.6.2 VF08.02 : Contrôler les données pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat

SFG VF VF08.02

2.6.3 VF08.03 : Déterminer les montants pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat

SFG VF VF08.03

2.6.3.1.1.1 Synthèse des données

La synthèse des données est reportée dans l'Annexe 1-A0

Annexe 1-B

Présentation fonctionnelle des Modules SESAM-Vitale

Principe de Traitement des retours et Gestion des ARL

Intégrant l'Addendum n°8

Mise à jour Janvier 2024

GIE SESAM-Vitale
5, boulevard Marie & Alexandre Oyon - 72 019 LE MANS CEDEX 2 - www.sesam-vitale.fr
SIRET : 391 722 881 00052 - APE : 6202A - RCS LE MANS : 391 722 881 - N° TVA : FR 753 917 22881

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

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

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

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

Sommaire

1 Introduction 4

1.1 Présentation du document 4

2 Cadre global du traitement des messages SMTP en retour 5

3 Gestion de la connexion réseau et des messages SMTP reçus 7

4 Gestion des avis de non remise et des messages de service 8

4.1 Gestion des AR_P 9

4.1.1 Définition de l'AR_P 9

4.1.2 Cinématique du traitement des AR_P par le Poste de Travail 9

5 Gestion des ARL 10

5.1 Préambule 10

5.2 ARL positif 10

5.3 ARL négatif 10

5.4 Absence d'ARL 11

5.5 ARL ne correspondant à aucun lot 11

5.6 Cinématique du traitement des lots et des ARL 11

5.6.1 Principes 11

5.6.2 Précisions 12

5.6.2.1 Gestion des lots sécurisés en mode dégradé 12

5.6.2.2 Enchaînements des phases pour les lots 12

5.6.2.3 Données à mémoriser 12

5.7 Descriptif des phases 14

5.7.1 Extraction des ARL 14

5.7.2 Rapprochement des lots et des ARL 14

5.7.3 Détection des lots transmis depuis plus de 48 heures sans ARL 15

5.7.4 Émission des lots 15

5.7.5 Reconstitution des lots dont l'ARL est négatif 16

5.7.6 Édition des duplicatas 18

5.8 La fonction « Traduction de l'ARL » 18

1 Introduction

1.1 Présentation du document

Ce document constitue la partie B de l'annexe 1 du CdC Éditeurs SESAM-Vitale.

Cette partie a pour objet de décrire spécifiquement les traitements relatifs aux flux retours.

NB : les traitements relatifs aux flux retours concernant les rapports de réclamation sont définis dans l'annexe 1-B0.

2 Cadre global du traitement des messages SMTP en retour

Les fonctions concernées recouvrent :

- la gestion des avis de non-remise ;
- la gestion des messages de Service ;
- la gestion des retours ARL.

Les deux premières fonctions concernent l'envoi d'un message SMTP et du fichier des lots de factures électroniques (FSE ou DRE) joint.

La dernière fonction (gestion des ARL) concerne les lots contenus dans le fichier transmis.

Si un fichier transmis a fait l'objet d'au moins un retour ARL pour un des lots constitutifs de ce fichier, cela signifie alors que le message SMTP a été reçu par le destinataire des flux. Ceci implique que la réception d'un retour ARL vaut réception d'un avis de remise.

Dans la logique de traitement des messages SMTP contenus dans la boîte aux lettres du Professionnel de Santé, il convient de traiter dans l'ordre :

- **les erreurs de transmission** signalées par un avis de non-remise ;
- **l'indisponibilité d'un site d'exploitation de l'Assurance Maladie** signalée par un message de service (AR_P) ;
- **les erreurs de format** (en-tête SMTP ou structure du fichier joint) signalées par un message de service ;
- **les ARL** résultant des contrôles de structure opérés par les systèmes d'accueil des flux de l'Assurance Maladie sur les lots ou les factures Électroniques contenus dans le fichier.

Ceci correspond à la cinématique des flux décrite dans le schéma ci-après.

Ce paragraphe vient compléter les différentes parties du Cahier des Charges SESAM-Vitale abordant ce sujet.

Nota

Les Rejet/Signalement/Paiement (RSP) ne sont pas traités dans ce document. Cependant, leurs structures seront décrites dans l'annexe 4.

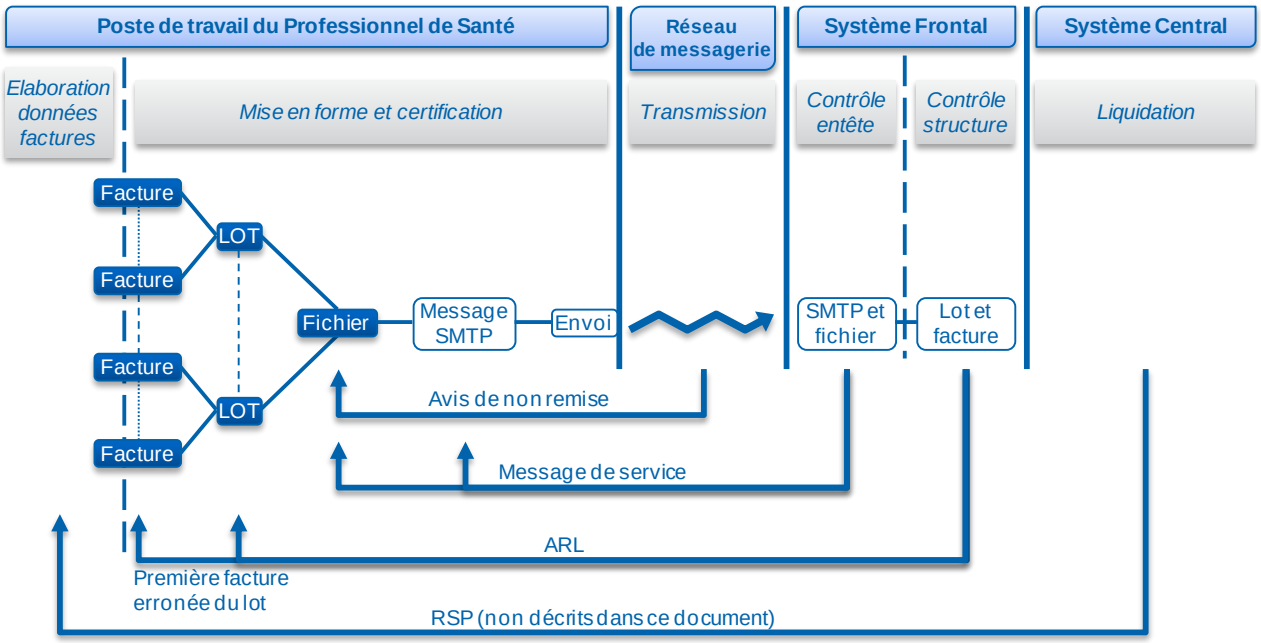


Schéma des flux SESAM-Vitale

3 Gestion de la connexion réseau et des messages SMTP reçus

Les procédures liées aux ouvertures et fermetures de sessions d'accès aux réseaux de messagerie (pour les flux SESAM-Vitale) doivent respecter l'enchaînement suivant :

- l'étape initiale démarre par la connexion et l'ouverture d'une session de travail sur le réseau de messagerie (accès à la boîte aux lettres dédiée SESAM-Vitale) ;
- la session de travail doit commencer par la sélection de tous les messages SMTP contenus dans la boîte aux lettres du Professionnel de Santé[1] :
  - l'extraction des avis de non-remise et leur rapprochement avec les messages SMTP émis ;
  - l'extraction des messages de service et leur rapprochement avec les messages SMTP émis ;
  - l'extraction des ARL et leur rapprochement avec les lots précédemment émis ;
  - l'extraction et le stockage en local des messages non dédiés SESAM-Vitale (avec possibilité de paramétrer la suppression ou non de ces messages du serveur).
- la session se poursuit par l'envoi des messages SMTP contenant les lots à émettre ;
- fermeture de la session de travail et la déconnexion réseau ;
- l'étape finale est matérialisée par le rapprochement de l'ensemble des messages reçus avec les messages SMTP émis.

Remarque

Le rapprochement des différents messages n'incluent pas la reconstitution des lots pour réémission. Cette reconstitution peut être réalisée hors connexion et les lots reconstitués seront alors réémis au cours d'une session suivante.

[1] Dans le cadre du RSS - boîte aux lettres dédiée aux flux SESAM-Vitale

4 Gestion des avis de non remise et des messages de service

La gestion des avis de non-remise et des messages de service est étroitement liée à la gestion des ARL.

Lors de l'extraction des messages SMTP dans la BAL du Professionnel de Santé, le progiciel peut recevoir :

De l'opérateur de messagerie :

- un (ou des) Avis de Non Remise indiquant qu'un message SMTP précédemment transmis (contenant un fichier de lots de factures) n'a pas été correctement acheminé jusqu'à la BAL de l'organisme destinataire. Cet avis contient le champ sujet du message SMTP concerné ;
- un message de service indiquant qu'un message SMTP précédemment transmis n'a pas pu être réceptionné par les systèmes d'assurance maladie (indisponibilité du système d'exploitation de l'assurance maladie).

De l'Assurance Maladie :

- un message de service indiquant qu'un message SMTP précédemment transmis est incorrect, soit au niveau du format de son en-tête SMTP, soit au niveau de la structure du fichier joint. Ce message SMTP fait référence au champ sujet du message SMTP concerné.

Le progiciel doit gérer les Avis de Non Remise et les messages de service en liaison avec la gestion des lots de la manière suivante :

- Durant la phase d'extraction des messages SMTP reçus, le progiciel doit extraire, en plus des fichiers ARL, les Avis de Non Remise et les messages de service éventuels afin d'identifier les fichiers posant un problème.
  - Si le fichier concerné par les avis de non-remise ou les messages de service, correspond à un fichier pour lequel l'un des lots qui le constitue a fait l'objet d'une première retransmission (cf. phase d'envoi des fichiers ci-dessous), alors ce fichier ne peut plus être transmis à nouveau et les lots qui ont fait l'objet d'une première retransmission doivent être traités manuellement.
  - Si tous les lots du fichier ont fait l'objet que d'une seule transmission, ceux-ci doivent être notés à réémettre (cf. § 4.6.1 phase 4) ou en attente (cf. § 4.1) suivant le message de service reçu.
  - <u>Cas particulier :</u> Lors de la réception d'un message de service 4005 « Flux chiffré en erreur », correspondant à un flux qui n'a pas pu être déchiffré. Le progiciel doit réémettre le flux à l'identique chiffré avec le bon certificat sans extraire le fichier ou aucun lot si ceux-ci avaient déjà fait l'objet d'une retransmission.
- Lors de la phase d'envoi des fichiers de lots, le progiciel doit :
  1. lors de la première transmission d'un fichier, mémoriser l'en-tête du message SMTP et le fichier joint pour permettre le rapprochement ultérieur ;
  2. permettre de recréer un message SMTP, après analyse de l'incident, pour chaque fichier pour lequel un Avis de Non Remise ou un message de service de type « REJET_SMTP » a été reçu (rapprochement possible grâce au champ sujet de l'en-tête SMTP du message) et appliquer la cinématique du traitement des lots et des ARL (cf. § 5.6).

- Si le fichier a été reçu par son destinataire (réception d'au moins un ARL pour un lot contenu dans ce fichier) alors le progiciel doit supprimer l'en-tête du message SMTP et le fichier.

4.1 Gestion des AR_P

Ces messages de service AR_P ne remplacent pas les ARL.

4.1.1 Définition de l'AR_P

En cas de dysfonctionnement majeur d'un système d'assurance maladie rendant impossible la prise en charge des messages de FSE ou de DRE émis par les Professionnels de Santé, le système de messagerie de l'opérateur du réseau SESAM-Vitale dispose d'un mécanisme de sauvegarde qui permet de sauvegarder les messages destinés à l'Assurance Maladie pendant une durée de 8 jours.

Dans ce cas l'opérateur de messagerie (l'opérateur du Réseau SESAM-Vitale) envoie aux Professionnels de Santé un AR_P (accusé de réception provisoire).

Cet AR_P doit permettre au logiciel du Professionnel de Santé de bloquer la réémission automatique des lots en attente d'ARL depuis plus de 48 heures.

Les lots mis « en attente » seront acquittés lors de la réception de l'ARL lorsque le système d'exploitation assurance maladie sera remis en fonctionnement.

Un délai de 15 jours maximum a été retenu pour cette mise en attente. Au delà, le Professionnel de Santé doit passer en procédure d'édition des duplicata papier des factures.

4.1.2 Cinématique du traitement des AR_P par le Poste de Travail

- Extraction des AR_P ;
- Rapprochement des AR_P avec les lots correspondant (Dans le champ « in reply-to » de l'AR_P est transmis le champ « subject » du message d'origine) ;
- Mise en état « en attente » des lots identifiés.

Les lots mis dans l'état « en attente » doivent être rapprochés des ARL reçus au fil de l'eau.

Au delà de 15 jours si les lots n'ont toujours pas reçu d'ARL, le Professionnel de Santé peut éditer des duplicata papier des factures.

5 Gestion des ARL

5.1 Préambule

Les principes décrits dans ce document sont valables pour tous les types de flux générés sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé, à savoir les factures réelles, les factures de test, et les factures de démonstration.

- Pour les AMO :

  Les règles de gestion des ARL reposent sur les éléments définis réglementairement (article R161-47 du code de la Sécurité Sociale relatif à la gestion des transmissions aux organismes d'Assurance Maladie et arrêté du 9 avril 1998 relatif aux modalités d'envoi des messages adressés en retour).

  Les lots effectués en mode dégradé ne donnent pas lieu à l'émission d'un ARL.

- Pour les AMC :

  Tous les lots donnent lieu à l'émission d'un ARL.

Les pièces jointes et les en-têtes des messages SMTP contenant ces ARL doivent être archivés sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé pendant une durée minimum de 90 jours.

Un même lot de factures électroniques ne peut être retransmis qu'une seule fois, quel que soit le type d'erreur rencontrée.

5.2 ARL positif

Suite à la réception d'un ARL positif, le Professionnel de Santé doit conserver ce dernier sur son Poste de Travail et durant 90 jours au moins, ainsi que le double des feuilles de soins électroniques du lot qu'il a transmis, cf. chapitre « Sauvegarde des éléments constitutifs de la facture » du corps du Cahier des Charges.

Les règles d'archivage des lots sécurisés de DRE sont les mêmes que les lots sécurisés de FSE.

Un lot ayant reçu un ARL positif ne doit en aucun cas être retransmis.

5.3 ARL négatif

Le lot doit être reconstitué avec un nouveau numéro de lot à partir des factures le composant et en tenant compte du code de l'ARL reçu. Ce lot doit ensuite être mis en forme et sécurisé (si nécessaire pour les DRE) de la même façon qu'un nouveau lot avant sa transmission.

Suite à la réception d'un ARL négatif indiquant une facture erronée dans le lot correspondant, seul le numéro de la première facture erronée dans le lot est signalé dans l'ARL, même si le lot contient d'autres factures erronées. Dans ce cas, le progiciel doit créer un nouveau lot contenant toutes les factures électroniques du lot précédemment transmis à l'exclusion de la facture électronique signalée en erreur. Ce lot ne peut pas être enrichi de nouvelles factures électroniques.

Pour ce nouveau lot, **un nouveau numéro de lot est attribué** et celui-ci doit être marqué comme retransmis.

Une intervention du Professionnel de Santé est requise pour la reconstitution et la transmission d'un lot en erreur.

Un lot ayant donné lieu à un ARL négatif ne peut être émis qu'une seule fois. A l'issue d'une nouvelle transmission infructueuse, le progiciel du Professionnel de Santé doit indiquer la nécessité de consulter la liste des lots incriminés afin de permettre la sélection des lots pour lesquels les factures électroniques doivent être éditées et identifiées comme traitées manuellement. L'en-tête du message SMTP contenant cet ARL doit être stockée sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé pour analyse technique ultérieure.

Le progiciel doit guider le Professionnel de Santé dans le traitement des ARL négatifs en fonction du type de rejet (voir cinématique du traitement des ARL).

5.4 Absence d'ARL

Les éléments qui suivent sont définis réglementairement pour la feuille de soins électronique. Si un lot de factures électroniques n'a pas reçu d'accusé de réception au bout de 48 heures suivant l'envoi, celui-ci ne doit être retransmis qu'une seule fois à l'organisme destinataire du flux. Ce lot ne doit pas être modifié avant retransmission (il est déjà sécurisé : il conserve donc le même numéro de lot).

Le progiciel doit indiquer au Professionnel de Santé la nécessité de consulter la liste des lots sécurisés, retransmis depuis plus de 48 heures et pour lesquels il n'a pas reçu d'ARL, afin de permettre la sélection des lots pour lesquels les factures électroniques doivent être éditées et identifiées comme traitées manuellement.

Les règles décrites ci-dessus s'appliquent également pour tous les lots sécurisés de Demandes de Remboursements Electroniques, même si elles ne sont pas définies réglementairement.

5.5 ARL ne correspondant à aucun lot

Dans le cas où un ARL ne pourrait être lié à un lot en attente d'acquittement, le logiciel doit archiver l'ARL comme non rapproché à des fins d'analyse technique a posteriori. L'en-tête du message SMTP contenant le fichier retour de cet ARL doit être elle aussi archivée.

5.6 Cinématique du traitement des lots et des ARL

5.6.1 Principes

Pour éviter les retransmissions inutiles de lots en attente d'ARL, il convient de vérifier si l'ARL associé n'est pas présent dans la boîte aux lettres du Professionnel de Santé avant toute tentative de retransmission.

Le processus d'envoi/rapprochement des lots peut être automatique.

Une intervention du Professionnel de Santé est requise pour le traitement des lots en anomalie :

- *lots retransmis en attente d'ARL depuis plus de 48H ;*
- *lots (re)transmis et ayant donné lieu à des ARL négatifs.*

La gestion des lots et des ARL est composée des procédures suivantes :

I - <u>La procédure d'envoi/rapprochement des lots</u>

La procédure d'envoi et de rapprochement des lots peut être déclenchée par le progiciel lui-même à une heure donnée (éventuellement paramétrable) ou sur l'initiative du Professionnel de Santé. Les phases du traitement sont les suivantes :

- **Phase 1 - Extraction des ARL**
- **Phase 2 - Rapprochement des ARL avec les lots correspondants**
- **Phase 3 - Détection des lots transmis depuis plus de 48 heures sans ARL**
- **Phase 4 - Emission des nouveaux lots et des lots à réémettre**

A l'issue de la procédure, le Professionnel de Santé est averti de l'existence de lots requérant un traitement particulier (gestion des anomalies).

II - La procédure de gestion des anomalies

Cette procédure permet au Professionnel de Santé de prendre connaissance des anomalies survenues et, selon le choix et la nature de ces anomalies, d'appliquer le traitement ad hoc aux lots incriminés :

- **Phase 5 - reconstituer lot** (ARL négatif) pour retransmission ultérieure
- **Phase 6 - éditer duplicata** facture (lot en erreur après envoi du lot reconstitué (1 seule fois)

5.6.2 Précisions

5.6.2.1 Gestion des lots sécurisés en mode dégradé

Pour les organismes d'Assurance Maladie Obligatoires, seul un Avis de Non Remise ou un message de service peut permettre au progiciel de savoir si les lots n'ont pas été correctement reçus.

Si un Avis de Non Remise ou un message de service (signalant un rejet) est parvenu dans les 48 heures suivant l'envoi, le progiciel doit traiter l'erreur et renvoyer le message SMTP en le notant comme étant réémis.

A défaut de réception d'avis de non remise ou d'un message de service au bout de 48 heures après le dernier envoi (le même délai que pour l'attente de réception des ARL pour les lots sécurisés), le progiciel considérera les lots transmis comme acceptés par l'organisme destinataire du flux.

Si un Avis de Non Remise ou un message de service relatif à un message SMTP réémis est reçu par le Poste de Travail du Professionnel de Santé, les lots contenus dans le message SMTP doivent être traités manuellement dans la procédure d'anomalie.

5.6.2.2 Enchaînements des phases pour les lots

Dans le diagramme présenté page suivante, les phases 1 à 4 peuvent être enchaînées automatiquement au déclenchement de la procédure d'envoi/rapprochement des lots. Les phases 5 et 6 sont invoquées à la demande du Professionnel de Santé via un menu de gestion manuelle des anomalies.

Chaque phase est détaillée dans le paragraphe 5.7, où chaque donnée en entrée ou en sortie est identifiée en **gras.**

5.6.2.3 Données à mémoriser

La cinématique de traitement de chaque lot et son rapprochement avec un ARL, impose que soient mémorisées pour chaque lot les informations suivantes :

- son CRF (Critère de Regroupement en fichier) ;
- ses critères de rapprochement ARL (cf. § 5.8 la fonction Traduction de l'ARL) ;
- la date et l'heure de sa transmission.

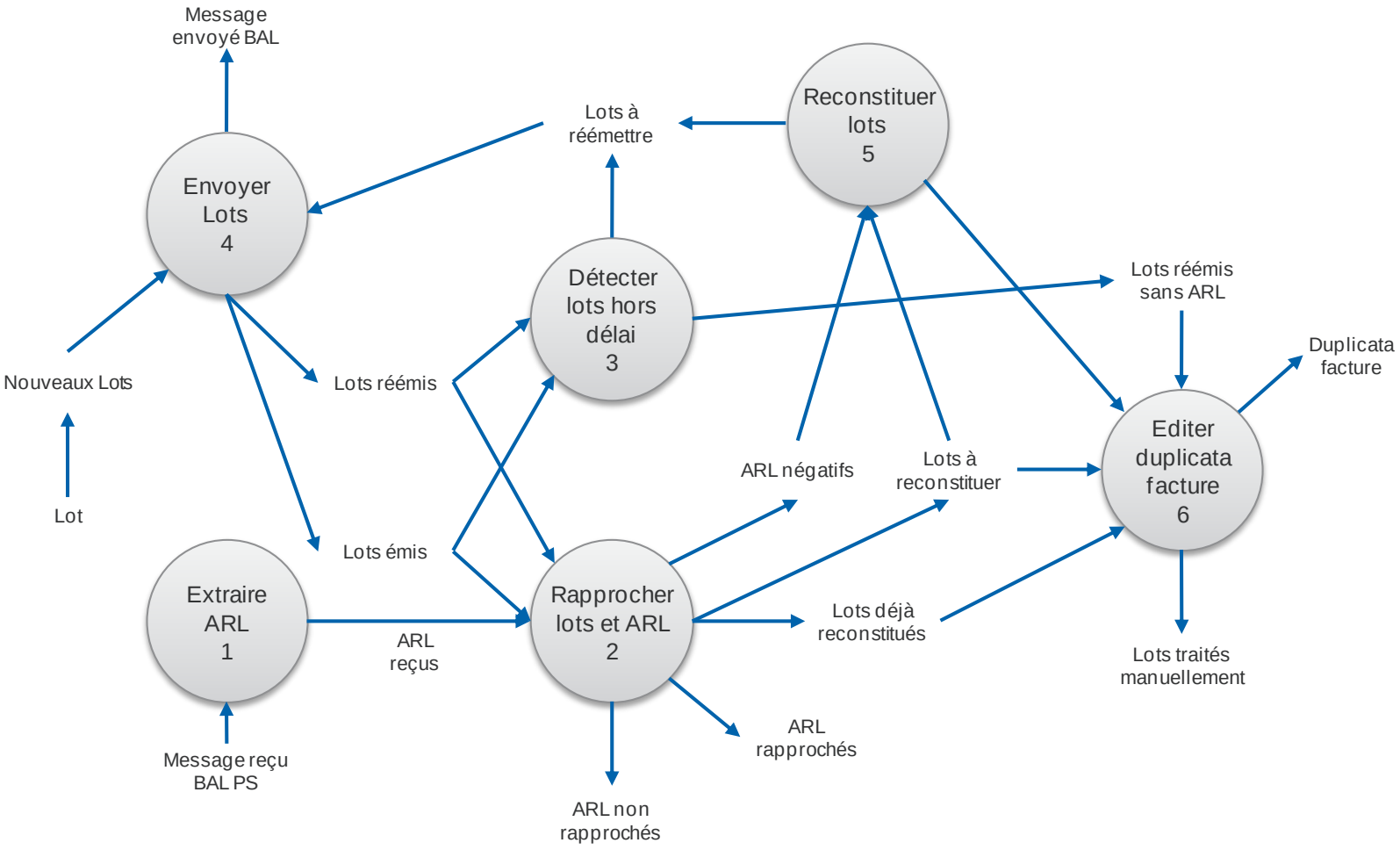


Diagramme des flots de données sur le système de gestion des lots sécurisés

5.7 Descriptif des phases

5.7.1 Extraction des ARL

Remarques préalables

Les procédures d'extraction et de suppression dans les boîtes aux lettres des messages SMTP comportant les ARL doivent être exécutées avant tout autre traitement.

Un message SMTP « ARL » ou « ARLDRE » peut regrouper des ARL correspondant à des lots provenant de plusieurs messages SMTP.

Les ARL associés aux lots d'un même message SMTP peuvent être éclatés dans plusieurs messages SMTP ARL.

Traitements fonctionnels

Connexion et ouverture de session RSS

Consultation de la BAL Professionnel de Santé

Pour chaque **message SMTP reçu dans la BAL du Professionnel de Santé**

- Extraction du message SMTP
  - Si le champ content-description de l'en-tête SMTP est de type « ARL/NOEMIE » ou « ARLDRE/NOEMIE » ou autres (cf. annexe 4 ; § 8, 10 et 11) alors
    - Extraction de la pièce jointe
    - Récupération des **ARL reçus** et mémorisation du code traitement
    - Suppression dans la BAL du message SMTP contenant les ARL
- Traitement des autres messages SMTP éventuels

5.7.2 Rapprochement des lots et des ARL

Remarque préalable

La procédure de rapprochement des ARL avec les lots associés doit être exécutée avant toute émission de lot pour éviter la retransmission de lots pour lesquels un ARL a déjà été reçu.

Traitements fonctionnels

Pour chaque **ARL reçu**

- Recherche du lot correspondant dans la liste des **lots émis** et la liste des **lots réémis** (cf. § 5.8 Traduction de l'ARL) et la liste des **lots en attente**.
- Si le lot est trouvé alors
  - Si l'ARL est positif
    - le lot correspondant trouvé doit être supprimé de la liste à laquelle il appartenait

les données constitutives des factures du lot rapproché et l'ARL positif doivent être archivées pendant 90 jours

Si l'ARL est négatif

si le lot était un **lot émis** ou **lot en attente** alors celui-ci devient un **lot à reconstituer** (il sera traité manuellement et éventuellement renvoyé)

si le lot était un lot réémis alors celui-ci devient un lot déjà reconstitué (il sera traité manuellement sans pouvoir être renvoyé)

L'ARL négatif correspondant doit être stocké dans la liste des **ARL négatifs** (pour analyse technique). L'en-tête SMTP du message contenant le fichier retour de cet ARL doit être lui aussi archivé.

Tous les ARL pour lesquels aucun lot n'a été trouvé dans la liste des **lots émis** et la liste des **lots réémis** et la liste des lots en attente doivent être archivés dans la liste des **ARL non rapprochés** (pour analyse technique). L'en-tête SMTP du message contenant le fichier retour de cet ARL doit être lui aussi archivé.

5.7.3 Détection des lots transmis depuis plus de 48 heures sans ARL

Remarques préalables

Les lots transmis une première fois et qui n'ont pas reçu d'ARL dans un délai de 48 heures doivent faire l'objet d'un nouvel envoi sans modification du contenu, pour préserver leur intégrité, et sans modification de la référence du lot.

Les lots transmis une seconde fois et qui n'ont pas reçu d'ARL dans un délai de 48 heures ne doivent pas être retransmis mais les factures électroniques constituant ce lot devront faire l'objet d'une édition papier (duplicata sur feuille certifiée CERFA pour les FSE.

Traitements fonctionnels

Pour chaque lot de la liste des **lots émis**

Si la date de la dernière relève de la BAL est supérieure à la date d'émission du lot + 48 heures

alors celui-ci devient un **lot à réémettre** (il sera renvoyé).

Pour chaque lot de la liste des **lots réémis**

Si la date de la dernière relève de la BAL est supérieure à la date d'émission du lot + 48 heures

alors celui-ci devient un **lot réémis sans ARL** (il sera traité manuellement sans pouvoir être renvoyé).

5.7.4 Émission des lots

Remarques préalables

Les fichiers créés à transmettre peuvent contenir des lots nouvellement créés et des lots à réémettre.

Traitements fonctionnels

Regrouper tous les **nouveaux lots** et les **lots à réémettre** en fonction du CRF associé à chaque lot.

Pour chaque groupe de lots ainsi constitué :

- Appeler la fonction Formater Fichier ;
- Constituer le fichier à émettre : en-tête fichier + groupe de lots + fin de fichier ;
- Créer le message SMTP à destination de l'organisme destinataire avec le fichier à émettre en pièce jointe ;
- Envoyer le message SMTP.

Tous les **nouveaux lots** du fichier transmis passent dans la liste des **lots émis** (en attente d'ARL une 1ère fois).

Tous les **lots à réémettre** du fichier transmis passent dans la liste des **lots réémis** (en attente d'ARL une dernière fois).

Fermeture de session et déconnexion RSS.

Les lots, dont le fichier a fait l'objet d'un avis de non remise ou d'un message de service, sont considérés comme des lots à réémettre (cf. § 3).

5.7.5 Reconstitution des lots dont l'ARL est négatif

Remarques préalables

Le Professionnel de Santé, qui a été averti que des lots non correctement traités subsistent sur son poste, peut en afficher la liste pour les traiter manuellement.

Le progiciel du Professionnel de Santé doit afficher :

- les lots ayant reçu un ARL négatif soit après une première émission ;
- les ARL négatifs correspondants.

Seuls les lots ayant été émis qu'une fois peuvent être reconstitués. La reconstitution d'un lot doit permettre au Professionnel de Santé de le réémettre en supprimant la facture éventuellement erronée pour laquelle un duplicata papier doit être édité.

Il est conseillé au Professionnel de Santé d'effectuer cette opération après accord de l'organisme destinataire concerné.

La reconstitution d'un lot consiste en la création d'un nouveau lot qui contient les mêmes factures que l'ancien lot (sauf la facture erronée éventuelle) auquel un nouveau numéro de lot est attribué et qui doit être sécurisé (si nécessaire pour les DRE) de la même manière qu'un nouveau lot.

Traitements fonctionnels

Les traitements à effectuer en fonction du code traitement de l'ARL sont les suivants :

Libellé code Traitement ARL	Code	Traitements effectués pour tous ces codes
Structure du lot non conforme	***1001***	• Reconstitution d'un nouveau lot à partir des ***FSE ou DRE*** du lot • Mise en forme et sécurisation du nouveau lot (si nécessaire pour les DRE) • Insertion du nouveau lot sécurisé dans la liste des **lots à réémettre** (il sera renvoyé)
Signature lot invérifiable	***2001***	
Lot non intègre	***2002***	
Enregistrement fin de lot non intègre	***2003***	
Lot utilisant une clé interdite(*)	***2005***	
Sécurité lot erronée	***2502***	
La carte CPS ou CPE ayant effectué le lot est en opposition	***3001***	
Agrément logiciel absent	***4001***	
Logiciel PS non agrée	***4002***	
Date de validité du logiciel PS dépassée ***Ou*** ***Validité de la version de votre logiciel expirée***	***4003***	
Date de validité du logiciel PS non atteinte	***4004***	
TLA non homologué	***4005***	
Date de validité du TLA dépassée	***4006***	
Date de validité du TLA non atteinte	***4007***	
Logiciel PS non agréé pour produire des flux TLA	***4008***	
Numéro de version de norme invalide pour l'homologation TLA	***4009***	
Numéro de version de norme invalide pour l'agrément logiciel	***4010***	
Version du cahier des charges invalide	***4011***	
Lot créé depuis plus de 90 jours	***5001***	
Lot postdaté de plus de 2 jours	***5002***	

xxxxxxxx = n° FSE ou DRE dont la structure est non conforme	***1002***	• Reconstitution d'un nouveau lot contenant toutes les ***FSE ou DRE*** du lot précédent, sauf la ***FSE ou DRE*** n°***xxxxxxxx***. • Mise en forme et sécurisation du nouveau lot (si nécessaire pour les DRE) • Insertion du nouveau lot sécurisé dans la liste des **lots à réémettre** (il sera renvoyé) • Edition du **duplicata papier de** la ***FSE ou DRE*** n°***xxxxxxxx*** du lot
xxxxxxxx = n° FSE ou DRE non intègre	***2004***	
« xxxxx = n° FSE ou DRE certificat vitale incorrect »	***2004***	
xxxxxxxx = n° de FSE ou DRE utilisant un mode de certification interdit	***2007***	
xxxxxxxx = n° de FSE ou DRE avec déchiffrement impossible	***2500***	
xxxxxxxx = n° de FSE ou DRE avec chiffrement erroné	***2501***	
xxxxxxxx = n° de FSE ou DRE dont signature incontrôlable invérifiable	***2503***	
xxxxxxxx = n° de FSE ou DRE avec sécurité facture erronée	***2504***	
xxxxxxxx = n° FSE ou DRE effectuée par une carte CPS en opposition	***3002***	
xxx = n° de FSE ou DRE utilisant une clé interdite(*)	***2006***	

(*)**Cas particulier :** Avec l'utilisation d'un lecteur SESAM-Vitale, en cas de réception d'un ARL avec un code 2005 (Lot utilisant une clé interdite) ou 2006 (xxx = n° de **FSE ou DRE** utilisant une clé interdite), le Professionnel de Santé doit contacter la société lui ayant fourni son lecteur SESAM-Vitale.

Avec l'utilisation de lecteurs PC/SC, le Professionnel de Santé doit contacter son éditeur de logiciel.

5.7.6 Édition des duplicatas

Remarques préalables

De la même manière que pour les lots à reconstituer suite à la réception d'un ARL négatif, le PS peut traiter manuellement tous les lots non acquittés positivement en les sélectionnant dans la liste proposée par le progiciel.

Le progiciel du Professionnel de Santé doit afficher la liste suivante :

- les lots déjà retransmis et n'ayant pas reçu d'ARL dans un délai de 48 heures ;
- les lots en attente ayant dépassé le délai de 15 jours ;
- les lots ayant reçu un ARL négatif soit après une première émission, soit après une retransmission ;
- les ARL négatifs correspondants.

Tous ces lots peuvent être traités manuellement (y compris les lots à reconstituer).

Il est conseillé au PS d'effectuer cette opération après accord avec l'organisme destinataire concerné.

Traitements fonctionnels

Parmi les **lots à reconstituer**, les lots déjà reconstitués, les **lots réémis sans ARL** et les **lots en attente ayant dépassé le délai de 15 jours**, le Professionnel de Santé choisit les lots qu'il veut traiter manuellement.

Pour chaque lot sélectionné :

- Possibilité d'éditer un **duplicata** papier pour toutes les factures du lot ;
- Archiver le lot dans la liste des **lots traités manuellement** (pour analyse technique).

5.8 La fonction « Traduction de l'ARL »

La fonction ***Traduction de l'Accusé Réception Logique*** a pour objet d'identifier les ARL contenus dans le fichier passé en paramètre et de restituer des données simplifiées permettant de connaître le niveau d'acceptation de chaque lot par l'Assurance Maladie. En cas d'anomalie, le libellé de traitement indique le motif de l'anomalie.

Fonction à utiliser

SSV Traduire ARL

Les paramètres en entrée

30	**Groupe** *Fichier de retour NOEMIE*

Zone d'échange

Zone contenant les Accusés de Réception Logiques.

Les paramètres en sortie

31	**Groupe** *Traduction de l'ARL*	**(1 à n occurrences)**

N° de l'ARL

Zone réservée pour utilisation future.

Date de création de l'ARL

Type du N° de l'émetteur de lot

Identifie le type du n° émetteur.

Emetteur du lot

Identifie le Professionnel de Santé émetteur du lot.
(cf. fonction « Mise en forme et sécurisation lot »).

N° du destinataire

Identifie l'organisme d'Assurance Maladie auquel le lot était destiné.
(cf. N° Destinataire en entrée de la fonction « Mise en forme Entête et Fin de fichier »).

N° de référence du lot

Attribuée par le progiciel lors de la constitution du lot (cf. annexe 1-A § 4.1).

Date du lot

Date de création du lot par l'émetteur (indiqué lors de l'appel à la fonction Formater Lot).

Type du code traitement du lot

Indique si une anomalie a été détectée pour le lot et, si oui, le type d'anomalie détectée.

Code de traitement du lot

Renseigné dans le cas d'une anomalie, cette zone explicite le code de l'anomalie détectée.

Libellé de traitement du lot

Libellé du code de traitement du lot.

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

Pour chaque ARL contenu dans le fichier, la fonction *Traduction Accusé Réception Logique* restitue au progiciel du Professionnel de Santé les caractéristiques lui permettant de mettre à jour l'état du lot correspondant (exemple : lot avec ARL positif, lot avec ARL négatif). Le traitement à effectuer dans le cas d'un ARL négatif est expliqué dans le corps du Cahier des Charges.

Pour identifier le lot de FSE correspondant à l'ARL traduit, les champs suivants doivent être comparés :

Champs d'identification du lot			Champs issus de la Traduction ARL		
Groupe	N° champ	Descriptif	Groupe	N° champ	Descriptif
13	2	Type émetteur lot	31	3	Type du n° de l'émetteur du lot

Champs d'identification du lot			Champs issus de la Traduction ARL		
13	3	Emetteur du lot	31	4	Emetteur du lot
13	5	Référence lot	31	~~5~~ 6	~~N° destinataire du lot~~ N° de référence du lot
12	7	N° du destinataire	31	~~6~~ 5	~~N° de référence du lot~~ N° destinataire du lot
8	8	date du lot	31	7	date du lot (*)

Pour identifier le lot de DRE correspondant à l'ARL traduit, les champs suivants doivent être comparés :

Champs d'identification du lot			Champs issus de la Traduction ARL		
Groupe	N° champ	Descriptif	Groupe	N° champ	Descriptif
93	1	Emetteur du lot	31	4	Emetteur du lot
93	3	Référence lot	31	6	N° de référence du lot
88	8	Date du lot	31	7	date du lot (*)

(*) L'utilisation de ce paramètre de rapprochement est optionnelle. Elle est conseillée pour les catégories de Professionnels de Santé gérant un volume de lots important (risque de dépassement de 999 lots entre la transmission d'un lot et réception de l'ARL correspondant).

Traitement des ARL dans le cadre d'un remplacement

Les organismes d'Assurance Maladie transmettent les ARL avec l'identification du Professionnel de Santé remplacé.

Annexe 1-B0

Traitement des RSP

Intégrant l'Addendum n°8

Mise à jour Janvier 2024

GIE SESAM-Vitale
5, boulevard Marie & Alexandre Oyon - 72 019 LE MANS CEDEX 2 - www.sesam-vitale.fr
SIRET : 391 722 881 00052 - APE : 6202A - RCS LE MANS : 391 722 881 - N° TVA : FR 753 917 22881

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 Présentation du document 5
1.2 Abréviations 5
1.3 Documents de référence 5
1.4 Définitions 5
1.5 Principe de lecture du document 6

2 Principes généraux 8

3 Spécifications des traitements 10

3.1 RR02 : Traiter le fichier de RSP 10
3.1.1 RR02.01 : Suivre les facturations et les opérations ponctuelles 11
3.1.1.1 RR02.01.01 : Qualifier le RSP 12
3.1.1.2 RR02.01.02 : Alimenter le tableau de suivi des facturations en Tiers-Payant 14
3.1.1.3 RR02.01.03 : Afficher la régularisation de la facturation 24
3.1.1.4 RR02.01.04 : Alimenter le tableau de suivi des opérations ponctuelles 26
3.1.1.5 RR02.01.05 : Alimenter le tableau des RSP non rapprochés 28
3.1.1.6 RR02.01.06 : Traiter la facturation rejetée 30
3.1.1.7 RR02.01.07 : Créer et transmettre un rapport de réclamation 31
3.1.2 RR02.02 : Alimenter le tableau des virements 44
3.1.3 RR02.03 : Mettre à disposition d'une application comptable les informations de paiements et retenues 45

4 Guide de lecture de la référence NOEMIE 580 47

4.1 Introduction 47
4.1.1 Objet de du guide 47
4.1.2 Principes de création des RSP par les Organismes d'Assurance Maladie 47
4.1.3 Structure de la norme RSP 580 48
4.2 Regroupement des entités 49
4.3 Identification des organismes émetteurs et destinataires du retour 50
4.4 Identification des informations sur la référence du virement bancaire 51
4.5 Les différents types de RSP 52
4.5.1 Déterminer le type de RSP « Liquidation de facture » 53
4.5.2 Déterminer le type de RSP « Régularisation de facture » 57
4.5.3 Déterminer le type de RSP « Opération ponctuelle » 60
4.6 Informations complémentaires 62
4.6.1 Précisions sur l'entité 103 : Assuré / Bénéficiaire 62
4.6.2 Précisions sur les entités 198 et 199 : Part AMO et Part AMC 63
4.6.3 Précisions sur l'entité 294 : Ligne rejet 63
4.6.4 Précisions sur le Numéro du lieu d'exécution de l'acte (entité 081, pos 8) : 64
4.6.5 Précisions sur l'entité 295 : Ligne commentaire 65
4.7 Exemples de RSP 65
4.7.1 Exemples de RSP de liquidation 65
4.7.1.1 La facturation contient 2 parts « Payées » 65
4.7.1.2 La facturation contient 1 part « Rejetée » 66
4.7.1.3 La facturation contient 1 part en état « Différé » 68
4.7.2 Exemples de RSP de régularisation 69
4.7.2.1 Paiement ultérieur de la part AMC 69
4.7.2.2 Régularisation négative partielle sur la part AMO et/ou AMC 70
4.7.2.3 Annulation totale de la facture 72
4.7.3 Exemples RSP d'opération ponctuelle 76
4.7.3.1 RSP de paiement ponctuel 76
4.7.3.2 RSP de retenue ponctuelle 78

TABLE DES ILLUSTRATIONS

FIGURE 1 : ENCHAINEMENT DE « RR02 : TRAITER LE FICHIER RSP »....10
FIGURE 2 : ENCHAINEMENT DE « RR02.01 : SUIVRE LES FACTURATIONS ET LES OPERATIONS PONCTUELLES »....11
FIGURE 3 : SYNTHESE DES DIFFERENTS TYPES DE RSP ET LEURS USAGES....48
FIGURE 4 : STRUCTURE DE LA NORME RSP 580....49
FIGURE 5 : PRINCIPES DE REGROUPEMENT DES ENTITES....49
FIGURE 6 : ILLUSTRATION DES DIFFERENTS NIVEAUX DE REJET....63
FIGURE 7 : ILLUSTRATION DU RAPPROCHEMENT DE LA FACTURE D'ORIGINE AVEC LE NIVEAU DE REJET....64

1 Introduction

1.1 Présentation du document

Ce document constitue la partie B0 de l'annexe 1 du CdC Éditeurs SESAM-Vitale.

Cette partie a pour objet de décrire spécifiquement les traitements relatifs au Rejets/Signalement/Paiement.

1.2 Abréviations

Abréviations	
CESI	**CE**ntre de **S**ervice **I**nter-régimes Tiers-payant
FSP	**F**euille de **S**oins **P**apier
GU	**G**estion **U**nique
GS	**G**estion **S**éparée
NOEMIE	**N**orme **O**uverte d'**E**change entre la **M**aladie et les **I**ntervenants **E**xtérieurs
RSP	**R**ejet / **S**ignalement / **P**aiement

1.3 Documents de référence

Les documents de référence sont à consulter dans la dernière version applicable.

Appellation	Type et titre	Référence
CDC NOEMIE PS	**Cahier des charges NOEMIE PS, disponible sur :** http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/documentation-technique/norme-noemie/norme-noemie-ps.php	Mars 2011

1.4 Définitions

Définition	
Liquidation de facture	Traitement initial de la facture par l'Assurance Maladie. La liquidation de facture peut donner lieu à un paiement, un rejet ou une mise en attente de la facture.
Régularisation de facture	Les régularisations interviennent après un paiement ou un rejet initial (suite à la liquidation de facture) et peuvent donner lieu à un paiement complémentaire ou à un indu envers le Professionnel de Santé.

Opération ponctuelle	Une opération ponctuelle est uniquement envoyée par les organismes AMO et n'est pas liée à une facture. Elles peuvent être des : paiements ponctuels et forfaitaires (par ex. aide pérenne, ROSP, RMT, ..) retenues ponctuelles (par ex. récupération pour satisfaire les besoins d'organismes extérieurs à l'Assurance Maladie).

1.5 Principe de lecture du document

Les spécifications de l'annexe 1-B0 sont présentées sous la forme d'un enchaînement d'opérations, chaque opération étant un enchaînement de sous-opérations, composées elles-mêmes éventuellement de sous-opérations, etc., constituées au final d'un enchaînement de règles.

Opérations

Présentation

La présentation de chaque opération ou sous-opération comprend :

- une description de l'opération,
- les données d'entrées et de sorties utilisées dans cette opération,
- éventuellement un schéma d'enchaînement,
- la liste des règles utilisées.

Chaque opération ou sous-opération est référencée par 2 lettres suivies d'un numéro.

Règles

Présentation

Chaque règle est référencée sous la forme RG_XXxxx

Avec XX : 2 lettres

xxx : un numéro

Pour chaque règle est présenté un cartouche indiquant les familles de Professionnel de Santé concernées.

Exemple

[RG_XXxxx] <Le titre de la règle>

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

<Description de la règle>

Cas particuliers

[CP1] <Titre du premier cas particulier>

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

<Description du premier cas particulier>

…

[CPn] <Titre du n^ième^ cas particulier>

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

<Description du n^ième^ cas particulier>

Familles de PS concernées

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

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>

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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.

2 Principes généraux

Ce chapitre décrit quelques principes généraux concernant le traitement des retours de l'Assurance Maladie via la norme NOEMIE PS.

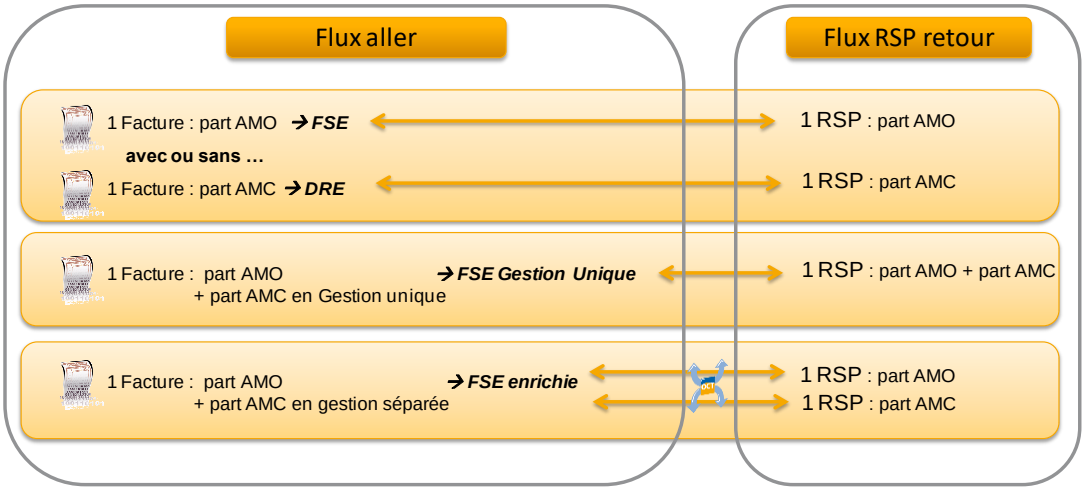
La facturation

La facturation consiste :

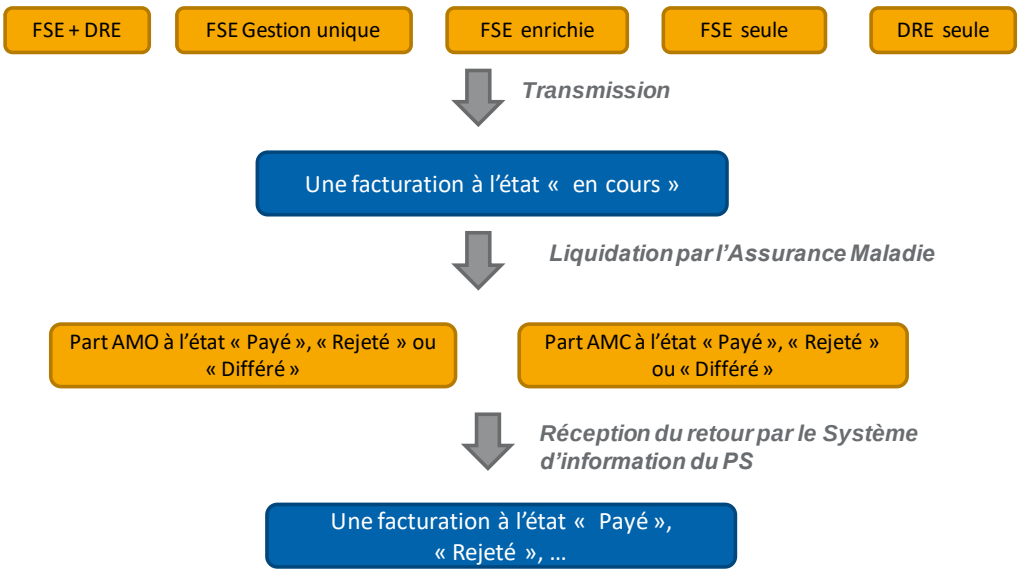
- à collecter l'ensemble des éléments constitutifs de la facture (acquisition des données relatives au Professionnel de Santé, au bénéficiaire des soins, des données liées à la prestation…),
- à procéder au calcul des montants des parts obligatoire et/ou complémentaire.

Lorsque la phase de tarification est terminée, les FSE et/ou DRE sont élaborées sur cette base commune.

Après traitement par l'Assurance Maladie, chaque facturation fait l'objet d'un ou plusieurs retours RSP donnant l'état de chacune des parts obligatoire (part AMO) et/ou complémentaire (part AMC), comme synthétisé dans le schéma ci-dessous :



L'état de la facturation suite à réception du ou des RSP est la combinaison de l'état de chacune des parts (AMO et/ou AMC) :



Les Retours RSP

Normes utilisées

La référence NOEMIE-PS 580 a été choisie comme référence unique de retour par tous les Organismes d'Assurance Maladie.

Elle doit à terme remplacer les retours existants :

- les références 576 et 900 de la norme NOEMIE pour les AMO,
- les flux de paiement et de rejet en provenance des AMC actuellement transmis

Le système de facturation doit être capable de traiter les données constituant la référence 580 de la norme NOEMIE, ainsi que les références 576 et 900 (sauf pour les pharmaciens).

Par ailleurs, il est recommandé que la gestion des flux de paiement et de rejet en provenance des AMC actuellement transmis soit maintenue pour les systèmes d'information qui offraient cette fonctionnalité.

Principes d'alimentation du retour NOEMIE 580

Les organismes d'Assurance Maladie procèdent à un seul virement par jour et par Professionnel de Santé (pour un même organisme payeur).

Un virement peut englober des paiements de natures différentes : remboursements de prestation, opérations ponctuelles.

Les RSP sont regroupés :

Par mandataire

Par destinataire de règlement (Professionnel de Santé)

Par virement (1 virement par jour et par Professionnel de Santé pour un même organisme payeur)

Par type de RSP

Le type de RSP dépend de l'opération effectuée par l'organisme d'Assurance Maladie (RSP suite à la liquidation de factures ou à leurs régularisations, RSP suite à des opérations ponctuelles : paiements ou retenues ponctuelles).

➔ Cf. §4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* » pour plus de précision sur la structure du retour NOEMIE 580.

3 Spécifications des traitements

3.1 RR02 : Traiter le fichier de RSP

Vue générale

Description L'objet de cette opération est de traiter le fichier de RSP afin :

- de suivre les facturations en Tiers-Payant et les opérations ponctuelles,
- d'alimenter le tableau des virements,
- de mettre à disposition d'une application comptable les informations de paiements et retenues.

! Les règles décrites dans cette opération concernent les RSP 580. Il est préconisé que le suivi des RSP 576 et 900, mis en place par le système de facturation, soit maintenu.

Entrées Le fichier RSP

Sorties Tableau de suivi des facturations en Tiers-Payant

Détail des mouvements de régularisation d'une facturation

Tableau de suivi des opérations ponctuelles

Tableau des RSP non rapprochés

Tableau des virements

Informations à destination d'une application comptable

Schéma

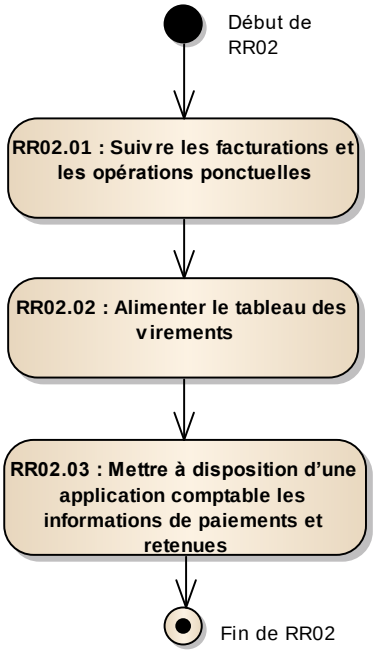


Figure 1 : Enchaînement de « RR02 : Traiter le fichier RSP »

3.1.1 RR02.01 : Suivre les facturations et les opérations ponctuelles

Vue générale

Description L'objet de cette opération est de :

- suivre les facturations,
- suivre les opérations ponctuelles,
- traiter les facturations rejetées.

Entrées Le fichier RSP

Sorties Tableau de suivi des facturations en Tiers-Payant

Détail des mouvements de régularisation d'une facturation

Tableau de suivi des opérations ponctuelles

Tableau des RSP non rapprochés

Schéma

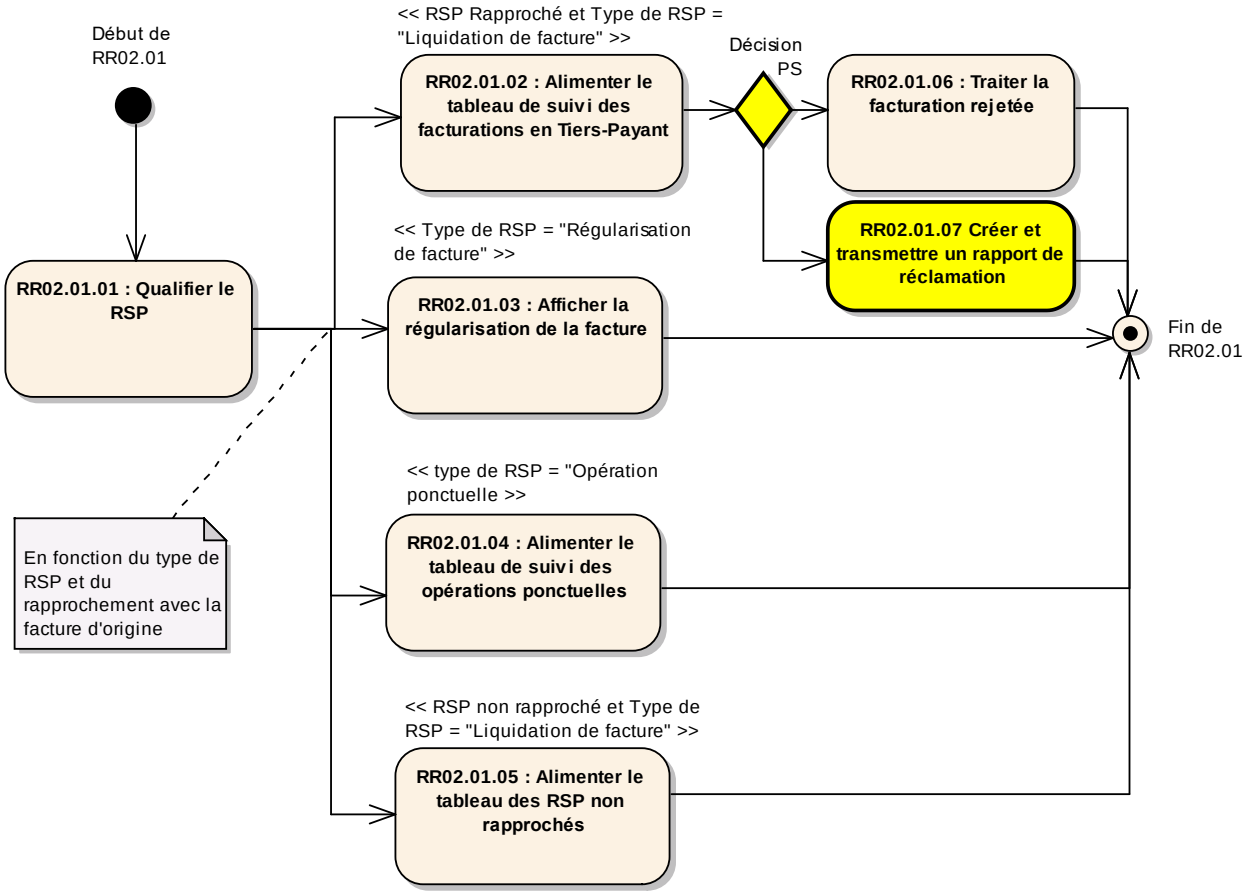


Figure 2 : Enchaînement de « RR02.01 : Suivre les facturations et les opérations ponctuelles »

3.1.1.1 RR02.01.01 : Qualifier le RSP

Vue générale

Evènement déclencheur Récupération du fichier de RSP par le système de facturation.

Description L'objet de cette opération est de :

- déterminer la référence et
- le type du RSP,
- puis, selon le type de RSP, de procéder au rapprochement du RSP pour déterminer son état (rapproché ou non rapproché)
  - ➔ afin d'identifier ensuite les différents traitements.

Entrées Le fichier RSP

Sorties ***Pour chaque RSP du fichier :***

La référence du RSP

Le type de RSP

L'état du RSP

Règles de gestion

[RG_RR010] Déclencher automatiquement le traitement du fichier de RSP

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le traitement du fichier de RSP doit être transparent pour le Professionnel de Santé et doit être effectué automatiquement dès récupération des RSP.

Il pourra, par exemple, être lancé en tâche de fond chaque jour.

[RG_RR011] Déterminer la référence RSP du message reçu

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le système de facturation récupère la référence à partir du champ ***NOE_NRM (ou norme utilisee-reference de l'echange)*** (position 62) de l'entité 000 du fichier RSP.

[RG_RR012] Déterminer le type de RSP

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Pour les RSP de référence égale à « 580 », le système de facturation détermine le type de RSP, à partir notamment du champ ***Code du type de retour*** (position 6) de l'entité 081 du fichier RSP ainsi que certaines règles de gestion complémentaires, précisées dans le § 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* ».

Les différents types de RSP sont les suivants :

Type de RSP	Commentaire
Liquidation de facture	Pour transmettre l'état de la liquidation des factures
Régularisation de facture	Pour transmettre les régularisations sur les factures
Opération ponctuelle	Pour transmettre les paiements ponctuels (ex. rémunération médecin traitant, aide pérenne, …) et les retenues ponctuelles (ex. récupération pour satisfaire les besoins d'organismes extérieurs à l'Assurance Maladie)

[RG_RR013] Rapprocher les RSP de type « liquidation de facture » des factures

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

A la récupération d'un RSP de référence = « 580 » et de type = « Liquidation de facture », le système de facturation procède au rapprochement des factures (FSE ou DRE).

Lorsque le rapprochement est un succès, le RSP passe à l'état « rapproché ».

Les critères de base suivants permettent de rapprocher automatiquement le RSP avec les factures (FSE ou DRE) :

Critère de base	Réf. du groupe dans l'annexe 1-A0	Réf. NOEMIE 580
N° de Facture	Groupe 1110	Entité 102, champ « N° de facture » (pos. 6)
Date élaboration de la Facture	Groupe 1110	Entité 102, champ « Date de facturation» (pos. 31)
N° d'identification de facturation du PS + Clé du n° d'identification de facturation du PS	Groupe 1120	Entité 040, champ « Numéro de destinataire de règlement final » (pos. 6)
Type de facture *		Entité 102, champ « type de facture » (pos. 30)

* Le type de facture vaut :

- « F » lorsque la facture émise est une FSE (FSE seule, FSE avec présence d'une DRE, ou FSE en gestion unique).
- « D » lorsque la facture émise est une DRE (DRE seule, DRE d'annulation, ou DRE avec présence d'une FSE)

Cas particulier

[CP1] : Rapprocher les RSP 580 d'une FSE enrichie

Une FSE enrichie (type de facture « F ») peut faire l'objet de 2 RSP 580 (un RSP avec un type de facture à « F » pour la part obligatoire et un RSP avec un type de facture à « D » pour la part complémentaire). Dans ce cas, la FSE enrichie est rapprochée des 2 RSP.

Cas d'erreur

[CE1] : Echec du rapprochement

Lorsque le rapprochement a échoué, le RSP passe à l'état « non rapproché ».

Celui-ci est présenté dans un tableau de suivi des RSP non rapprochés (*cf. RR02.01.05 : Alimenter le tableau des RSP non rapprochés).*

[RG_RR014] Rapprocher les RSP de type « Régularisation de facture » des factures émises

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

A la récupération d'un RSP de référence = « 580 » et de type = « Régularisation de facture », le système de facturation procède au rapprochement de la facture.

Les régularisations interviennent après un paiement ou un rejet initial et peuvent donner lieu à un paiement complémentaire ou à un indu envers le Professionnel de Santé.

Les règles de rapprochement des régularisations de facture avec la facture sont décrites dans le § 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* ».

Cas d'erreur

[CE1] : Le rapprochement du RSP de régularisation n'a pas pu être effectué

Lorsque la régularisation n'a pas pu être rapprochée de la facture émise (par ex. lorsqu'elle arrive tardivement et que la facture émise n'est plus présente dans le système de facturation), les informations de la régularisation doivent être affichées au Professionnel de Santé (cf. *RR02.01.03 : Afficher la régularisation de la facturation*).

Cet affichage permettra notamment au Professionnel de Santé d'effectuer le rapprochement avec sa comptabilité.

3.1.1.2 RR02.01.02 : Alimenter le tableau de suivi des facturations en Tiers-Payant

Vue générale

Evènement déclencheur Présence d'un RSP « rapproché » de référence « 580 » et de Type « Liquidation de Facture »

Description Cette opération consiste à identifier les informations à afficher dans le tableau de suivi des facturations en Tiers-Payant, en fonction de leur état.

Ce tableau pourra être initialisé et affichable avant réception du RSP, avec les facturations « en cours ».

Entrées RSP 580 de type « liquidation de facture » à l'état « rapproché »

Sorties Etat de la part AMO dans le RSP

Etat de la part AMC dans le RSP

Etat de la Facturation

Tableau de suivi des facturations en Tiers-Payant

Recommandations d'affichage

Les propositions suivantes d'affichage du tableau de suivi des facturations sont des exemples permettant de faciliter le suivi par le Professionnel de Santé :

- Le tableau de suivi des facturations doit être facilement accessible :
  - Le logiciel pourra inciter le PS à consulter l'état de ses facturations. Par exemple, il pourra chaque jour afficher une fenêtre récapitulant les rejets. Cette fenêtre pourra contenir un lien pour un accès rapide au tableau de suivi.
- Le tableau de suivi doit être lisible et synthétique :
  - Seules les informations essentielles sont affichées dans le tableau de suivi : date élaboration de la Facture, Numéro de facture, nom et prénom du bénéficiaire des soins, état de la facture, montant global demandé, montant restant dû, les organismes AMO et AMC.
  - Le détail d'une facturation n'est affiché qu'une fois la facturation sélectionnée (détail du paiement, détail du rejet, type de facture, NIR du Bénéficiaire des Soins…)
  - Un code couleur pourra être utilisé pour différencier facilement les différents états des facturations. Par exemple : facturations rejetées en rouge, facturations « payées » en vert, facturations « en cours» en bleu.
- Possibilité de faire une recherche ou d'appliquer des filtres sur les différents champs, notamment:
  - Etat de la facturation
  - Nom et prénom du bénéficiaire de soins et/ou de l'assuré
  - NIR du bénéficiaire de soins et/ou de l'assuré
  - Date élaboration de la Facture
  - Montant de la part payée
  - Libellé du virement bancaire
  - Date de journée comptable
  - Organisme payeur
  - Code du rejet, libellé du rejet
  - Organisme payeur
  - Numéro de facture
  - N° d'identification de facturation du PS
- Le tableau de suivi doit mettre en évidence les facturations rejetées à traiter.
- Le numéro de Professionnel de Santé destinataire du RSP doit être mis en évidence dans le tableau de suivi pour les cas suivants :
  - cas de plusieurs Professionnel de Santé utilisant le même logiciel
  - cas de centralisation du suivi des factures de différents Professionnels de Santé (ex : cabinet de groupe avec secrétariat)

Règles de gestion

PR	AM	LB	PH	FR	

[RG_RR015] Déterminer l'état de la part AMO et de la part AMC dans le RSP

M	CD	SF					

L'information de l'état de la part AMO et/ou AMC est renseignée soit dans un même retour NOEMIE soit dans deux retours NOEMIE (cas FSE + DRE ou FSE enrichie).

Les différents états sont les suivants :

Etat de la part AMO ou AMC dans le RSP	Détermination de l'état (réf. NOEMIE 580)
Payé	Part AMO : Entité 198, champ « Etat de paiement AMO » (pos. 14) = « P » Part AMC : Entité 199, champ « Etat de paiement AMC » (pos. 14) = « P »
Rejeté	Part AMO : Entité 198, champ « Etat de paiement AMO » (pos. 14) = « R » Part AMC : Entité 199, champ « Etat de paiement AMC » (pos. 14) = « R »
Différé ➢ *Cet état signifie que le traitement de liquidation est en cours et non terminé : un 2ème RSP est attendu*	Part AMO : Entité 198, champ « Etat de paiement AMO » (pos. 14) = « D » Part AMC : Entité 199, champ « Etat de paiement AMC » (pos. 14) = « D » L'état « différé » concerne la part AMO, ainsi que la part AMC en gestion unique. La part AMC en gestion séparée n'est pas concernée
En attente d'un RSP	Le RSP n'est pas encore reçu ou rapproché

[RG_RR016] Déterminer l'état de la facturation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

L'état de la facturation est déterminé par la combinaison de l'état de la part AMO et de celui de la part AMC.

Le croisement des états sur chaque part AMO et AMC donne lieu aux états possibles pour une même facturation, synthétisés dans le tableau ci-après :

	Part AMC Payée	Part AMC Rejetée	Part AMC Différée	Part AMC En attente d'un RSP	Pas de part AMC
Part AMO Payée	Payé	Rejeté	En cours	En cours	Payé
Part AMO Rejetée	Rejeté	Rejeté	En cours	En cours	Rejeté
Part AMO Différée	En cours	En cours	En cours	En cours	En cours
Part AMO En attente d'un RSP	En cours	En cours	En cours	En cours	En cours
Pas de part AMO	Payé	Rejeté	En cours	En cours	

Signification des états de la facturation :

- L'état « **Payé** » signifie que la facturation est payée et que le montant payé est conforme à celui attendu.
- L'état « **En cours** » signifie que :
  - Soit tous les RSP ne sont pas encore arrivés (par ex. présence du RSP pour la part AMO mais absence du RSP pour la part AMC)
  - Soit le RSP est en état « différé », un deuxième RSP devrait arriver afin de signifier l'état définitif de la part différée.
- L'état « **Rejeté** » signifie qu'au moins une des 2 parts a été rejetée, et que tous les RSP attendus sont arrivés.

  ➔ Les facturations à l'état « Rejeté » sont à traiter par le professionnel de Santé (cf. *RR02.01.06 : Traiter la facturation rejetée*)

Cas particuliers

[CP1] : la part complémentaire a été annulée

Dès lors qu'un Professionnel de Santé annule une part complémentaire en gestion séparée (émission d'une DRE d'annulation), l'information « **Part AMC annulée** » doit figurer dans le tableau de suivi des facturations.

➔ Les informations transmises dans le RSP en cas d'annulation de la DRE sont décrites dans le § 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* ».

[CP2] : gestion unique

Si la facture est en mode « gestion unique », dès lors que la part AMO est rejetée, l'état de la facturation passe à l'état « rejeté » sans attendre le retour de la part AMC.

Cas d'erreur

[CE1] : le montant payé est inférieur à celui demandé

Lorsque le montant payé est inférieur à celui demandé (*cf. tableau ci-après*), sur au moins une des parts (AMO et/ou AMC), l'état de la facturation passe à l'état « **En anomalie** ».

	Montant payé	Montant demandé
Part AMO	Entité 198 du RSP (pos 15) champ « Montant AMO payé »	Montant Total remboursable par l'AMO du groupe 1910 (cf. annexe 1-A0)
Part AMC	Entité 199 du RSP (pos 15) champ « Montant AMC payé »	Total remboursable de la part complémentaire du groupe 1910 (cf. annexe 1-A0)

Recommandation

A ces états « Payé », « Rejeté », « En cours » ou « En anomalie », peuvent éventuellement s'ajouter :

- L'état « **Encaissé** » : le montant de la facturation est réellement versé sur le compte bancaire
  - *L'information peut être déduite de la validation effective du virement par le Professionnel de Santé ou par le logiciel (information résultant de l'opération de rapprochement bancaire*)
- Les états de rejet d'une facture suite à la réception d'un message de service ou d'un ARL négatif (*cf. annexe 1-B*)

[RG_RR017] Afficher les informations générales de la facturation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Les informations suivantes doivent être affichées quel que soit l'état de la facturation.

Pour les facturations en état « **En cours** », les informations sont affichées à partir des informations de la facturation émise ou du système d'information du Professionnel de Santé (si celles-ci sont connues).

➔ Lorsque le RSP est rapproché, les informations doivent être complétées avec les informations du RSP, lorsque celles-ci sont présentes :

Informations à afficher	Réf. du groupe dans l'annexe 1-A0	Réf. NOEMIE 580
Numéro de facturation	Groupe 1110 (N° de Facture)	Entité 102, champ « N° de facture » (pos. 6)
Date de la facturation	Groupe 1110 (Date élaboration de la Facture)	Entité 102, champ « Date de facturation» (pos. 31)
Nom d'usage et prénom du bénéficiaire (si connus)		Entité 103 (si présente): • champ « Nom » (pos. 108) • champ « Prénom » (pos. 133)
NIR du bénéficiaire + clé (si connu)		Entité 103 (si présente) : • champ « N°d'immatriculation individuel » (pos 86) • Champ « clé du N°d'immatriculation individuel » (pos. 99)
Nom patronymique et/ou nom d'usage et prénom de l'assuré (si connus)		Entité 103 (si présente) : • champ « Nom patronymique » (pos 21) • champ « Nom d'usage » (pos 46) • champ « Prénom » (pos 71)
NIR de l'assuré + clé	Groupe 1130	Entité 103 (si présente) : • champ « N°d'immatriculation » (pos. 6) • Champ « clé du N°d'immatriculation » (pos. 19)
Type de facture	*Cf. « 3.1.1.1 RR02.01.01 : Qualifier le RSP »*	Entité 102, champ « type de facture » (pos. 30)
N° Professionnel de Santé	Groupe 1120 (N° d'identification de facturation du PS + Clé du n° d'identification de facturation du PS)	Entité 040, champ « Numéro de destinataire de règlement final » (pos. 6)
Identification de l'organisme AMO		
Organisme AMO	Groupe 1310	Entité 000, champ « Numéro d'émetteur » (pos.6). ➔ cf. § 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* » pour les cas particuliers
Identification de l'organisme AMC		
N° organisme complémentaire	Groupe 1321	Entité 071, champ « Organisme payeur » (pos. 76)

[RG_RR018] Afficher les montants de la facturation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Les informations de montants suivantes doivent être affichées :

Informations à afficher	Règle de détermination
Etat de la facturation	Cf. *[RG_RR016] Déterminer l'état de la facturation*
Montant global demandé à l'Assurance Maladie	Montant Total remboursable par l'AMO (*cf. groupe 1910 de l'annexe 1-A0*) + Total remboursable de la part complémentaire (*cf. groupe 1910 de l'annexe 1-A0)*
Et/ou Montant restant dû	Equivaut à Montant global demandé - Montant global payé
Montant global payé	Equivaut à Montant AMO payé + Montant AMC payé ➔ (*cf. [RG_RR019]* : *Afficher les informations spécifiques pour une facturation à l'état « Payé » ou « En anomalie »*)
Montant de la part assuré	Equivaut à « Total montants facturés - total remboursable par AMO - Total remboursable de la part complémentaire » (*cf. groupe 1910 de l'Annexe 1-A0*)

[RG_RR019] Afficher les informations spécifiques pour une facturation à l'état « Payé » ou « En anomalie »

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Informations à afficher	Réf. NOEMIE 580
Pour chaque part (AMO et AMC)	
Le montant de la part payée	• Montant AMO payé : Entité 198, champ « Montant AMO payé » (pos.15) + champ « Signe du montant AMO payé » (pos. 23) • Montant AMC payé : Entité 199, champ « Montant AMC payé » (pos.15) + champ « Signe du montant AMC payé » (pos. 23)
La référence du virement bancaire	• Libellé du virement Entité 071, champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos.12) et « Libellé du virement – ligne 2 » (pos. 44) • La date de journée comptable Entité 071, champ « Date de la journée comptable ou date d'émission du virement » (pos. 6) • Organisme payeur Entité 071, champ « Organisme payeur » (pos. 76) ou champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos. 12) -> cf. 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* » pour plus d'information sur l'alimentation de ces champs
Montant du virement signé	Entité 990 de niveau 3, champ « Cumul des montants de niveau inferieur » (pos.31) + champ « signe de l'acte » (pos. 42)
Destinataire de règlement	Entité 040, champ « Numéro de destinataire de règlement final » (pos. 6)
Commentaire	Entité 295 (si présente), champ « commentaire » (pos. 7)

[RG_RR020] Afficher les informations spécifiques pour une facturation à l'état « Rejeté »

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Une facturation à l'état rejeté comporte au moins une entité 294 (ligne rejet), en cas de rejets multiples, plusieurs entités 294 peuvent être présentes.

Informations à afficher	Réf. NOEMIE 580
La part concernée (part AMO ou part AMC)	Entité 294, champ « Part concernée » (pos. 97)
Le code du rejet	Entité 294, champ « Codification du rejet » (pos. 6)
Le libellé du rejet	Entité 294, champ « Libellé du rejet » (pos. 16)
Le niveau de rejet	Entité 294, champ « niveau de rejet » (pos. 96)
Détail de la prestation rejetée -> pour les Rejets de niveau « type ligne de prestation (L) » ou « code affiné (A) »)	Entité 294 • Nature de la prestation concernée (pos. 98) * • Date des soins (pos. 103) • Numéro d'exécutant (pos. 109) Pour les Rejets de niveau « code affiné (A) »: • Code affiné NABM ou code LLP ou code CIP ou code acte CCAM déduits à l'aide du Numéro de ligne (pos. 118) et du Rang du rejet (pos. 121) **
Commentaire	Entité 295 (si présente), champ « commentaire » (pos. 7)

* La Nature de la prestation concernée correspond au *Code prestation* suivi éventuellement du *Code complément prestation* (*cf. groupes 16x de l'annexe 1-A0*), le *Code complément prestation* étant toujours en 5ème position

** Les règles permettant de déduire le code affiné sont précisées dans le § 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* »

[RG_RR021] Afficher les informations spécifiques lorsqu'une des parts (AMO/AMC) est à l'état « Différé »

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Une facturation à l'état différé comporte une entité 294 (ligne rejet).

Informations à afficher	Réf. NOEMIE 580
La part concernée (part AMO ou part AMC)	Entité 294, champ « Part concernée » (pos. 97)
Le code du « rejet »	Entité 294, champ « Codification du rejet » (pos. 6)
Le libellé du « rejet » *Exemple : « facture en attente de traitement caisse »*	Entité 294, champ « Libellé du rejet » (pos. 16)
Commentaire	Entité 295 (si présente), champ « commentaire » (pos. 7)

[RG_RR022] Identifier les facturations ayant fait l'objet d'une régularisation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Les facturations qui font l'objet d'une régularisation doivent être identifiées dans le tableau de suivi des facturations.

Le système d'information doit permettre d'afficher les détails de cette régularisation (*cf. RR02.01.03 : Afficher la régularisation de la* facturation)

[RG_RR023] Déterminer les actions possibles sur le tableau de suivi des facturations en Tiers-Payant

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le tableau de suivi des facturations doit permettre, à minima, au Professionnel de Santé :

- de traiter une facturation rejetée (*cf. RR02.01.06 : Traiter la facturation rejetée)*
- de forcer manuellement l'état d'une facture à « **Payé** »
  - *cas d'un RSP non reçu alors que le Professionnel de Santé sait que la facture a été payée suite à un contact avec l'émetteur du retour ou tout autre moyen à sa disposition.*
- de créer puis de transmettre un rapport de réclamation à la demande du PS (cf. RR02.01.07 : Créer et transmettre un rapport de réclamation) pour une facturation à l'état « rejeté », « en anomalie » ou « en cours » depuis au moins 7 jours ouvrés (délai paramétrable dans le logiciel).

Préconisation :

Le tableau de suivi des facturations peut également permettre au Professionnel de Santé

- de forcer manuellement l'état d'une facture à « **Encaissée** »
  - *cas d'un Professionnel de Santé qui fait le rapprochement bancaire à la main ou à l'aide d'un autre logiciel*

3.1.1.3 RR02.01.03 : Afficher la régularisation de la facturation

Vue générale

Evènement déclencheur Récupération d'un RSP de référence « 580 » et de Type « Régularisation de facture »

Description Cette opération consiste à afficher les informations de régularisation d'une facturation.

Entrées RSP 580 de type « Régularisation de factures »

Sorties Détail des mouvements de régularisation d'une facturation

Règles de gestion

[RG_RR024] Afficher les informations de la régularisation d'une facturation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Lorsqu'une facturation est régularisée, le détail de cette régularisation doit être affiché au Professionnel de Santé. Un lien doit être fait avec la facturation d'origine présente dans le tableau de suivi des facturations en Tiers-payant.

Le détail des informations contenues dans le RSP en cas de régularisation de facturation est précisé dans le §4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* ».

Préconisation

Une vue de toutes les régularisations de facturation peut également être proposée au Professionnel de Santé.

Pour chaque facturation régularisée, le système de facturation doit afficher :

Informations à afficher	Réf. NOEMIE 580
Identification de la facturation	
Numéro de facture	Entité 102, champ « N° de facture » (pos. 6)
Date élaboration de la Facture	Entité 102, champ « Date de facturation» (pos. 31)
Nom d'usage et prénom du bénéficiaire	Entité 103 : • champ « Nom » (pos. 108) • champ « Prénom » (pos. 133)
Identification de l'organisme AMO	
Organisme AMO émetteur du retour	Entité 000, champ « Numéro d'émetteur » (pos.6)
Liste des régularisations (historique de la facturation)	
Détail de chaque régularisation	
Date de la régularisation	Entité 071, champ « Date de la journée comptable ou date d'émission du virement » (pos. 6)
Montant de la régularisation	cf. § 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* » pour plus d'information sur la détermination de ce montant
La référence de la dette associée dans le cas d'une retenue	Entité 250, champ « Référence de la dette » (pos.8)
La nature des opérations de récupération dans le cas d'une retenue	Entité 250, champ « Nature des opérations de récupération » (pos.27)
La référence du virement bancaire	• <u>Libellé du virement</u> Entité 071, champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos.12) et « Libellé du virement – ligne 2 » (pos. 44) • <u>La date de journée comptable</u> Entité 071, champ « Date de la journée comptable ou date d'émission du virement » (pos. 6) • <u>Organisme payeur</u> Entité 071, champ « Organisme payeur » (pos. 76) ou champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos. 12) -> cf. § 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* » pour plus d'information sur l'alimentation de ces champs
Montant du virement signé	Entité 990 de niveau 3, champ « Cumul des montants de niveau inferieur » (pos.31) + champ « signe de l'acte » (pos. 42)
Commentaire	Entité 295 (si présente), champ « commentaire » (pos. 7)

3.1.1.4 RR02.01.04 : Alimenter le tableau de suivi des opérations ponctuelles

Vue générale

Evènement déclencheur Récupération d'un RSP de référence « 580 » et de Type « opération ponctuelle »

Description L'objet de cette opération est de préciser les informations à présenter au Professionnel de Santé lors de la réception d'un RSP contenant des paiements ponctuels ou forfaitaires ainsi que les retenues ponctuelles contenus dans la norme NOEMIE 580.

Les paiements ponctuels sont la résultante d'un processus interne, et non pas du traitement d'une facture.

Entrées RSP 580 de type « Opération ponctuelle »

Sorties Tableau de suivi des opérations ponctuelles

Règles de gestion

[RG_RR025] Afficher les informations de suivi des paiements ponctuels et forfaitaires

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Des précisions sur le renseignement des entités constituant les opérations ponctuelles sont présentées le § 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* ».

Le système d'information doit proposer une liste des paiements ponctuels non liées à une facture avec pour chaque paiement :

Informations à afficher	Réf. NOEMIE 580
Organisme émetteur	Entité 000, champ «Numéro d'émetteur » (pos. 6)
Le code du paiement	Entité 261, champ «code paiement ponctuel ou forfaitaire » (pos. 6)
Le libellé associé	Entité 262, champ « Libellé associé » (pos. 11)
Le montant du paiement	Entité 261, champ « Montant paiement ponctuel ou forfaitaire » (pos.11)
La période et les dates de début et de fin (si renseignées)	Entité 262, champ « Période » (pos. 113) et champs « Date début période » (pos. 114) et « Date fin période » (pos. 120)
Le nombre de factures	Entité 262, champ « Nombre de factures » (pos.126)
La référence du virement bancaire	• Libellé du virement Entité 071, champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos.12) et « Libellé du virement – ligne 2 » (pos. 44) • La date de journée comptable Entité 071, champ « Date de la journée comptable ou date d'émission du virement » (pos. 6) • Organisme payeur Entité 071, champ « Organisme payeur » (pos. 76) ou champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos. 12) -> cf. § 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* » pour plus d'information sur l'alimentation de ces champs
Montant du virement signé	Entité 990 de niveau 3, champ « Cumul des montants de niveau inférieur » (pos.31) + champ « signe de l'acte » (pos. 42)
Le NIR de la personne ouvrant droit au paiement (si renseigné)	Entité 262, champ « N° d'immatriculation » (pos. 91) et « Clé du n° d'immatriculation » (pos. 104)
Commentaire	Entité 295 (si présente), champ « commentaire » (pos. 7)

[RG_RR026] Afficher les informations de suivi des retenues ponctuelles

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Des précisions sur le renseignement des entités constituant les retenues ponctuelles sont présentées le § 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* ».

Le système d'information doit proposer une liste des retenues non liées à une facture avec pour chaque retenue :

Informations à afficher	Réf. NOEMIE 580
Référence de la dette	Entité 250, champ « Référence de la dette » (pos.8)
Nature des opérations de récupération	Entité 250, champ « Nature des opérations de récupération » (pos.27)
Montant de la retenue	Entité 250, champ « Montant du mouvement financier » (pos.30)
La référence du mouvement financier	• Libellé du virement Entité 071, champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos.12) et « Libellé du virement – ligne 2 » (pos. 44) • La date de journée comptable Entité 071, champ « Date de la journée comptable ou date d'émission du virement » (pos. 6) • Organisme payeur Entité 071, champ « Organisme payeur » (pos. 76) ou champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos. 12) -> cf. § 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* » pour plus d'information sur l'alimentation de ces champs
Montant du virement signé	Entité 990 de niveau 3, champ « Cumul des montants de niveau inférieur » (pos.31) + champ « signe de l'acte » (pos. 42)
Identification de l'organisme AMO (Organisme émetteur du RSP)	Entité 000, champ « Numéro d'émetteur » (pos. 6)
Commentaire	Entité 295 (si présente), champ « commentaire » (pos. 7)

3.1.1.5 RR02.01.05 : Alimenter le tableau des RSP non rapprochés

Vue générale

Evènement déclencheur Récupération d'un RSP de référence « 580 » de type « Liquidation de facture » et à l'état « non rapproché »

Description Cette opération consiste à identifier les informations à afficher dans le tableau des RSP non rapprochés avec une facture afin de faciliter le rapprochement manuel par le Professionnel de Santé.

Entrées RSP 580 de type « liquidation de facture » à l'état « non rapproché »

Sorties Tableau des RSP non rapprochés

Règles de gestion

[RG_RR027] Déterminer l'état de la part AMO et de la part AMC dans le RSP non rapproché

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Un RSP non rapproché contient le retour :

- soit sur la part AMO uniquement,
- soit sur la part AMC uniquement,
- soit sur les 2 parts (AMO et AMC), lorsqu'il s'agit d'un retour sur une FSE en gestion unique.

Les états possibles de la part AMO et/ou AMC dans le RSP non rapproché sont :

- Payé
- Rejeté
- Différé

➔ La détermination de ces états dans le RSP non rapproché est identique à celle du RSP rapproché (cf. *RG_RR015*).

[RG_RR028] Déterminer l'état de la facturation du RSP non rapproché

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

La détermination de l'état de la facturation du RSP non rapproché n'est possible que lorsque le RSP contient l'état des 2 parts (cas d'un retour sur une FSE en gestion unique).

➔ La détermination de cet état est identique à celle du RSP rapproché (cf. *RG_RR016*)

Les états possibles de la facturation du RSP non rapproché sont les suivants :

	Part AMC Payée	**Part AMC Rejetée**	**Part AMC Différée**
Part AMO Payée	Payé	Rejeté	En cours
Part AMO Rejetée	Rejeté	Rejeté	En cours
Part AMO Différée	En cours	En cours	En cours

[RG_RR029] Afficher les informations du RSP non rapproché

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le système de facturation affiche les mêmes informations que celles du tableau de suivi des facturations (cf. *RR02.01.02 : Alimenter le tableau de suivi des facturations en* Tiers-Payant), en fonction de l'état de la facturation ou de l'état de la part AMO ou AMC dans le RSP et en utilisant les données présentes dans la référence NOEMIE 580 du retour.

[RG_RR030] Déterminer les actions possibles sur le tableau des RSP non rapprochés

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le système de facturation doit proposer au Professionnel de Santé de rapprocher manuellement les RSP non rapprochés avec les facturations.

La facturation, une fois rapprochée, apparait dans le tableau de suivi des facturations en Tiers-Payant.

Par exemple, pour un RSP donné :

- Le système de facturation affiche les différentes facturations possibles,
- puis le Professionnel de Santé sélectionne la facturation correspondant au retour.

3.1.1.6 RR02.01.06 : Traiter la facturation rejetée

Vue générale

Evènement déclencheur La facturation est rejetée

Description Cette opération consiste à décrire les actions à effectuer par le système de facturation ou le Professionnel de Santé lorsque la facturation est rejetée, c'est-à-dire lorsqu'au moins une des parts (AMO et/ou AMC) est rejetée.

Entrées Facturation à l'état rejeté

Sorties Aucune

Règles de gestion

[RG_RR031] Traiter le rejet de la FSE ou de la DRE par le Professionnel de Santé

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

En cas de rejet d'une FSE, il est alors nécessaire :

- soit de revenir au circuit papier traditionnel ; le Professionnel de Santé remet un duplicata (sur support papier) à l'assuré ou à l'organisme servant à ce dernier les prestations de base de l'Assurance Maladie. Ce duplicata comprend les données constitutives de la facture électronique, ainsi que les nom et prénom du bénéficiaire des soins.
- soit de réaliser une nouvelle facture électronique si l'assuré peut se représenter chez le Professionnel de Santé. Dans ce cas, un nouveau numéro doit être attribué à cette facture.

Pour la DRE, le traitement des rejets relève des accords conventionnels.

[RG_RR032] Constituer les DRE d'annulation en cas de rejet AMO

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Après une analyse des flux de rejet / signalement / paiement AMO reçus, et identification des FSE rejetées, le système de facturation :

- vérifie que la FSE rejetée a fait l'objet d'une part complémentaire en gestion séparée envoyée soit dans une DRE initiale, soit dans une FSE enrichie,
- vérifie qu'un RSP de paiement pour la part complémentaire a été reçu,
- contrôle l'acceptation d'une DRE d'annulation par l'organisme complémentaire à partir des informations administratives et de routage utilisées pour l'envoi initial de la part complémentaire en gestion séparée.

Si les trois points précédents sont vérifiés, alors le système de facturation constitue automatiquement les DRE d'annulation à partir de la DRE initiale ou de la FSE enrichie initiale et demande la confirmation au Professionnel de Santé de l'envoi de ces DRE d'annulation, par rapport au motif du rejet AMO.

3.1.1.7 RR02.01.07 : Créer et transmettre un rapport de réclamation

Vue générale

Evènement déclencheur Facturation à l'état « rejeté » ou « en anomalie », ou « en cours » depuis au moins 7 jours ouvrés (paramétrable dans le logiciel).

Description Cette opération consiste à décrire les actions à effectuer par le système de facturation lorsque le Professionnel de Santé demande la création d'un rapport de réclamation pour une facture TP donnée.

Entrées Facturation à l'état « rejeté » ou « en anomalie », ou « en cours » depuis au moins 7 jours ouvrés.

Sorties Un rapport de réclamation transmis au CESI.

Règles de gestion

[RG_RR036] Demander la création des rapports de réclamation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le système de facturation permet au PS d'indiquer qu'il souhaite créer un rapport de réclamation pour la part obligatoire et/ou la part complémentaire de la facturation. Les choix possibles dépendent :

- de la facturation concernée,

Facturation concernée	Rapports de réclamation possibles
Une FSE seule	Un rapport de réclamation pour la part obligatoire
Une FSE en gestion unique	Un rapport de réclamation pour la part obligatoire et pour la part complémentaire
Une DRE seule	Un rapport de réclamation pour la part complémentaire
Une DRE d'annulation	Un rapport de réclamation pour la part complémentaire
Une FSE et une DRE	Un rapport de réclamation pour la part obligatoire et/ou un rapport de réclamation pour la part complémentaire

Une FSE enrichie	Un rapport de réclamation pour la part obligatoire et/ou un rapport de réclamation pour la part complémentaire

- des dates d'ouverture de la fonctionnalité de création et de transmission des rapports de réclamation,
  - une date d'ouverture des rapports de réclamation pour la part obligatoire et pour la part complémentaire en gestion unique,
  - une date d'ouverture des rapports de réclamation pour la part complémentaire en gestion séparée.

  Ces deux dates d'ouverture doivent être paramétrables par l'éditeur. Elles seront mises à jour sur instruction des AMO et AMC, par note technique SESAM-Vitale.
- et, pour les facturations à l'état « en cours », d'un délai à respecter.

  La création d'un rapport de réclamation n'est possible qu'après un délai d'au moins 7 jours ouvrés suivant le passage à l'état « en cours ». Ce délai minimal doit être paramétrable par l'éditeur pour chaque spécialité de PS.

Cas d'erreur

[CE1] : la date d'ouverture de la fonctionnalité de création des rapports de réclamation pour la part obligatoire et pour la part complémentaire en gestion unique n'est pas atteinte

Le système de facturation ne doit pas proposer la création du rapport de réclamation pour la part obligatoire et pour la part complémentaire en gestion unique lorsque la date d'ouverture n'est pas atteinte.

[CE2] : la date d'ouverture de la fonctionnalité de création des rapports de réclamation pour la part complémentaire en gestion séparée n'est pas atteinte

Le système de facturation ne doit pas proposer la création du rapport de réclamation pour la part complémentaire en gestion séparée lorsque la date d'ouverture n'est pas atteinte.

[CE3] : le délai minimal avant l'envoi d'un rapport de réclamation pour une facturation « en cours » n'est pas respecté

Le système de facturation ne doit pas proposer la création du rapport de réclamation pour une facturation à l'état « en cours » lorsque le délai (paramétrable) d'au moins 7 jours ouvrés n'est pas respecté.

Règles de gestion

Pour chaque rapport de réclamation demandé par le PS

[RG_RR037] Renseigner l'objet de sa réclamation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le PS doit indiquer l'objet de sa réclamation (texte libre).

Cette action est obligatoire pour pouvoir transmettre le rapport de réclamation.

[RG_RR038] Créer un rapport de réclamation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le système de facturation crée le rapport de réclamation demandé par le PS.

Toutes les données du rapport de réclamation doivent être alimentées si celles-ci sont disponibles dans le système de facturation du PS.

Les données suivantes ne doivent pas être alimentées :

- lors de la transmission du rapport de réclamation pour la part obligatoire,
- en présence d'une part complémentaire en gestion séparée et
- avant la date d'ouverture des rapports de réclamation pour la part complémentaire en gestion séparée.

Liste des données :

- le montant RC demandé par le PS (groupe 1910),
- le montant RC payé par l'AMC (entité 199 du RSP),
- le montant de la part assuré (groupe 1910),
- le montant global payé,
- le N° organisme complémentaire (groupe 1321),
- le N° opérateur de règlement /N°AMC (groupe 1330),
- le contexte conventionnel AMC (groupe 1330),
- le N° du Lot (de la DRE),
- et les données des RSP AMC.

Remarque : les données relatives à la part complémentaire en gestion unique devront être alimentées dans le rapport de réclamation.

Les données du rapport de réclamation sont réparties en trois blocs :

- les données propres au rapport de réclamation,
- les données reprises de la facturation,
- les données reprises de chaque RSP liés à la facturation.

Le tableau ci-dessous présente l'alimentation des données propres au rapport de réclamation.

Données	Description de la donnée
Date de création	Date de création du rapport de réclamation par le logiciel PS. Format « AAAAMMJJ0000 » (les 4 derniers caractères sont des zéros).
Identifiant du rapport de réclamation attribué par le LPS	Identifiant attribué par le logiciel du PS servant à faire le lien avec les retours du CESI (accusé de réception, rejets, …).
Type de réclamation	Correspond à l'état de la facturation concernée : « rejeté », « en anomalie », « en cours ».
Objet de la réclamation	Texte saisi par le PS dans la règle de gestion RG_RR037.
Part concernée	Valeur « RO » si le rapport de réclamation concerne une FSE ou la part obligatoire d'une FSE enrichie. Valeur « RC » si le rapport de réclamation concerne une DRE ou la part complémentaire d'une FSE enrichie. Valeur « GU » si le rapport de réclamation concerne une FSE en gestion unique.
N° Tel du PS	Numéro de téléphone du PS utilisable par le CESI pour contacter le PS.
Adresse mail du PS	Adresse mail du PS utilisable par le CESI pour contacter le PS.

Le tableau ci-dessous présente l'alimentation des données reprises de la facturation. Les données doivent être alimentées sans modification de format par rapport au contenu de la facture.

Données	Description de la donnée
Identification du professionnel de santé	
N° Professionnel de Santé	Groupe 1120 (N° d'identification de facturation du PS + Clé du n° d'identification de facturation du PS)
Identifiant national du PS	RPPS si disponible : Groupe 1120 (N° RPPS du PS + Clé du N° RPPS du PS). Sinon ADELI si disponible. NB : l'ADELI n'est pas présent dans l'annexe 1-A0. Il est disponible dans le groupe 1 dans les données « N° d'identification nationale » et « Clé du n° d'identification nationale ».
Code spécialité du PS	Groupe 1120
Identification de l'organisme AMO	
Organisme AMO	Groupe 1310
Identification de l'organisme complémentaire	
N° organisme complémentaire	Groupe 1321
N° opérateur de règlement /N°AMC	Groupe 1330

Contexte conventionnel AMC	Groupe 1330 Cette donnée contient les informations suivantes : • N° de version de la structure de contexte conventionnel (positions 1 et 2), • Code spécialité du Professionnel de Santé (positions 3 et 4), • Code conventionnel du Professionnel de Santé (position 5), • Code type de convention (positions 6 et 7), • Critère secondaire (positions 8 à 16), • Code norme retour attendu (positions 17 à 19).
Type de contrat	Groupe 1321
Identification de la facture	
Numéro de facturation	Groupe 1110 (N° de Facture)
Date de la facturation	Groupe 1110 (Date élaboration de la Facture)
Top éclatement des flux par le PS	Valeur « E » si une FSE et une DRE ont été émises par le poste du PS. Donnée non renseignée dans les autres cas.
N° du Lot (de la FSE)	Groupe 8
N° du Lot (de la DRE)	Groupe 88
Date de création du lot de FSE	Groupe 8 (Date du lot)
Date de création du lot de DRE	Groupe 88 (Date du lot)
Identification de l'assuré	
Nom patronymique	Alimenter ces données si celles-ci sont connues dans le logiciel PS.
Nom d'usage	
Prénom	
N° national d'immatriculation : NIR assuré	Groupe 1130
Clé du NIR	Groupe 1130
Identification du bénéficiaire des soins	
Nom d'usage	Groupe 104 (Nom usuel du bénéficiaire)
Prénom	Groupe 104 (Prénom du bénéficiaire)
N° national d'immatriculation individuel	Groupe 1160
Clé du N° national d'immatriculation individuel	Groupe 1160
Date de naissance du bénéficiaire	Groupe 1130
Rang de naissance	Groupe 1130

Identification du logiciel PS	
Editeur du logiciel PS	Donnée à fournir par l'éditeur du logiciel PS.
Nom du logiciel PS	Donnée à fournir par l'éditeur du logiciel PS.
Version du logiciel PS	Donnée à fournir par l'éditeur du logiciel PS.
N° d'agrément du Progiciel de Santé	Groupe 8
Montants demandés par le PS	
Montant RO demandé par le PS	Montant Total remboursable par l'AMO (*cf. groupe 1910 de l'annexe 1-A0*)
Montant RC demandé par le PS	Total remboursable de la part complémentaire (cf. groupe 1910 de l'annexe 1-A0)
Montant de la part assuré	Equivaut à « Total montants facturés - Total remboursable par AMO - Total remboursable de la part complémentaire » (*cf. groupe 1910 de l'Annexe 1-A0*)
Montant global des honoraires demandé par le PS	Total des montants facturés (*cf. groupe 1910 de l'annexe 1-A0)*

Le tableau ci-dessous présente l'alimentation des données de chaque RSP lié la facturation.
NB : il peut y avoir zéro, un ou plusieurs RSP pour une facturation.

Les données doivent être alimentées sans modification de format par rapport au contenu du RSP.

Données	Description de la donnée
Identification du professionnel de santé	
N° Professionnel de Santé	Entité 040, champ « Numéro de destinataire de règlement final » (pos. 6)
Identification de l'organisme AMO	
Organisme AMO	Entité 000, champ « Numéro d'émetteur » (pos.6). cf. §4 « Guide de lecture de la référence NOEMIE 580 » pour les cas particuliers Cette donnée ne doit être renseignée que lorsque l'organisme émetteur du RSP est un organisme AMO
Identification de l'organisme complémentaire	
N° organisme complémentaire	Entité 071, champ « Organisme payeur » (pos. 76)
Identification de la facture	
Numéro de facturation	Entité 102, champ « N° de facture » (pos. 6)
Date de la facturation	Entité 102, champ « Date de facturation» (pos. 31)
Type de facture	Entité 102, champ « type de facture » (pos. 30)
Numéro du lot de la facture	Entité 102, champ « N° de lot » (pos. 21)

Date de création du lot de la facture	Entité 102, champ « Date de création du lot » (pos. 24)
Identification du bénéficiaire des soins	
Nom d'usage	Entité 103 (si présente), champ « Nom » (pos. 108).
Prénom	Entité 103 (si présente), champ « Prénom » (pos. 133).
N° national d'immatriculation individuel	Entité 103 (si présente), champ « N°d'immatriculation individuel » (pos 86).
Clé du N° national d'immatriculation individuel	Entité 103 (si présente), champ « clé du N°d'immatriculation individuel » (pos. 99)
Date de naissance du bénéficiaire	Entité 103 (si présente), champ « Date de naissance » (pos. 101).
Rang de naissance	Entité 103 (si présente), champ « Rang de naissance » (pos. 107).
Identification de l'assuré	
Nom patronymique	Entité 103 (si présente), champ « Nom patronymique » (pos 21).
Nom d'usage	Entité 103 (si présente), champ « Nom d'usage » (pos 46).
Prénom	Entité 103 (si présente), champ « Prénom » (pos 71)
N° national d'immatriculation : NIR assuré	Entité 103 (si présente), champ « N°d'immatriculation » (pos. 6).
Clé du NIR	Entité 103 (si présente), Champ « clé du N°d'immatriculation » (pos. 19)
Montants payés	
Montant RO payé	Entité 198, champ « Montant AMO payé » (pos.15) + champ « Signe du montant AMO payé » (pos. 23)
Montant RC payé	Entité 199, champ « Montant AMC payé » (pos.15) + champ « Signe du montant AMC payé » (pos. 23)
Montant global payé	Correspond au Montant RO payé auquel on ajoute le Montant RC payé
Virement bancaire	
La référence du virement bancaire (Non renseignée pour la part rejetée)	• <u>Libellé du virement</u> *Entité 071, champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos.12) et « Libellé du virement – ligne 2 » (pos. 44)* • <u>La date de journée comptable</u> Entité 071, champ « Date de la journée comptable ou date d'émission du virement » (pos. 6) • <u>Organisme payeur</u> *Entité 071, champ « Organisme payeur » (pos. 76) ou champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos. ~~44~~ 12)* *-> cf. §4 « Guide de lecture de la référence NOEMIE 580 » pour plus d'information sur* l'alimentation de ces champs

Commentaire	
Commentaire	Entité 295 (si présente), champ « commentaire » (pos. 7) [(a)]

[(a)] En cas de présence d'une ou plusieurs entités 295 dans le RSP, la donnée commentaire est alimentée par la concaténation des commentaires véhiculés dans les entités 295 du RSP.

Pour chaque RSP lié la facturation, les informations suivantes sont à intégrer dans le rapport de réclamation si la facturation est à l'état « rejeté », autant de fois que d'entités 294 présentes dans ce RSP.

Informations du rapport de réclamation	Règle de détermination
La part concernée	Entité 294, champ « Part concernée » (pos. 97)
Le code du rejet	Entité 294, champ « Codification du rejet » (pos. 6)
Le libellé du rejet	Entité 294, champ « Libellé du rejet » (pos. 16)
Le niveau de rejet	Entité 294, champ « niveau de rejet » (pos. 96)
Détail de la prestation rejetée -> pour les Rejets de niveau « type ligne de prestation (L) »	Entité 294 • Nature de la prestation concernée (pos. 98) • Date des soins (pos. 103) • Numéro d'exécutant (pos. 109)

Afin de pouvoir traiter de nouveaux besoins de routage, la structure des données prévoit les données présentées ci-dessous.

Critères supplémentaires de routage	
Critère de routage (donnée à occurrence multiple)	Des critères de routage supplémentaires pourront être ajoutés. Chaque critère de routage se présente sous la forme d'un couple : • type du critère de routage, • valeur du critère de routage.

Description des données au format XML

Chaque donnée citée en amont alimente un fichier XML dont la structure est présentée dans le tableau ci-dessous.

NB1 : le caractère obligatoire de certaines données est indiqué dans la définition fonctionnelle en amont dans les règles de gestion.

Balises XML **Gras : élément vide** *Italique : élément avec contenu* Rouge : attribut	**Occurrence**	**Format**	**Valeur ou donnée**
RapportReclamation **(**Namespace : http://www.sesam-vitale.fr/XMLSchema/SVRapportReclamation/1/0**)**	1		
version	0..1		version fixée dans le xsd fourni
Description	0..1		(Rapport de réclamation)
DateCreation	0..1	AN	Date de création
IdentifiantRapport	0..1	AN	Identifiant du rapport de réclamation attribué par le LPS
Type	0..1	AN	Type de réclamation
Objet	0..1	AN	Objet de la réclamation
PartConcernee	0..1	AN	Part concernée
Telephone	0..1	AN	N° Tel du PS
Mail	0..1	AN	Adresse mail du PS
IdentifiantPS	1		(Identification du professionnel de santé reprise de la facturation)
NoFacturation	0..1	AN	N° Professionnel de Santé
IdentifiantNational	0..1	AN	Identifiant national du PS
CodeSpecialite	1	AN	Code spécialité du PS
OrganismeAMO	0..1		(Identification de l'organisme AMO reprise de la facturation)
CodeOrganisme	0..1	AN	Organisme AMO
OrganismeComplementaire	0..1		(Identification de l'organisme complémentaire reprise de la facturation)
NoOrganisme	0..1	AN	N° organisme complémentaire
NoOperateurReglementAMC	0..1	AN	N° opérateur de règlement /N°AMC
ContexteConventionnelAMC	0..1	AN	Contexte conventionnel AMC
TypeContrat	0..1	AN	Type de contrat
Facture	0..1		(Identification de la facture reprise de la facturation)
NoFacture	0..1	AN	Numéro de facturation

		Date	0..1	AN	Date de la facturation
		TopEclatementPS	0..1	AN	Top éclatement des flux par le PS
		NoLotFSE	0..1	AN	N° du Lot (de la FSE)
		NoLotDRE	0..1	AN	N° du Lot (de la DRE)
		DateCreationLotFSE	0..1	AN	Date de création du lot de FSE
		DateCreationLotDRE	0..1	AN	Date de création du lot de DRE
	Assure		0..1		(Identification de l'assuré reprise de la facturation)
		NomPatronymique	0..1	AN	Nom patronymique
		NomUsage	0..1	AN	Nom d'usage
		Prenom	0..1	AN	Prénom
		NIR	0..1		
		Num	0..1	AN	N° national d'immatriculation : NIR assuré
		Cle	0..1	AN	Clé du NIR
	BeneficiaireSoins		0..1		(Identification du bénéficiaire des soins reprise de la facturation)
		NomUsage	0..1	AN	Nom d'usage
		Prenom	0..1	AN	Prénom
		NIRIndividuel	0..1		
		Num	0..1	AN	N° national d'immatriculation individuel
		Cle	0..1	AN	Clé du N° national d'immatriculation individuel
		DateNaissance	0..1	AN	Date de naissance du bénéficiaire
		RangNaissance	0..1	AN	Rang de naissance
	LogicielPS		0..1		(Identification du logiciel PS)
		NomEditeur	0..1	AN	Editeur du logiciel PS
		NomLogiciel	0..1	AN	Nom du logiciel PS
		VersionLogiciel	0..1	AN	Version du logiciel PS
		NoAgrementLogiciel	0..1	AN	N° d'agrément du Progiciel de Santé
	MontantsPSDemandes		0..1		(Montants demandés par le PS repris de la facturation)
		MontantRO	0..1	AN	Montant RO demandé par le PS
		MontantRC	0..1	AN	Montant RC demandé par le PS
		MontantAssure	0..1	AN	Montant de la part assuré
		MontantGlobal	0..1	AN	Montant global des honoraires demandé par le PS

	ListeRSP					0..1		(Si au moins un RSP est lié la facturation concernée par le rapport de réclamation)
		RSP				1..n		(Pour chaque RSP lié la facturation concernée par le rapport de réclamation) (Les données ci-dessous sont reprises du RSP concerné)
			IdentifiantPS			0..1		(Identification du professionnel de santé)
				NoPS		0..1	AN	N° Professionnel de Santé
			OrganismeAMO			0..1		(Identification de l'organisme AMO)
				CodeOrganisme		0..1	AN	Organisme AMO
			OrganismeAMC			0..1		(Identification de l'organisme complémentaire)
				CodeOrganisme		0..1	AN	N° organisme complémentaire
			Facture			0..1		(Identification de la facture)
				NoFacture		0..1	AN	Numéro de facturation
				DateFacture		0..1	D	Date de la facturation
				TypeFacture		0..1	AN	Type de facture
				NoLotFacture		0..1	AN	Numéro du lot de la facture
				DateCreationLot		0..1	D	Date de création du lot de la facture
			BeneficiaireSoins			0..1		(Identification du bénéficiaire des soins)
				NomUsage		0..1	AN	Nom d'usage
				Prenom		0..1	AN	Prénom
				NIRIndividuel		0..1		
					Num	0..1	AN	N° national d'immatriculation individuel
					Cle	0..1	AN	Clé du N° national d'immatriculation individuel
				DateNaissance		0..1	AN	Date de naissance du bénéficiaire
				RangNaissance		0..1	AN	Rang de naissance
			Assure			0..1		(Identification de l'assuré)
				NomPatronymique		0..1	AN	Nom patronymique
				NomUsage		0..1	AN	Nom d'usage
				Prenom		0..1	AN	Prénom
				NIR		0..1		
					Num	0..1	AN	N° national d'immatriculation : NIR assuré

						Cle	0..1	AN	Clé du NIR
			MontantsPayes				0..1		(Montants payés)
				MontantRO			0..1	AN	Montant RO payé
				MontantRC			0..1	AN	Montant RC payé
				MontantGlobal			0..1	AN	Montant global payé
			VirementBancaire				0..1		(Virement bancaire)
				LibelleVirement			0..1	AN	Libellé du virement dans la référence du virement bancaire
				DateJourneeComptable			0..1	AN	La date de journée comptable dans la référence du virement bancaire
				OrganismePayeur			0..1	AN	Organisme payeur dans la référence du virement bancaire
			Commentaire				0..1		(Commentaire)
				Commentaire			0..1	AN	Commentaire
			ListeRejet				0..1		(Si au moins une entité 294 est présente dans ce RSP)
				Rejet			1..n		(Pour chaque entité 294 présente dans ce RSP)
						PartConcernee	0..1	AN	La part concernée
						CodeRejet	0..1	AN	Le code du rejet
						LibelleRejet	0..1	AN	Le libellé du rejet
						NiveauRejet	0..1	AN	Le niveau de rejet
						DetailPrestationRejetee	0..1		(Détail de la prestation rejetée)
							NaturePrestation	0..1	AN	Nature de la prestation concernée
							DateSoins	0..1	AN	Date des soins
							NoExecutant	0..1	AN	Numéro d'exécutant
			Extension				0..1		(Réservé pour un usage futur au niveau RSP.)
	ListeCritereRoutage						0..1		(Critères supplémentaires de routage)
		CritereRoutage					1..n		(Critère de routage)
			Type				1	AN	Type du critère de routage
			Valeur				1	AN	Valeur du critère de routage
	Extension						0..1		(Réservé pour un usage futur au niveau rapport de réclamation et facturation.)

[RG_RR039] Confirmer l'envoi du rapport de réclamation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le système de facturation doit demander au PS la confirmation de l'envoi du rapport de réclamation au CESI.

[RG_RR040] Transmettre le rapport de réclamation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le système de facturation compresse et chiffre le rapport de réclamation. Cf. annexe 4 pour la description de la compression et du chiffrement.

Le fichier obtenu doit être nommé « exercice-RR-compostage.gz» en reprenant les valeurs d'exercice et de compostage de l'entête SMTP. Cf. annexe 4 pour la description de l'entête SMTP.

Par exemple : 123456789-RR-2016032214435500001.gz

Le système de facturation constitue l'entête SMTP du message avec les informations indiquées dans l'annexe 4.

Le système de facturation transmet au CESI son message SMTP contenant le rapport de réclamation chiffré en pièce jointe.

[RG_RR041] Réceptionner les retours de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le traitement de ces retours doit être transparent pour le Professionnel de Santé et doit être effectué automatiquement.

Il pourra, par exemple, être lancé en tâche de fond chaque jour.

Les différents types de retour (accusé de réception du rapport de réclamation et/ou message de service) sont décrits dans l'annexe 4.

[RG_RR042] Alimenter le tableau de suivi des rapports de réclamation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le système de facturation rapproche les retours obtenus et les rapports de réclamation. Ce rapprochement s'effectue par comparaison du champ relatif à l'identifiant original (« in-reply-to ») de chaque retour avec le champ sujet (« subject ») du message SMTP contenant le rapport de réclamation.

Le système de facturation indique pour chaque rapport de réclamation, si celui-ci est accepté ou rejeté d'un point de vue technique(*) en fonction des retours de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI.

Retours de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI	Le rapport de réclamation est
accusé de réception avec ou sans message de service d'alerte	accepté d'un point de vue technique (*)
message de service de rejet	rejeté d'un point de vue technique (*)

(*) Nota bene :

- l'accusé de réception ne témoigne que de la conformité technique du rapport de réclamation.
- le CESI prendra contact avec le Professionnel de Santé selon une procédure spécifique qui est hors périmètre SESAM-Vitale.

3.1.2 RR02.02 : Alimenter le tableau des virements

Vue générale

Description Cette opération consiste à présenter au Professionnel de Santé une vue des différents virements afin, notamment, de faciliter le rapprochement bancaire.

Ce dernier consiste à vérifier que le virement associé à une facture dite payée dans le retour RSP est bien arrivé sur le compte bancaire du Professionnel de Santé. Afin de réduire la charge administrative des Professionnels de Santé, il est souhaitable que ce rapprochement bancaire soit automatique.

Il pourra être réalisé par le logiciel du Professionnel de Santé, par un logiciel comptable spécifique, ou encore par un cabinet comptable dans le cas d'une externalisation de la comptabilité.

Entrées Le fichier RSP

Sorties Tableau des virements

Principes de norme RSP 580

Principes sur les virements (en lien avec les RSP) :

- Les organismes d'Assurance Maladie procèdent à un seul virement par jour et par Professionnel de Santé (pour un même organisme payeur).
- Un virement peut englober des paiements de natures différentes : remboursements de prestation, paiements ponctuels, régularisations de factures, retenues.
- Le virement fait l'objet dans le RSP d'une seule entité 071 qui encapsule l'ensemble des paiements et des retenues composant le virement.
- Chaque type de paiement fait l'objet d'une entité 081 encapsulée dans l'entité 071. Les entités 081 encapsulent des entités 198, 199, 261 et 250 qui détaillent les paiements ou retenues composant le virement.
- Le montant du virement est le montant cumulé de l'entité 990 de niveau 3 (entité 990 correspondant à l'entité 071).

  ➔ Le § 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* » donne le détail des différentes entités

Principes pour le rapprochement bancaire :

- La référence du virement est véhiculée dans le RSP à l'aide des champs « libellé de virement - ligne 1 » et « libellé de virement - ligne 2 » de l'entité 071.
- Pour procéder au rapprochement bancaire, les champs « libellé de virement - ligne 1 » et « libellé de virement - ligne 2 » doivent être rapprochés avec le libellé SEPA du relevé de compte.

➔ Les différentes règles sont détaillées dans le § 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* ».

Règles de gestion

[RG_RR033] Afficher les informations de virement

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Pour chaque virement, les informations à afficher sont les suivantes :

Informations à afficher	Réf. NOEMIE 580
La référence du virement bancaire	• Libellé du virement Entité 071, champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos.12) et « Libellé du virement – ligne 2 » (pos. 44) • La date de journée comptable Entité 071, champ « Date de la journée comptable ou date d'émission du virement » (pos. 6) • Organisme payeur Entité 071, champ « Organisme payeur » (pos. 76) ou champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos. 12) -> cf. § 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* » pour plus d'information sur l'alimentation de ces champs
Montant du virement signé	Entité 990 de niveau 3, champ « Cumul des montants de niveau inférieur » (pos.31) + champ « signe de l'acte » (pos. 42)

[RG_RR034] Afficher le détail de chaque virement

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Pour chaque virement, le détail des mouvements doit pouvoir être affiché en fonction de leur type : liquidation de facture, régularisation de facture ou opération ponctuelle (cf. *RR02.01 : Suivre les facturations et les opérations ponctuelles).*

3.1.3 RR02.03 : Mettre à disposition d'une application comptable les informations de paiements et retenues

Vue générale

Description Cette opération consiste à mettre à disposition d'une application comptable les informations de paiements et retenues afin de faciliter le rapprochement bancaire.

! Le format des données mises à disposition n'est pas dans le périmètre de ce document.

Entrées Informations de paiements et de retenues

Sorties Informations à destination d'une application comptable

Règles de gestion

[RG_RR035] Identifier les informations mises à disposition d'une application comptable

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le format des données mises à disposition n'est pas spécifié dans ce document.

Les informations exportées doivent permettre au Professionnel de Santé d'alimenter sa comptabilité et de rapprocher automatiquement les mouvements financiers avec les virements bancaires.

Les informations associées à chaque mouvement financier pouvant être exportées sont les suivantes :

- **Pour chaque part AMO et AMC rapprochée avec un RSP** (*cf. 3.1.1.2 RR02.01.02 : Alimenter le tableau de suivi des facturations en* Tiers-Payant) :
  - Les informations de la facture : numéro de facture, date de la Facture, montant de la facture, type de facture, organisme payeur, état de la part AMO ou AMC (rejeté ou payé).
  - Les informations nécessaires au rapprochement bancaire : date de journée comptable, libellé du virement (lignes 1 et 2), montant du virement, organisme payeur.
- **Pour chaque paiement ponctuel** (*cf. RR02.01.04 : Alimenter le tableau de suivi des opérations ponctuelles*) :
  - Les informations du paiement ponctuel : organisme émetteur, code du paiement, libellé associé, montant du paiement
  - Les informations nécessaires au rapprochement bancaire : date journée comptable, libellé du virement (lignes 1 et 2), montant du virement, organisme payeur.
- **Pour chaque retenue ponctuelle** (*cf. RR02.01.04 : Alimenter le tableau de suivi des opérations ponctuelles*) :
  - Les informations de la retenue : la référence de la dette, la nature des opérations de récupération, le Montant du mouvement financier, Identification de l'organisme AMO (Organisme émetteur du RSP).
  - Les informations nécessaires au rapprochement bancaire : date journée comptable, libellé du virement (lignes 1 et 2), montant du virement, organisme payeur.
- **Pour chaque régularisation** (*cf. RR02.01.03 : Afficher la régularisation de la* facturation) :
  - Les informations de la facture d'origine : numéro de facture, Date élaboration de la Facture, type de facture.
  - Pour les régularisations positives : montant de la régularisation
  - Pour les régularisations négatives : montant de la régularisation, référence de la dette, la nature des opérations de récupération
  - Les informations nécessaires au rapprochement bancaire : date journée comptable, libellé du virement (lignes 1 et 2), montant du virement, organisme payeur.

4 Guide de lecture de la référence NOEMIE 580

4.1 Introduction

4.1.1 Objet de du guide

La référence NOEMIE 580 est utilisée pour transmettre les RSP entre les Organismes d'Assurance Maladie et les Professionnels de Santé.

Ce guide de lecture de la référence NOEMIE 580 complète le CDC NOEMIE PS sur l'alimentation de certaines données par les différents Organismes d'Assurance Maladie.

4.1.2 Principes de création des RSP par les Organismes d'Assurance Maladie

Les flux de RSP sont créés par l'Assurance Maladie dans les cas suivants :

- Lors du traitement d'une facture :
  - au moment de la liquidation de la facture (le RSP est dit de « **Liquidation de facture** »),
  - au moment de la régularisation de la facture (le RSP est dit de « **Régularisation de facture** »).
- Hors du traitement d'une facture :
  - pour retour d'informations relatives à des opérations ponctuelles (le RSP est dit de « **Opération ponctuelle** »).

Les organismes d'Assurance Maladie Complémentaire en Gestion Séparée (GS) :

- ne transmettent pas d'opérations ponctuelles,
- ne transmettent pas le résultat de la liquidation de Feuilles de Soins Papier via la référence NOEMIE 580,
- ne transmettent pas les régularisations de factures via la référence NOEMIE 580,
  - ➔ mais transmettent un RSP 580 suite à une annulation de la part complémentaire par le Professionnel de santé (sera traité dans une version ultérieure).

Le tableau ci-dessous présente les différents types de RSP et leurs usages :

	Type de RSP	Part concernée			Cas d'usage
		AMO	AMC en GU	AMC en GS	
Traitement d'une facture	Liquidation de facture	X	X	X	Liquidation d'une Feuille de Soins Electronique
		X	X		Liquidation d'une Feuille de Soins Papier
	Régularisation de facture	X	X		Paiement ultérieure d'une des 2 parts, régularisation partielle sur une des 2 parts, annulation totale de la facture, etc.
Hors traitement d'une facture	Opération ponctuelle				Paiement ponctuel ou forfaitaire
					Retenues ponctuelles

Figure 3 : Synthèse des différents types de RSP et leurs usages

4.1.3 Structure de la norme RSP 580

Les RSP contenus dans un même fichier de RSP ont tous la même référence.

La référence 580 est composée d'entités physiques organisées selon la structure hiérarchique ci-dessous :

- **000** début de fichier : identification de l'émetteur
  - **020** Mandataire du PS
    - **040** Destinataire
      - **071** Date comptable et référence du virement
        - **081** Type de retour + lieu d'exécution
          - **102** Identification de la facture
            - **103** Assuré / Bénéficiaire
            - **198** Part AMO
            - **199** Part AMC
            - **294** Ligne rejet
            - **295** Ligne commentaire
            - **261** Paiements ponctuel ou forfaitaire
            - **262** Détail paiement ponctuel ou forfaitaire
            - **250** Retenue
          - **990** Montant de l'entité 990 de niveau 05 (entité 102)
        - **990** Montant de l'entité 990 de niveau 04 (entité 081)
      - **990** Montant de l'entité 990 de niveau 03 (entité 071)
    - **990** Montant de l'entité 990 de niveau 02 (entité 040)

990 Montant de l'entité 990 de niveau 01 (entité 020)

999 fin de fichier

Figure 4 : Structure de la norme RSP 580

Remarque : la description de chaque entité est donnée dans le CDC de la norme NOEMIE PS. Ce guide de lecture ne reprend pas cette description.

4.2 Regroupement des entités

Règles de gestion

[RG_RSP001] Déterminer le regroupement des RSP

Dans 1 fichier RSP, les entités sont regroupées :

- Par mandataire,
  - puis par destinataire de règlement (Professionnel de Santé),
    - puis par virement (1 virement par jour et par Professionnel de Santé pour un même organisme payeur),
      - puis par type de Retour.

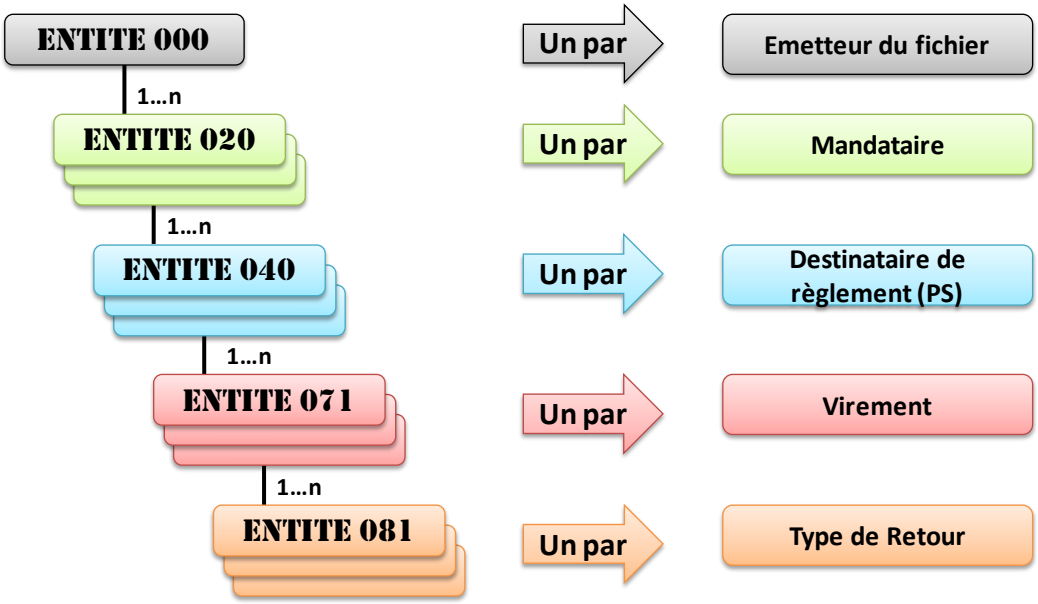


Figure 5 : Principes de regroupement des entités

4.3 Identification des organismes émetteurs et destinataires du retour

Règles de gestion

[RG_RSP002] Déterminer l'organisme émetteur du retour

L'émetteur du retour est renseigné dans l'entité 000. En fonction de l'organisme émetteur, différents champs constituent l'entité 000, comme détaillé dans la norme.

- **Pour déterminer l'Organisme AMO :**

Les champs « grand régime », « organisme gestionnaire » et « centre gestionnaires » sont remplis. Ils correspondent au destinataire du flux aller émis par le Professionnel de Santé (hormis en présence d'un OCT).

- **Pour déterminer le N° Organisme Complémentaire :**

Le N° de l'organisme complémentaire à l'origine du RSP n'est pas dans l'entité 000, il est renseigné dans l'entité 071, champ « Organisme payeur » (pos. 76).

Remarque : dans l'entité 000, le champ « *n°AMC ou opérateur de règlement* » correspond à l'organisme technique qui a envoyé le fichier de RSP. Il peut ne pas correspondre au destinataire du flux émis.

Cas particulier

[CP1] : Présence d'un OCT

En présence d'un OCT, l'organisme à l'origine du retour dans l'entité 000 ne sera ni l'organisme AMO ni l'organisme AMC, ni l'opérateur de règlement AMC, mais l'OCT.

Dans le cas de l'AMO, pour déterminer l'Organisme AMO, il faut s'appuyer sur l'organisme payeur (cf. §*4.4 Identification des informations sur la référence du virement bancaire).*

[RG_RSP003] Déterminer le destinataire du retour

Différents champs concernent le destinataire du retour :

- Le champ « Numéro de destinataire » de l'entité 000 (pos. 28) : ce champ est rempli avec le numéro de facturation du Professionnel de Santé.
- Le champ « Numéro de destinataire de règlement » de l'entité 020 (pos. 6) : ce champ permet d'identifier le mandataire, c'est-à-dire un intermédiaire qui perçoit les sommes à verser aux destinataires de règlement.

Remarque : en l'état actuel, ce champ est peu utilisé. En cas d'absence de mandataire, ce champ est non significatif.

- Le champ « Numéro de destinataire de règlement final » de l'entité 040 (pos. 6) : ce champ désigne la personne à qui est destiné le paiement. Ce champ est rempli avec le numéro de facturation du Professionnel de Santé.

4.4 Identification des informations sur la référence du virement bancaire

Règles de gestion

Déterminer le libellé du virement

[RG_RSP004] Déterminer le libellé de virement

La concaténation des deux champs « Libellé du virement – ligne 1 » et « Libellé du virement – ligne 2 » de l'entité 071 permet de reconstituer le libellé du virement bancaire. Celui-ci identifie le virement de façon unique.

Le rapprochement bancaire consiste à rapprocher le libellé de virement véhiculé dans le RSP 580 avec celui du relevé de compte du Professionnel de Santé.

Remarque : les 2 champs « Libellé du virement – ligne 1 » et « Libellé du virement – ligne 2 » ne sont pas systématiquement renseignés.

Cas particulier

[CP1] : L'AMO est le Régime général

Pour le Régime Général, le champ « Libellé du virement – ligne 2 » de l'entité 071 contient le libellé du virement. Celui-ci est inclus dans le libellé de virement du relevé de compte du Professionnel de Santé.

Si plusieurs virements du relevé de compte correspondent au champ « libellé de virement – ligne 2 », les éléments suivants pourront être utilisés pour distinguer les virements :

- le montant du virement ;
- le champ « libellé de virement – ligne 1 » qui correspond tout ou partie au nom du donneur d'ordre du virement bancaire.

Déterminer la date de journée comptable

[RG_RSP005] Déterminer la date de journée comptable

Le champ **« Date de la journée comptable ou date d'émission du virement »** de l'entité 071 est rempli avec la date d'émission du virement.

Remarque : cette date ne correspond pas à la date de réception du virement sur le compte bancaire du Profession de Santé (délai bancaire).

Déterminer l'organisme payeur

[RG_RSP006] Déterminer l'organisme payeur pour les AMC

Le champ « organisme payeur » de l'entité 071 (pos.76) renseigne sur l'organisme à l'origine du virement.

[RG_RSP007] Déterminer l'organisme payeur pour les AMO

L'organisme payeur correspond généralement à l'organisme émetteur du retour (entité 000), mis à part pour les flux qui passent par un OCT (dans ce cas l'organisme émetteur du retour est renseigné avec l'OCT).

Cas particulier

[CP1] : L'AMO est la MSA

En plus de l'entité 000, l'organisme payeur peut également être déduit du champ « Libellé du virement – Ligne 1 » de l'entité 071 (pos. 12). Ce champ est rempli avec la date de paiement, l'organisme payeur et le numéro de destinataire.

[CP2] : L'AMO est le Régime Général

L'organisme payeur est renseigné dans le champ « Libellé du virement – Ligne 1 » de l'entité 071.

[CP3] : Présence d'un OCT

Lorsque l'AMO utilise uniquement l'entité 000 pour identifier l'organisme payeur, en présence d'un OCT, l'information sur l'organisme payeur n'est pas disponible dans le RSP.

Déterminer le montant du virement

[RG_RSP_008] Déterminer le montant du virement

Le montant du virement correspond au montant cumulé de l'entité 990 de niveau 3 (entité 990 correspondant à l'entité 071).

4.5 Les différents types de RSP

Lorsque le RSP reçu ne correspond pas aux règles de gestion décrites ci-après, et que le système de facturation ne peut interpréter le RSP, celui-ci doit permettre d'afficher les informations contenues dans le RSP.

4.5.1 Déterminer le type de RSP « Liquidation de facture »

Vue générale

Ce type de RSP est utilisé par tous les organismes d'Assurance Maladie Obligatoires et Complémentaires pour transmettre le retour suite au traitement d'une facture électronique en Tiers-Payant.

Certains AMO envoient également des RSP en réponse à la liquidation d'une Feuille de Soins papier.

L'entité 081 est la clef de voûte de la norme. Elle définit le champ « Code du type de retour » (position 6) qui détermine les entités qui seront présentes.

L'entité 102 porte les informations de la facture d'origine.

Illustrations :

Des illustrations des différents cas de RSP de liquidation sont données dans le § « 4.7.1 - *Exemples de RSP* de liquidation »

Pour chaque exemple, le cas général est présenté, avec en complément les cas particuliers si présents.

Règles de gestion

[RG_RSP009] Déterminer si le RSP fait suite à la liquidation d'une facture

Les critères permettant d'identifier un RSP en réponse à une liquidation de facture sont les suivants.

Un RSP « 01 »[1] est utilisé pour les cas standards de retour sur une facture par tous les organismes (AMO et AMC).

Le RSP est identifié comme suit :

[1] C'est-à-dire : avec le champ « Code du type de retour « (entité 081, pos 6) égal à

Critères	Part concernée		
	AMO	AMC en GU	AMC en GS
• Code du type de retour (entité 081, pos 6) = « 01 » • Et type de facture (entité 102, pos 30) = « F » ou « D » • Et Numéro de facture (entité 102, pos 6) = n° de facture de la facture d'origine	X	X	X

Dans le cas RSP « 01 », le Numéro de lot (entité 102, pos 21) et la Date de la facturation (entité 102, pos31) correspondent aux informations de la facture d'origine.

Cas particulier

[CP1] : Réception d'un RSP « 02 » suite à un premier RSP « 01 » en état « différé »

Suite à l'envoi d'un 1er RSP différé, les AMO émettent un 2ème RSP « 01 » au moment du traitement de la facture.

Dans certains cas, le 2ème RSP est envoyé avec un code type de retour égal à « 02 ».

Dans ce cas, il s'agit bien d'un RSP suite à une liquidation de facture électronique (et non suite à la liquidation d'une Feuille de Soins Papier).

Le numéro de la facture d'origine est inscrit dans l'entité 102 et permet le rapprochement avec le 1er RSP.

Le RSP est identifié comme suit :

Critères	Part concernée		
	AMO	AMC en GU	AMC en GS
• Code du type de retour (entité 081, pos 6) = « 02 » • Et type de facture (entité 102, pos 30) = « P » • Numéro de facture (entité 102, pos 6) = n° de facture renseigné dans le 1er RSP « différé »	X	X	

Dans le cas RSP « 02 », le Numéro de lot (entité 102, pos 21) et la Date de la facturation (entité 102, pos31) ne sont pas significatives et ne doivent pas être utilisées pour le rapprochement.

[CP2] : le RSP fait suite à la liquidation d'une Feuille de Soins Papier (FSP)

Dans le cas d'un RSP suite à la liquidation d'une Feuille de Soins Papier, le RSP est identifié avec les critères suivants :

Critères	Part concernée		
	AMO	**AMC en GU**	**AMC en GS**
• Code du type de retour (entité 081, pos 6) = « 02 » • Et type de facture (entité 102, pos 30) = « P » • Et Numéro de facture (entité 102, pos 6) = attribué par l'organisme d'assurance maladie lors du traitement de celle-ci (peut être non renseigné dans certains cas)	X	X	

Remarque : dans un RSP en réponse à une Feuille de Soins Papier, le numéro de lot et la date de création du lot ne sont pas remplis.

L'algorithme de rapprochement avec la facture est basé sur la date de facturation (entité 102, pos. 31), le montant de la facturation (entités 198 et/ou 199), ainsi que les informations d'identification de l'assuré et du bénéficiaire de soins (entité 103).

➔ Dans le cas où la date de facturation n'est pas remplie, l'algorithme de rapprochement est uniquement basé sur le montant de la facturation, ainsi que les informations d'identification de l'assuré et du bénéficiaire de soins (entité 103).

[RG_RSP010] Identifier les entités présentes dans le cas d'un RSP de liquidation

Le tableau ci-dessous donne la présence des entités en fonction de l'Etat de la part AMO ou AMC dans le RSP.

- « O » : Obligatoire, l'entité est toujours présente (mais pas forcément renseignée)
- « F » : Facultatif, l'entité n'est pas toujours présente (certains organismes d'Assurance Maladie peuvent ne pas la transmettre)

➔ Cf. « *§ 4.6 Informations complémentaires* » pour plus de précisions sur le renseignement des différentes entités.

Entité	Présence		
	Etat de la part AMO ou AMC dans le RSP		
	Payé	Rejeté	Différé
102	O	O	O
103	O	O	O
198 et/ou 199	O	O	O
294		O	O
295	F	F	F
261			
262			
250			
295	F	F	F

4.5.2 Déterminer le type de RSP « Régularisation de facture »

Vue générale

Seuls les AMO envoient des RSP 580 suite à des régularisations de facture.

Les régularisations interviennent suite à traitement initial (liquidation) qui a fait l'objet soit d'un **rejet** soit d'un **paiement**.

Une régularisation de facture entraîne l'envoi d'une combinaison de RSP ayant un « Code du type de retour » (entité 081, pos 6) égal à « 04 » et/ou à « 05 ».

Ces RSP reflètent les différentes opérations de régularisation de la facture par l'organisme d'assurance maladie.

Ils ne sont pas toujours envoyés le même jour, et peuvent donc faire l'objet de plusieurs fichiers de RSP distincts.

Remarque :

Le cumul des montants sur les entités présentes dans une régularisation correspond au montant effectif de la régularisation qui sera viré ou prélevé sur le compte bancaire.

Illustrations :

Des illustrations des différents cas de régularisation sont données dans le § « *4.7.2 - Exemples de RSP* de régularisation »

Pour chaque exemple, le cas général est présenté, avec en complément les cas particuliers si présents.

Règles de gestion

Identification du RSP

[RG_RSP011] Déterminer si le RSP fait suite à la régularisation d'une facture

Le RSP suite à une régularisation de facture est composé différemment suivant les cas de régularisations (voir exemples au § 4.7) :

- **Cas 1** : uniquement des RSP « 04 »,
- **Cas 2** : une combinaison de RSP « 04 » et de RSP « 05 »,
- **Cas 3** : uniquement des RSP « 05 ».

Dans un RSP de régularisation :

- L'entité 102 est toujours présente, mais peut être non renseignée.
- L'entité 103 peut être présente mais pas systématiquement renseignée.
- Les entités 198 et/ou 199 peuvent être présentes en fonction de la part qui fait l'objet de la régularisation (obligatoires pour le « 04 », facultatives pour le « 05 »).
- L'entité 250 est toujours présente pour le RSP « 05 ».
  - ➔ La régularisation s'articule autour d'une phase de constat initial (Nature des opérations = CIN) et d'une phase de re paiement (Nature des opérations = RPR), portées par l'entité 250.
- L'entité 295 est facultative

Recherche du montant de la régularisation

[RG_RSP012] Déterminer le Montant de la régularisation

Le montant de la régularisation correspond à la somme des montants signés suivants :

- champ « montant AMO payé » (pour chaque entité 198)
- champ « montant AMC payé » (pour chaque entité 199)
- champ « montant du mouvement financier » (pour chaque entité 250)

Rapprochement de la régularisation avec la facture initiale

[RG_RSP013] Rapprocher les RSP de régularisation avec la facture initiale

Le lien avec la facture initiale se fait au travers de l'entité 102 lorsque celle-ci est renseignée.

- Dans le cas d'un RSP « 04 », l'entité 102 est toujours renseignée.
- Dans le cas d'un RSP « 05 », l'entité 102 peut ne pas être renseignée (peut se produire en présence de plusieurs entités 250 relatives à la même facture, ces entités pouvant appartenir au même RSP « 05 » ou à des RSP « 05 » différents) :
  - L'entité 102 est systématiquement remplie pour la première entité 250 envoyée.
  - Lorsque le numéro de facture n'est pas renseigné pour une entité 250 ultérieure, le lien avec la facture se fait avec le champ « référence de la dette » (pos. 8) qui est commun aux différentes entités 250 relatives à une même facture

Rappel : les RSP peuvent être envoyés à des moments différents (et donc peuvent faire l'objet de plusieurs fichiers de RSP distincts).

Cas particulier

[CP1] : La régularisation porte sur une Feuille de Soins Papier

Dans le cas d'une régularisation sur une Feuille de Soins Papier :

- si le numéro de facture est renseigné dans le RSP de régularisation, ce numéro correspond au numéro de facture du 1er RSP, et permet alors de faire le rapprochement,
- si le numéro de facture n'est pas renseigné dans le RSP de régularisation, le rapprochement du RSP de régularisation s'effectue à l'identique du rapprochement du 1er RSP de liquidation (cf. RG_RSP009 / CP2).

Cas d'erreur

[CE1] : le rapprochement d'un RSP « 05 » avec la facture initiale n'a pas abouti

Lorsqu'un RSP de régularisation, ayant un « Code du type de retour » égal à « 05 » n'a pas pu être rapproché d'une facture initiale, il s'agit d'une retenue ponctuelle (cf. *§4.5.3 Déterminer le type de RSP « Opération ponctuelle »*).

Une retenue ponctuelle se compose d'un RSP ayant un « Code du type de retour » égal à « 05 », sans entité 102, et avec une entité 250 dont la « référence de la dette » ne correspond à aucune référence de la dette déjà reçue dans d'autres entités 250.

RSP suite à l'annulation d'une DRE par le Professionnel de Santé

Ce chapitre sera complété dans une version ultérieure du guide de lecture.

4.5.3 Déterminer le type de RSP « Opération ponctuelle »

Vue générale

Les RSP « Opérations ponctuelles » regroupent :

- les RSP en réponse à des paiements ponctuels (rémunération médecin traitant, aide pérenne, …)
  - ➔ présence des entités 261 et 262 (pour les RSP « 03 »)
- des RSP en réponse à des retenues ponctuelles (récupération pour satisfaire les besoins d'organismes extérieurs à l'Assurance Maladie).
  - ➔ présence de l'entité 250 (pour les RSP « 05 »)

Ce chapitre ne concerne que les AMO.

Illustrations :

Des illustrations des différents cas d'opération ponctuelle sont données dans le § « 4.7.3 - Exemples RSP d'opération ponctuelle »

Pour chaque exemple, le cas général est présenté, avec en complément les cas particuliers si présents.

Règles de gestion

Paiement ponctuel ou forfaitaire

[RG_RSP014] Déterminer si le RSP fait suite à un paiement ponctuel ou forfaitaire

Le RSP suite à un paiement ponctuel ou forfaitaire » se compose :

- d'1 RSP « 03»

Le tableau ci-dessous donne la présence des entités dans le RSP :

- « O » : Obligatoire, l'entité est toujours présente (mais pas forcément renseignée)
- « F » : Facultatif, l'entité n'est pas toujours présente (certains organismes d'Assurance Maladie peuvent ne pas la transmettre)

Entité	Présence	Remarque
102	O	Entité présente, mais les champs sont non renseignés
103		
198		
199		
294		
295	F	
261	O	• Le champ « code paiement ponctuel ou forfaitaire » (pos. 6) est renseigné avec le code du paiement ponctuel • Le champ « Montant paiement ponctuel ou forfaitaire » (pos.11) contient le montant du paiement ponctuel
262	O	• Il peut y avoir plusieurs entités 262 pour une entité 261, notamment lorsque le paiement concerne plusieurs « N°d'immatriculation ». • Le champ « Codification » (pos. 6) n'est pas toujours renseigné. Cette information est redondante avec le champ « Code du paiement » (pos. 6) de l'entité 261 • Le champ « Libellé associé » (pos. 11) est généralement renseigné • Le champ « N°d'immatriculation » (pos. 91) de la personne ouvrant droit au paiement n'est pas rempli par tous les AMO (par ex. le Régime Général remplit ce champ uniquement pour la rémunération RMT ALD) • Le champ « période » (pos. 113) est renseigné • Le champ « date début période » (pos. 114) est renseigné • Le champ « date fin période » (pos. 120) est facultatif • Le champ ~~« nombre de factures »~~ « montant facturé » (pos. 126) est renseigné
250		

Retenue ponctuelle

[RG_RSP015] Déterminer si le RSP fait suite à une retenue ponctuelle

Le RSP suite à une « retenue ponctuelle» se compose :

- d'1 RSP « 05»

Tous les RSP « 05 » ne sont pas des retenues ponctuelles, certains peuvent être des RSP de « Régularisation de facture ».

Seules les retenues qui ne correspondent pas à une régularisation de facture (cf. RG_RSP013) sont considérées comme des retenues ponctuelles.

Le tableau ci-dessous donne la présence des entités dans le RSP :

- « O » : Obligatoire, l'entité est toujours présente (mais pas forcément renseignée)
- « F » : Facultatif, l'entité n'est pas toujours présente (certains organismes d'Assurance Maladie peuvent ne pas la transmettre)

Entité	Présence	Remarque
102	O	Entité présente, mais les champs sont non renseignés
103		
198 et/ou 199		
294		
295	F	
261		
262		
250	O	La « Référence de la dette » (pos. 8) est inconnue du logiciel : elle ne correspond pas à la référence de la dette d'une entité 250 reçue auparavant

4.6 Informations complémentaires

4.6.1 Précisions sur l'entité 103 : Assuré / Bénéficiaire

L'entité 103 regroupe les informations concernant l'assuré et le bénéficiaire de soins.

Tous les organismes d'Assurance Maladie ne remplissent pas cette entité.

4.6.2 Précisions sur les entités 198 et 199 : Part AMO et Part AMC

- Les champs « Montant AMO demandé » (entité 198, pos 6) ou « Montant AMC demandé » (entité 199, pos 6) sont renseignés différemment par les organismes d'assurance obligatoires.

  ! Il est déconseillé d'utiliser ces champs.

- Le champ « N° AMC destinataire » (entité 199) est rempli :
  - en gestion séparée, avec le numéro de l'AMC,
  - en gestion unique, il peut être rempli par le numéro de l'organisme complémentaire ou le MUTNUM.
- Le champ « N° identification AMC de l'adhérent » (entité 199) est rempli avec le numéro d'adhérent.

4.6.3 Précisions sur l'entité 294 : Ligne rejet

Une même facture (entité 102) peut comporter plusieurs rejets, ce qui se traduit par la présence de plusieurs entités 294 à la suite.

Les rejets peuvent être de plusieurs niveaux :

- « F » : Facture,
- « L » : Ligne de prestation ou
- « A » : Code affiné.

L'entité 294 est renseignée en fonction du niveau de rejet, comme illustré dans le schéma ci-dessous :

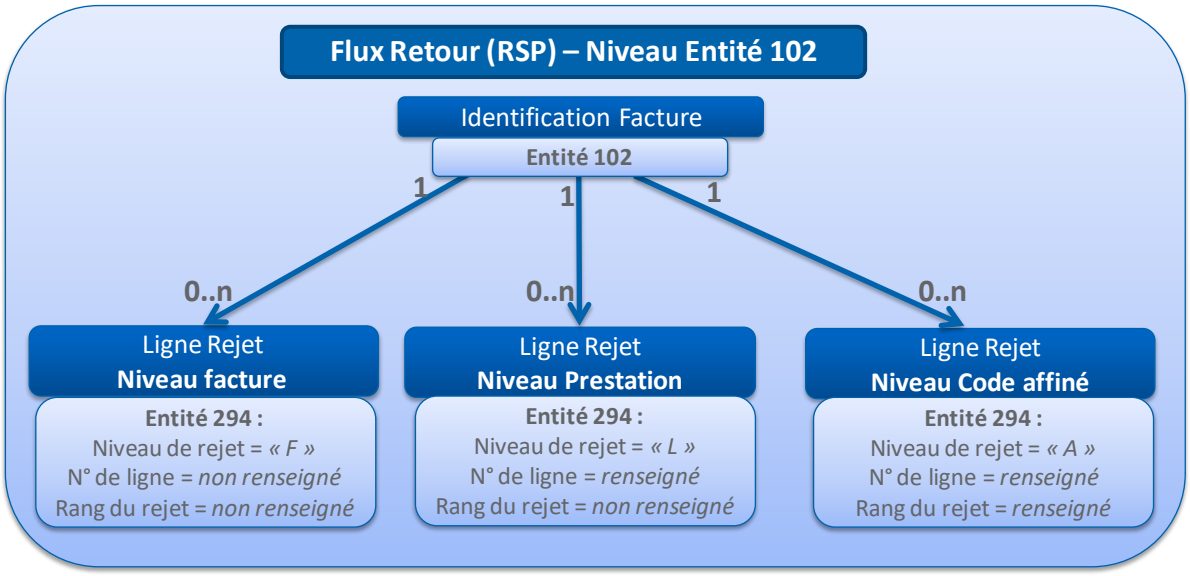


Figure 6 : Illustration des différents niveaux de rejet

Identification de la prestation faisant l'objet du rejet (pour les rejets de niveau « L » ou « A ») :

- Le champ « Nature de la prestation concernée » (pos. 96) correspond au « *Code prestation* » suivi éventuellement du « *Code complément prestation* » *(N, F, U).* Le Code complément prestation est toujours en 5ème position
- Le champ « Numéro de ligne » (pos. 118) correspond à la position du « *Code prestation* » de la prestation d'origine dans la facture

  ➔ Par exemple pour une FSE, le « Numéro de ligne » donne le numéro de la position du type Groupe 1610 (type 4A) dans la facture.
- Le champ « Rang du rejet » (pos. 121) correspond à la position du code de la « Prestation détaillée » ou du « Code Acte » par rapport à la prestation en lien avec le « Numéro de ligne ».

Illustration avec une facture contenant plusieurs actes NABM :

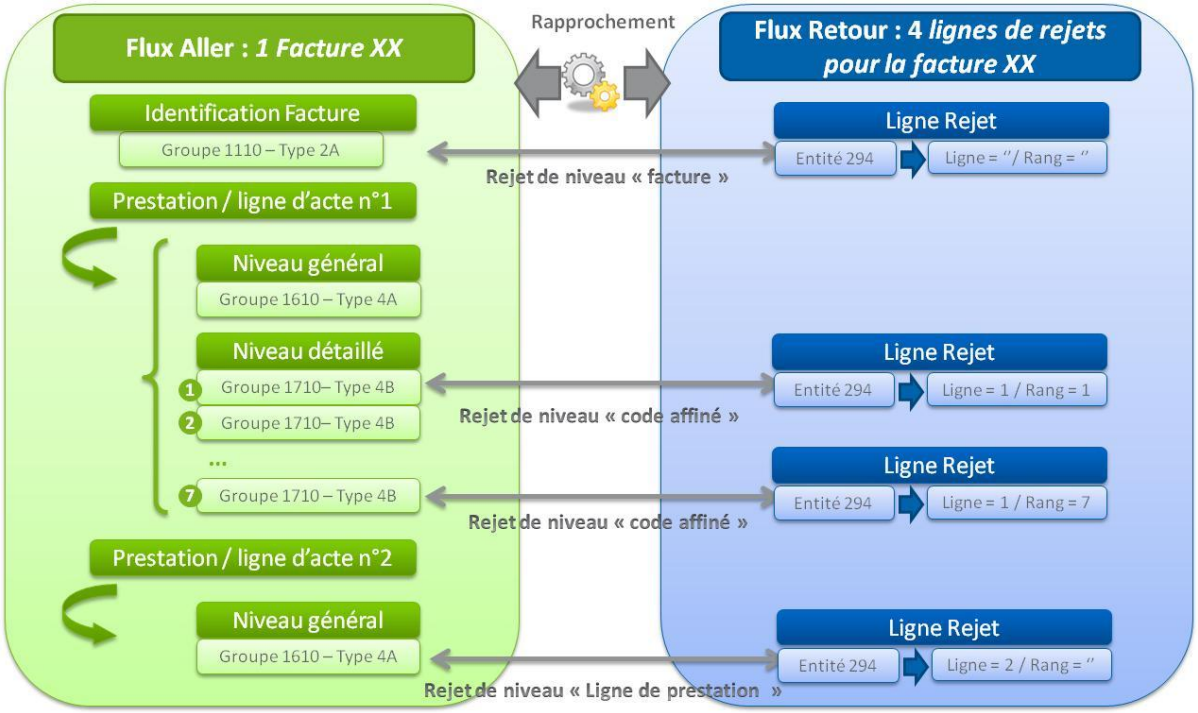


Figure 7 : illustration du rapprochement de la facture d'origine avec le niveau de rejet

4.6.4 Précisions sur le Numéro du lieu d'exécution de l'acte (entité 081, pos 8) :

Le champ « Numéro du lieu d'exécution de l'acte » de l'entité 081 n'est rempli par certains AMO que pour le cas d'un acte libéral dans un établissement privé en paiement direct au Professionnel de Santé avec la facture est générée par l'établissement.

L'organisme d'assurance maladie génère deux RSP, un pour l'établissement et un autre pour le Professionnel de Santé.

➔ Comme le système d'information du Professionnel de Santé ne possède pas la facture d'origine, le rapprochement entre le RSP et la facture échoue : l'information du lieu d'exécution de l'acte peut alors aider le Professionnel de Santé à comprendre qu'il s'agit d'une facture de l'établissement privé.

4.6.5 Précisions sur l'entité 295 : Ligne commentaire

Cette entité est parfois renseignée par certains organismes d'Assurance Maladie Complémentaire en gestion séparée.

Lorsqu'elle est renseignée, elle est utilisée pour ajouter des précisions sur le RSP.

4.7 Exemples de RSP

Remarque générale : seuls les champs « significatifs » sont précisés ici. Cela ne présume pas du renseignement des autres champs.

4.7.1 Exemples de RSP de liquidation

4.7.1.1 La facturation contient 2 parts « Payées »

Cas d'usage

Exemple : paiement d'une facturation contenant les 2 parts

Le Professionnel de Santé a demandé 23€ : 16,10€ pour la part obligatoire et 6,90€ pour la part complémentaire.

L'Assurance Maladie rembourse les 23€ au Professionnel de Santé.

Remplissage des entités

La facturation est en gestion séparée : 2 RSP sont envoyés (1 pour le paiement de la part obligatoire, 1 pour le paiement de la part complémentaire). L'ordre des RSP n'est pas significatif et peut être inversé.

RSP envoyé par l'AMO

Type de retour = « 01 »

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
N° facture initiale	Date facture initiale	N° de lot initial	Date de création du lot initial

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
P	16,10	P (Positif)

Montant du paiement : + 16,10 sur la part AMO

RSP envoyé par l'AMC

Type de retour = « 01 »

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
N° facture initiale	Date facture initiale	N° de lot initial	Date de création du lot initial

199

Etat paiement part AMC	Montant AMC payé	Signe du montant AMC payé
P (Payé)	6,90	P (Positif)

Montant du paiement : + 6,90 sur la part AMC

La facturation est en gestion unique : 1 RSP est envoyé pour le paiement des 2 parts.

Type de retour = « 01 »

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
N° facture initiale	Date facture initiale	N° de lot initial	Date de création du lot initial

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
P	16,10	P (Positif)

Montant du paiement : + 16,10 sur la part AMO

199

Etat paiement part AMC	Montant AMC payé	Signe du montant AMC payé
P (Payé)	6,90	P (Positif)

Montant du paiement : + 6,90 sur la part AMC

4.7.1.2 La facturation contient 1 part « Rejetée »

Cas d'usage

Exemple : rejet de la part AMO en gestion séparée et rejet de la part AMC en gestion unique

Le Professionnel de Santé a demandé 23€ : 16,10€ pour la part obligatoire et 6,90€ pour la part complémentaire.

L'Assurance Maladie rejette une des parts et paie l'autre.

Remplissage des entités

La facturation est en gestion séparée : 2 RSP sont envoyés (1 pour le rejet de la part obligatoire, 1 pour le paiement de la part complémentaire). Pour le rejet, l'entité 294 porte le détail du rejet.

L'ordre des RSP n'est pas significatif et peut être inversé.

RSP envoyé par l'AMO

Type de retour = « 01 »

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
N° facture initiale	Date facture initiale	N° de lot initial	Date de création du lot initial

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
R		

Rejet de la part AMO

294

Codification du rejet	Libellé du rejet	Niveau de rejet	Part concerné
0270 051	Bénéficiaire inconnu	F	O

RSP envoyé par l'AMC

Type de retour = « 01 »

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
N° facture initiale	Date facture initiale	N° de lot initial	Date de création du lot initial

199

Etat paiement part AMC	Montant AMC payé	Signe du montant AMC payé
P (Payé)	6,90	P (Positif)

Paiement de la part AMC

La facturation est en gestion unique : 1 RSP est envoyé dans lequel la part obligatoire est payée et la part complémentaire rejetée. Pour le rejet, l'entité 294 porte le détail du rejet.

Type de retour = « 01 »

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
N° facture initiale	Date facture initiale	N° de lot initial	Date de création du lot initial

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
P	16,10	P

Paiement de la part AMO

199

Etat paiement part AMC	Montant AMC payé	Signe du montant AMC payé
R		

Rejet de la part AMC

294

Codification du rejet	Libellé du rejet	Niveau de rejet	Part concerné
0490 001	Pas de traitement OC-absence contrat valide	F	C

4.7.1.3 La facturation contient 1 part en état « Différé »

Cas d'usage

Exemple : la facturation ne contient que la part AMO, qui est en état différée dans le RSP reçu

Le Professionnel de Santé a demandé 16,10€ pour la part obligatoire. L'AMO envoie un RSP « différé » pour signaler que la facture est en cours de traitement.

Remplissage des entités

La facturation ne contient qu'une seule part AMO. Le RSP renvoyé par l'AMO signale la part AMO en état « différé ». L'entité 294 porte le détail de cet état différé.

Type de retour = « 01 »

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
N° facture initiale	Date facture initiale	N° de lot initial	Date de création du lot initial

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
D		

Part AMO différée

294

Codification du rejet	Libellé du rejet	Niveau de rejet	Part concerné
998	En attente de traitement caisse	F	O

4.7.2 Exemples de RSP de régularisation

4.7.2.1 Paiement ultérieur de la part AMC

Cas d'usage

Exemple : rappel C2S sur la part AMC (en gestion unique)

Le Professionnel de Santé a demandé au titre de la C2S 23€ : 16,10€ pour la part obligatoire et 6,90€ pour la part complémentaire.

La caisse a payé 16,10€ pour la part obligatoire. Les 6,90€ n'ont pas été payés, car le référentiel de la caisse n'est pas à jour.

Suite à une réclamation du Professionnel de Santé, la caisse fait un rappel de 6,90€ pour la part complémentaire (après avoir vérifié les droits C2S).

Remplissage des entités

Cas général avec un RSP « 04 » : L'AMO envoie un seul RSP avec un code retour « 04 ». L'entité 199 (part AMC) porte le montant de la régularisation.

Type de retour = « 04 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
P	0	P (Positif)

199

Etat paiement part AMC	Montant AMC payé	Signe du montant AMC payé
P (Payé)	6,90	P (Positif)

Montant de la régul : + 6,90 sur la part AMC

Total des montants = + 6.90

Cas particulier avec les RSP « 04 » et « 05 » : l'AMO envoie un RSP avec un code retour « 04 » et un RSP avec un code retour « 05 ». L'entité 199 (part AMC) porte le montant de la régularisation.

Type de retour = « 04 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
A blanc	0	

199

Etat paiement part AMC	Montant AMC payé	Signe du montant AMC payé
P (Payé)	6,90	P (Positif)

Montant de la régul : + 6,90 sur la part AMC

Type de retour = « 05 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	CIN	16,10	P (Positif)

102

N° de facture	Date de facturation
Non renseigné	

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	RPR	16,10	N (Négatif)

Lien avec la facture

Ces 2 lignes « s'annulent »

Total des montants = + 6.90

Les montants des entités 250 s'annulent

4.7.2.2 Régularisation négative partielle sur la part AMO e

Cas d'usage

Exemple : Facturation à tort d'une majoration

Suite à une visite avec majoration de déplacement, le Professionnel de Santé demande 26€ pour la part RO dont 3€ de majoration. La caisse paye la facture dans un premier temps. Après vérification, la caisse annule la majoration qui n'avait pas lieu d'être.

Remplissage des entités

Cas général avec les RSP « 04 » et « 05 » : l'AMO envoie un RSP avec un code retour « 04 » et un RSP avec un code retour « 05 ». L'entité 198 (part AMO) porte le montant de la régularisation.

Type de retour = « 04 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
P (Payé)	3	N (Négatif)

Montant de la régul : - 3 sur la part AMO

Type de retour = « 05 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	CIN	26	P (Positif)

102

N° de facture	Date de facturation
Non renseigné	

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	RPR	26	N (Négatif)

Lien avec la facture

Ces 2 lignes « s'annulent »

Total des montants = -3

Les montants des entités 250 s'annulent

Cas général avec uniquement le RSP « 05 » : l'AMO envoie un RSP avec un code retour « 05 » dans lequel la part concernée (AMO) est annulée complètement via l'entité 198. Puis la régularisation s'effectue avec les 2 entités 250 : une 1ère pour le « constat initial » de la facture payée et une 2ème avec le montant de la régularisation

Type de retour = « 05 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
P (Payé)	26	N (Négatif)

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	CIN	26	P (Positif)

Lien avec la facture

102

N° de facture	Date de facturation
Non renseigné	

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	RPR	3	N (Négatif)

Montant de la régul : -3

Total des montants = -3

4.7.2.3 Annulation totale de la facture

Cas d'usage

Exemple : doublon de facture

Le Professionnel de Santé a demandé au titre de la C2S 23€ : 16,10€ pour la part RO et 6,90€ pour la part RC. Suite à un doublon de facture, la caisse annule un paiement.

Remplissage des entités

Cas général avec les RSP « 04 » et « 05 » : l'AMO envoie 2 RSP avec chacun un code retour « 04 » et avec un code retour « 05 ». Les entités 198 (part AMO) et 199 (part AMC) portent le montant de la régularisation sur chaque part.

1er RSP

Type de retour = « 04 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
P (Payé)	16,10	N (Négatif)

Montant de la régul : - 16,10 sur la part AMO

Type de retour = « 05 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	CIN	16,10	P (Positif)

Lien avec la facture

102

N° de facture	Date de facturation
Non renseigné	

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	RPR	23	N (Négatif)

2ème RSP

Type de retour = « 04 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

199

Etat paiement part AMC	Montant AMC payé	Signe du montant AMC payé
P (Payé)	6,90	N (Négatif)

Montant de la régul : - 6,90 sur la part AMC

Type de retour = « 05 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	CIN	6,90	P (Positif)

Total des montants = -23

Les montants des entités 250 s'annulent

Cas général avec uniquement le RSP « 05 » : L'AMO envoie un RSP avec un code retour « 05 » dans lequel les entités 198 (part AMO) et 199 (part AMC) portent le montant de la régularisation sur chaque part. Puis la régularisation s'effectue avec les 2 entités 250 : une 1ère pour le « constat initial » de la facture payée et une 2ème avec le montant de la régularisation.

Type de retour = « 05 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
P (Payé)	16,10	N (Négatif)

Montant de la régul : - 16,10 sur la part AMO

199

Etat paiement part AMC	Montant AMC payé	Signe du montant AMC payé
P (Payé)	6,90	N (Négatif)

Montant de la régul : - 6,90 sur la part AMC

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	CIN	23	P (Positif)

Lien avec la facture

102

N° de facture	Date de facturation
Non renseigné	

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	RPR	23	N (Négatif)

Les montants des entités 250 s'annulent

Total des montants = -23

4.7.3 Exemples RSP d'opération ponctuelle

4.7.3.1 RSP de paiement ponctuel

Cas d'usage

Exemple :

Un paiement ponctuel de 80€ pour le forfait AVK touché pour 2 patients (40 x 2).

Remplissage des entités

Cas général

Les NIR des bénéficiaires des soins ouvrants droit au paiement ponctuel sont précisés dans l'entité 262 pour chaque paiement ponctuel en rapport avec la patientèle.

Type de retour = « 03 »

BS 1

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
Non renseigné			

261

Code paiement ponctuel ou forfaitaire	Montant paiement ponctuel ou forfaitaire
AVK	40

262

Codification	Libellé associé	N° d'Immatriculation	Période	Date début	Date fin	Nombre de factures
AVK	« ROSP AVK »	NIR Bénéficiaire 1	A	01.01.2014	31.12.2014 (facultatif)	Non renseigné pour ce paiement

BS 2

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
Non renseigné			

261

Code paiement ponctuel ou forfaitaire	Montant paiement ponctuel ou forfaitaire
AVK	40

262

Codification	Libellé associé	N° d'Immatriculation	Période	Date début	Date fin	Nombre de factures
AVK	« ROSP AVK »	NIR Bénéficiaire 2	A	01.01.2014	31.12.2014 (facultatif)	Non renseigné pour ce paiement

Cas particulier 1

Les NIR des bénéficiaires des soins ouvrants droit au paiement ponctuel ne sont pas précisés dans l'entité 262. L'entité 261 porte le montant total de l'AVK.

Type de retour = « 03 »

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
Non renseigné			

261

Code paiement ponctuel ou forfaitaire	Montant paiement ponctuel ou forfaitaire
AVK	80

262

Codification	Libellé	N° d'Immatriculation	Période	Date début	Date fin	Nombre de factures
AVK	« ROSP AVK »	Non renseigné	A	01.01.2014	31.12.2014 (facultatif)	Non renseigné pour ce paiement

Cas particulier 2

Type de retour = « 03 »

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
Non renseigné			

261

Code paiement ponctuel ou forfaitaire	Montant paiement ponctuel ou forfaitaire
AVK	80

262

Codification	Libellé	N° d'Immatriculation	Période	Date début	Date fin	Nombre de factures
AVK	« ROSP AVK »	NIR Bénéficiaire 1	A	01.01.2014	31.12.2014 (facultatif)	Non renseigné pour ce paiement
AVK	« ROSP AVK »	NIR Bénéficiaire 2	A	01.01.2014	31.12.2014 (facultatif)	Non renseigné pour ce paiement

4.7.3.2 RSP de retenue ponctuelle

Cas d'usage

Exemple :

Une retenue ponctuelle de 50€ est envoyée par l'AMO. La référence de la retenue ponctuelle contenue dans le champ « Référence de la dette » ne correspond à aucune régularisation reçue par le Professionnel de Santé.

Remplissage des entités

Type de retour = « 05 »

102

N° de facture	Date de facturation
Non renseigné	

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
Référence de la retenue ponctuelle	*Code de la retenue ponctuel*	50	N (Négatif)

Annexe 1bis

Utilisation d'un Terminal Lecteur Applicatif

Intégrant l'Addendum n°8

Mise à jour Janvier 2024

GIE SESAM-Vitale
5, boulevard Marie & Alexandre Oyon - 72 019 LE MANS CEDEX 2 - www.sesam-vitale.fr
SIRET : 391 722 881 00052 - APE : 6202A - RCS LE MANS : 391 722 881 - N° TVA : FR 753 917 22881

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

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

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

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

Sommaire

1 Préambule 5

1.1 Présentation générale 5
1.2 Les évolutions fonctionnelles et organisationnelles 1.40 6
1.2.1 Le chargement de DRE en plus des FSE pour signature en visite 6
1.2.2 La désynchronisation des signatures (avec signature CPS en mode connecté) 6
1.2.3 Le remplaçant en visite 7
1.2.4 Gestion des Factures créées en visite 7
1.3 Les évolutions techniques 7
1.3.1 Le chiffrement et la sécurisation des factures 7

2 Présentation des échanges Poste de Travail - TLA 8

2.1 Spécifications fonctionnelles générales 8
2.1.1 Déclaration du TLA sur le Poste de Travail 8
2.1.2 Schémas de fonctionnement 9
2.1.3 Principe de fonctionnement 11
2.1.4 Présentation fonctionnelle générale pour Professionnel de Santé facturant à domicile 14
2.1.4.1 Phase Traitement de retour visite 15
2.1.5 Présentation fonctionnelle générale pour Professionnel de Santé facturant à domicile ou préparant les Factures au cabinet 15
2.1.5.1 Phase Traitement de préparation visite 15
2.1.5.2 Phase Chargement pour visite 16
2.1.5.3 Phase Traitement de retour visite 17
2.1.6 Présentation fonctionnelle générale pour Professionnel de Santé préparant les Factures à l'officine ou dans la structure (Fournisseurs) 18
2.1.6.1 Phase Traitement de retour visite 18
2.2 Spécifications fonctionnelles détaillées 19
2.2.1 Identification Terminal 19
2.2.2 Spécifications de la Phase Traitement de retour visite « Données bénéficiaires » 23
2.2.2.1 Déchargement bénéficiaires 24
2.2.2.2 Stockage des données bénéficiaires 25
2.2.2.3 Effacement données TLA 25
2.2.2.4 Traitement des données bénéficiaires 25
2.2.3 Spécifications de la Phase Traitement de retour visite « FSE TLA » 26
2.2.3.1 Déchargement FSE Terminal non chiffrée 26
2.2.3.2 Stockage provisoire FSE Terminal non chiffrée 27
2.2.3.3 Déchargement FSE Terminal 27
2.2.3.4 Stockage provisoire FSE Terminal 27
2.2.3.5 Effacement données TLA 27
2.2.3.6 Traduction FSE 28
2.2.3.7 Stockage FSE Terminal 28
2.2.4 Spécifications de la Phase Traitement de préparation visite 29
2.2.4.1 Sélection des patients à facturer (à titre indicatif) 29
2.2.4.2 Formater Factures (fonction existante) 30
2.2.4.3 Stockage provisoire Factures 30
2.2.5 Spécifications de la Phase Chargement 31
2.2.5.1 Identification Terminal 31
2.2.5.2 Sélection des factures à charger 32
2.2.5.3 Chargement Factures Poste de Travail 32
2.2.6 Spécifications de la Phase Traitement de retour visite « Factures PdT » 33
2.2.6.1 Déchargement Factures Poste de Travail 34
2.2.6.2 Stockage Factures Poste de Travail 35
2.2.6.3 Effacement données TLA 35
2.2.6.4 Rapprochement Factures Poste de Travail 36
2.2.7 Gestion de configuration du parc de TLA 38
2.2.7.1 Attribution des tranches de N° de FSE 38
2.2.7.2 Chargement multi-application 38

3 Les fonctions des Services SESAM-Vitale spécifiques au TLA 39

3.1 La fonction « Formater Factures » 39
3.2 La fonction « Chargement Factures PdT » 39

3.3 La fonction « Déchargement Factures Poste de Travail » 40
3.4 La fonction « Déchargement des FSE Terminal » 42
3.5 La fonction « Déchargement des FSE Terminal non chiffrées » 43
3.6 La fonction « Traduire FSE » 43
3.6.1 Description de la Zone d'échanges Feuille de soins 44
3.7 La fonction « Déchargement bénéficiaires » 47
3.8 La fonction « Effacement données TLA » 51
3.9 La fonction « Chargement données » 51
3.10 La fonction « Chargement application » 52
3.11 La fonction « Identification terminal » 53
3.12 La fonction « Sécuriser Facture » 54

4 Lexique 56

1 Préambule

Cette annexe est optionnelle et ne peut être mise en œuvre qu'à partir d'un progiciel agréé conformément au Cahier des Charges 1.40.

A ce titre, elle rend applicable l'ensemble des fonctionnalités décrites dans le CdC 1.40.

1.1 Présentation générale

Définition

Ce document désigne sous le terme « Terminal Lecteur Applicatif » ou TLA un dispositif portable ayant la particularité de fournir deux modes de fonctionnement (un mode connecté à un Poste de Travail, un mode déconnecté dans lequel le dispositif est entièrement autonome).

Les fonctionnalités de ce type de dispositif sont spécifiées dans le référentiel d'homologation « Référentiel Terminal Lecteur ».

Ce type de matériel est particulièrement destiné aux Professionnels de Santé déjà équipés de Postes de Travail qui souhaitent réaliser des factures électroniques au domicile de leur patient.

La caractéristique principale d'un TLA est de pouvoir être utilisé au cabinet médical comme un lecteur fixe (mono ou multi-application) et de remplir parfaitement les fonctionnalités spécifiées dans le Cahier des Charges SESAM-Vitale ou lors des visites (en mode déconnecté) avec les fonctionnalités adaptées à la pratique du Professionnel de Santé.

L'annexe 1 bis TLA destinée aux éditeurs de progiciels de santé a pour objet de spécifier les traitements à mettre en œuvre par le Poste de Travail du Professionnel de Santé pour charger dans le TLA des données à utiliser par le Professionnel de Santé lors de ses visites ou décharger du TLA les données mémorisées par le Professionnel de Santé au cours de ses visites.

Les schémas de fonctionnement ci-dessous expliquent la répartition des traitements entre le cabinet du Professionnel de Santé et le domicile du patient pour réaliser la facturation soit d'actes en série soit d'acte isolé.

Dans le cas d'une visite ponctuelle (dit acte isolé), le Professionnel de Santé se déplace au domicile du patient sans connaître les actes à pratiquer. Il réalise la facturation au domicile du patient puis décharge les Factures réalisées sur son Poste de Travail au cabinet.

Dans le cas d'actes en série ou de dispensation par le pharmacien ou le fournisseur pour un patient dont la carte Vitale a été lue dans une visite antérieure, le Professionnel de Santé se déplace au domicile du patient en ayant préparé la (les)factures, la(les) sécurise en présence des cartes Vitale et Professionnel de Santé au domicile du patient puis décharge les factures sécurisées sur son Poste de Travail au cabinet.

Selon le même principe, dans le cadre de la désynchronisation des signatures entre le Professionnel de Santé et le patient, un Professionnel de Santé **A** peut également charger des factures préparées par un confrère **B** pour un patient commun. En visite, la (les) factures du Professionnel **A** sont sécurisées en mode SESAM-Vitale alors que la(les) factures du Professionnel **B** sont partiellement sécurisées. Au retour de visite, le Professionnel de Santé **B** peut sécuriser à son tour les factures qui le concernent.

1.2 Les évolutions fonctionnelles et organisationnelles 1.40

1.2.1 Le chargement de DRE en plus des FSE pour signature en visite

Un Poste de Travail 1.40 autorise les Professionnels de Santé à réaliser des Demandes de Remboursement (DRE) à destination des organismes complémentaires.

Dans un mode de fonctionnement 1.40 (PdT et TLA), le Poste de Travail peut préparer trois types de facture (une FSE seule, une association FSE+DRE, une DRE seule).

Dans le cas où une association (FSE+DRE) est en attente de chargement, les deux flux FSE et DRE doivent obligatoirement être chargés dans la même opération sur le même TLA.

En phase de sélection des factures à charger dans un TLA, le logiciel ne doit proposer que les factures qui peuvent être effectivement chargées dans le TLA identifié :

- FSE seule, FSE+DRE, DRE seule pour un TLA 1.40.

1.2.2 La désynchronisation des signatures (avec signature CPS en mode connecté)

En version 1.31 du Cahier des Charges, la désynchronisation des signatures était réalisée entièrement sur le TLA en mode déconnecté. La version 1.40 propose une cinématique plus souple qui facilite le partage d'un TLA par plusieurs Professionnels de Santé.

Phase de chargement et sécurisation

1. un Professionnel de Santé nommé A sélectionne et charge les Factures qui le concernent ainsi que les factures préparées par ses confrères B et C pour les patients de sa tournée.
2. Son TLA contient lors de son départ en visite plusieurs factures pour un patient nommé X.
3. Le Professionnel de Santé A visite Monsieur X et signe en mode SESAM-Vitale sa propre facture, son TLA lui propose de signer en mode désynchronisé la facture du Professionnel de Santé B et la facture du Professionnel de Santé C qui concernent également ce patient X.
4. Lors de son retour au cabinet, le Professionnel de Santé A peut décharger ses factures entièrement sécurisées qui sont stockées en attente de mise en lot. Son logiciel lui propose aussi de décharger les factures partiellement sécurisées des Professionnel de Santé B et C qui sont stockées en attente de sécurisation CPS. Ainsi le TLA vidé de son contenu est disponible pour un autre Professionnel de Santé.
5. Les Professionnels de Santé B et C peuvent sécuriser avec leur CPS les factures partiellement sécurisées par le Professionnel de Santé A dès qu'ils le souhaitent (avant le lancement de la mise en lot, le logiciel doit signaler au Professionnel de Santé que des factures sont en attente de sécurisation par CPS). Cette dernière opération est éventuellement réalisable avec un simple Terminal Lecteur de facturation ne possédant pas d'application TLA.

1.2.3 Le remplaçant en visite

En version 1.40, le Professionnel de Santé remplacé identifie son remplaçant sur le Poste de Travail et sur le TLA.

Une fois que le Poste de Travail est en mode remplacement, le Professionnel de Santé remplaçant peut effectuer les mêmes opérations de Chargement et de Déchargement que le Professionnel de Santé titulaire en mode normal.

1.2.4 Gestion des Factures créées en visite

Création des factures en visite

Seule une FSE peut être créée en visite chez le patient. La DRE ne peut être créée que sur le PdT lors de la phase de préparation de visite tel que décrit dans le § 1.2.1 ci-dessus.

Initialisation de la plage de No de FSE TLA à partir du Poste de Travail

Les API SSV offrent un service de chargement de données qui permet au progiciel de santé d'initialiser si nécessaire une plage de No de FSE TLA. Le progiciel gère ainsi la cohérence des tranches de No attribuées à chaque TLA identifié dans la base de configuration.

1.3 Les évolutions techniques

1.3.1 Le chiffrement et la sécurisation des factures

L'évolution de la fonction de chiffrement et de sécurisation permet d'améliorer les temps de chargement et de déchargement des factures Poste de Travail ainsi que les temps de sécurisation en visite. Cette évolution nécessite l'ajout d'un traitement par le progiciel de santé entre le chargement et le déchargement des factures.

Lors du chargement de factures PdT, les API SSV restituent une image temporaire pour chaque facture. Cette image doit être mémorisée sur le Poste de Travail jusqu'au déchargement et ne doit pas écraser la facture fournie lors de la préparation de visite.

Lors du déchargement des factures PdT, les API SSV attendent en paramètre d'entrée les « images temporaires » stockées lors du chargement. Ensuite, la fonction de déchargement restitue une facture définitive totalement ou partiellement sécurisée selon le cas qui peut alors remplacer l'image mémorisée lors du chargement.

2 Présentation des échanges Poste de Travail - TLA

2.1 Spécifications fonctionnelles générales

2.1.1 Déclaration du TLA sur le Poste de Travail

Une phase préliminaire à toute utilisation doit être faite par le Professionnel de Santé qui consiste à connecter le TLA au Poste de Travail de manière à déclarer celui-ci au progiciel de santé.

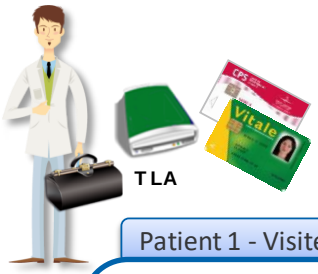
Le progiciel doit tenir à jour une base de configuration des TLA gérés par le Poste de Travail avec pour objectif principal de :

- Pouvoir attribuer des plages distinctes de numérotation de FSE pour chacun des TLA identifiés et ainsi éviter le risque de création de doublons de FSE sur les différents TLA dont les FSE sont déchargées sur le même Poste de Travail (cette opération n'a pas lieu d'être pour les TLA « réduits », c'est à dire qui ne créent pas de FSE en visite) ;

Cette phase est décrite au chapitre 2.2.7 Gestion de configuration du parc de TLA.

2.1.2 Schémas de fonctionnement

NB : la CPS est présente pour chacune de ces opérations.



En visite

Patient 1 - Visite unique

Les actes à pratiquer sur le patient sont réalisés lors de la visite

1. Le PS introduit la carte Vitale de son patient dans le TLA
2. Il saisit l'ensemble des données nécessaires à la réalisation de la FSE
3. Après validation de sa saisie, le TLA sécurise la FSE, la stocke et mémorise les données de la carte Vitale du patient
4. Si le TLA dispose d'une imprimante, le PS édite une quittance si nécessaire

Patient 2 – 1ère visite d'une série

Les actes à pratiquer sur le patient sont les premiers d'une série

1. Le PS introduit la carte Vitale de son patient dans le TLA
2. Il saisit les données du contexte de facturation nécessaires à la réalisation de la Facture à son cabinet
3. Le TLA mémorise les données de la carte Vitale du patient ainsi que les données du contexte de facturation

Patient 3 – En cours d'une série

Les données de la carte Vitale du patient ont évolué au cours de la série

1. Le PS introduit la carte Vitale de son patient dans le TLA
2. Il mémorise dans le TLA les données de la carte Vitale du patient

Patient 4 – En fin de série

La visite est la dernière de la série d'actes à pratiquer sur le patient

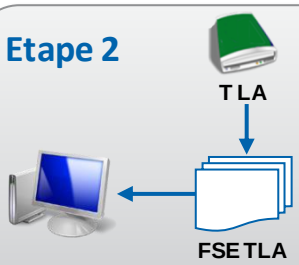
1. Le PS introduit la carte Vitale du patient dans le TLA
2. Le TLS détecte la(les) Facture(s) chargée(s) pour ce patient et demande confirmation de la sécurisation
3. Le TLA sécurise la (les) Facture(s) soit en mode SEAM-Vitale soit en mode désynchronisé

Retour de visite(s)

Etape 1

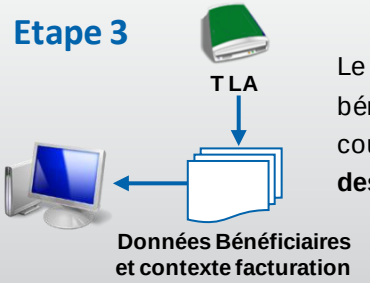
1. Un PS ou la secrétaire reconnecte le TLA au Poste de travail
2. Il introduit sa Carte de Professionnel de Santé (CPS, CPE…) et saisit son code porteur
3. Puis lance la procédure de retour visite après avoir indiqué l'identification du PS pour lequel il désire effectuer ce traitement

Etape 2



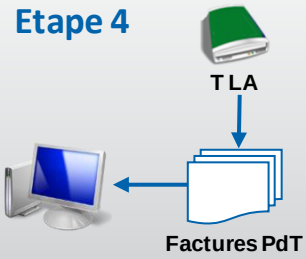
Le Poste de Travail gère le transfert des FSE TLA sécurisées et des FSE TLA non chiffrées au cours des visites grâce aux fonctions **"Déchargement FSE Terminal"** et **"Déchargement FSE Terminal non chiffrée "** des API SESAM-Vitale

Etape 3



Le Poste de Travail gère le transfert des données bénéficiaires (et contexte de facturation) mémorisées au cours des visites grâce à la fonction "**Déchargement des données Bénéficiaires"** des API SESAM-Vitale

Etape 4



Le Poste de Travail gère le transfert des factures PdT sécurisées au cours de visites grâce à la fonction **"Déchargement factures PdT "** des API SESAM-Vitale

2.1.3 Principe de fonctionnement

Les familles de Professionnels de Santé concernées sont :

- les prescripteurs (généralistes, spécialistes ou sage-femme) à l'exception des spécialités citées ci-dessous :
  - 06 : Radiologie
  - 18 : Stomatologie
  - 19 : chirurgien dentiste

  - 36 : dentiste spécialiste
  - 37 : Anatomo-Cyto-Pathologie
  - 38 : Médecin biologiste
  - 44 : Chirurgie maxillo-faciale
  - 45 : Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
  - 69 : Chirurgie orale
  - 74 : Oncologie radiothérapique
  - 76 : Radiothérapie
  - 78 : Génétique médicale
- les auxiliaires médicaux
- les pharmaciens
- les centres de santé
- les fournisseurs

Les fonctions offertes par un TLA sont identiques pour les prescripteurs, les auxiliaires médicaux et les centres de santé. Un TLA destiné aux Pharmaciens ou aux Fournisseurs ne gère pas la création sur le TLA de FSE en visite.

Les fonctions sont les suivantes :

- acquisition des données de la carte Vitale (éventuellement, le stockage) ;
- acquisition des données du contexte de facturation (pour la gestion des actes en série) ;
- la création et la sécurisation d'une Facture en présence des cartes Vitale et Professionnel de Santé ;
- l'édition d'une quittance (en option) ;
- l'édition d'un bon d'examen (en option) ;
- le transfert, du TLA vers le Poste de Travail, des données bénéficiaires ;
- le transfert, du TLA vers le Poste de Travail, de FSE créées et sécurisées en visite, complétée de FSE créées et non chiffrées en visite permettant d'obtenir les données consultables par le PS (notamment pour les données détaillées de la CCAM qui sont chiffrées sur la FSE sécurisée)
- le chargement, du Poste de Travail vers le TLA, de factures à sécuriser dans le TLA ;
- la sécurisation de factures préchargées ;
- le transfert, du TLA vers le Poste de Travail, de factures préchargées sécurisées.

Par contre, les progiciels de santé adaptent leur traitement à la pratique des Professionnels de Santé.

Ainsi, pour la famille des prescripteurs, on distingue deux types de progiciels :

- ceux couvrant la catégorie des sages-femmes (et gérant les séries d'actes) ;

- ceux ne couvrant pas la catégorie des sages-femmes (ne gérant pas les séries d'actes).

Pour les Professionnels de Santé ne facturant qu'au domicile du patient, le progiciel doit gérer:

- la récupération des données bénéficiaires lues sur les cartes Vitale ;
- la récupération des feuilles de soins sécurisées créées en visite sur le TLA, complétée des feuille de soins créées et non chiffrées en visite permettant d'obtenir les données consultables par le PS (notamment pour les données détaillées de la CCAM qui sont chiffrées sur la FSE sécurisée).

Pour les Professionnels de Santé facturant au domicile du patient ou préparant leurs FSE à leur cabinet (auxiliaires médicaux et sages-femmes), le progiciel doit gérer :

- le chargement dans le TLA des factures à sécuriser ;
- la récupération des données bénéficiaires lues sur les cartes Vitale en visite ;
- la récupération des feuilles de soins créées et sécurisées en visite sur le TLA ;
- la récupération des factures préchargées et sécurisées sur le TLA en visite,

Pour les Professionnels de Santé ne réalisant pas de FSE au domicile du patient mais préparant leurs factures à l'officine (pharmacien) ou à la structure (Fournisseur), le progiciel doit gérer :

- le chargement dans le TLA des factures « Pdt » à sécuriser ;
- la récupération des données bénéficiaires lues sur les cartes Vitale en visite ;
- la récupération des factures préchargées et sécurisées sur le TLA en visite.

Afin de normaliser les échanges entre les progiciels de Professionnels de Santé et les différents Terminaux du marché, le GIE SESAM Vitale a développé des fonctions spécifiques dans le module des Services SESAM Vitale.

Les éditeurs de progiciels trouveront dans ce document le descriptif des traitements à mettre en œuvre ainsi que le mode d'utilisation des fonctions SSV mises à leur disposition.

Les fonctions décrites permettent l'utilisation conjointe d'un terminal par plusieurs Professionnels de Santé (cas des cabinets).

De ce fait, l'accès à l'ensemble des données liées aux opérations du Professionnel de Santé nécessite l'identification de la situation de facturation pour laquelle le Professionnel de Santé a effectué les actes concernés.

Cependant, les fonctionnalités du TLA ne permettent pas à un même Professionnel de Santé qui utiliserait deux Postes de Travail indépendants de charger en même temps des données de chacun des deux postes. En effet, le TLA ne sait pas distinguer les données propres à chaque poste lors du déchargement.

L'accès aux données du terminal est sécurisé par la présence d'une Carte Professionnel de Santé valide et accessible (c'est-à-dire dont le code porteur a été présenté au moins une fois depuis sa dernière mise sous tension).

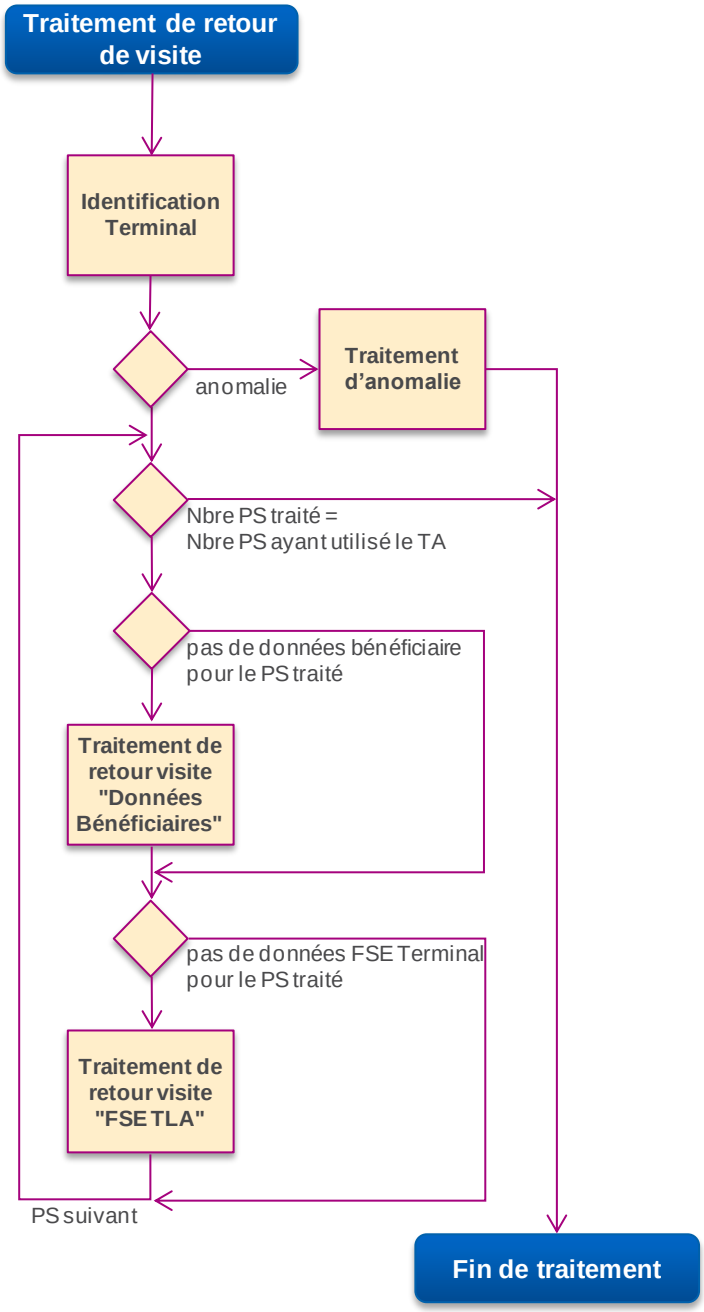
La CPS présente dans le terminal au moment de l'appel d'une des fonctions sollicitées peut contenir un identifiant de facturation distinct de celui du Professionnel de Santé pour lequel la fonction est invoquée.

Cela permet, dans le cas d'un cabinet médical que la préparation des visites ou le traitement des retours visite puissent être effectués par une personne habilitée distincte des Professionnels de Santé pour lesquels les opérations sont effectuées.

2.1.4 Présentation fonctionnelle générale pour Professionnel de Santé facturant à domicile

La phase de retour visite dans le cas des Professionnels de Santé facturant à domicile consiste, à partir des données restituées par la fonction « Identification Terminal », à décharger les données mémorisées en cours de visite. Le déchargement est toujours sécurisé par la présence d'une CPx valide et accessible.

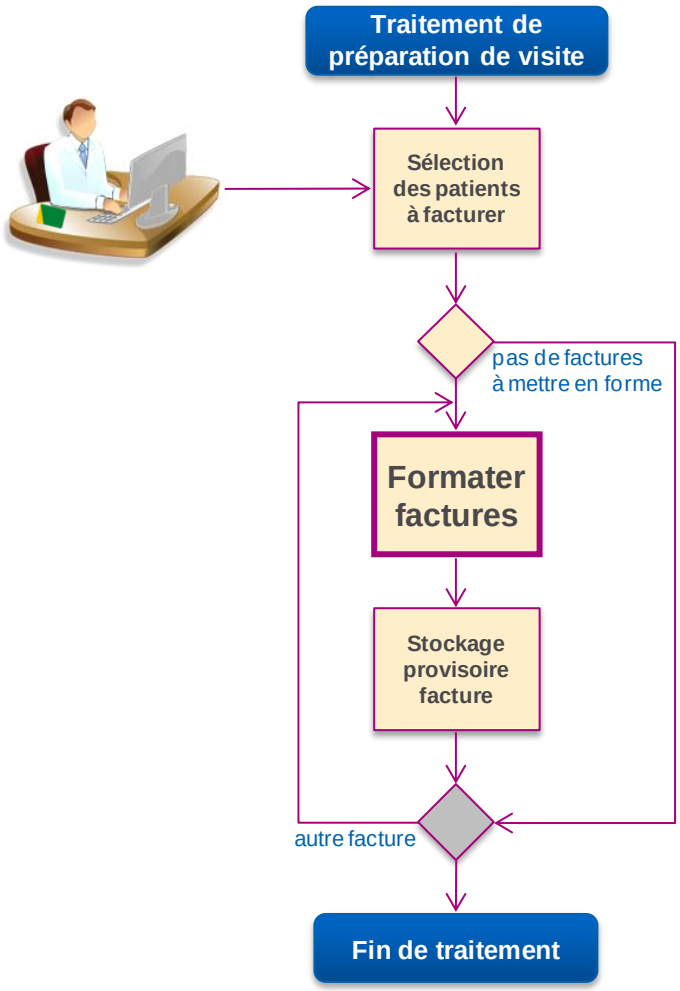
2.1.4.1 Phase Traitement de retour visite



2.1.5 Présentation fonctionnelle générale pour Professionnel de Santé facturant à domicile ou préparant les Factures au cabinet

2.1.5.1 Phase Traitement de préparation visite

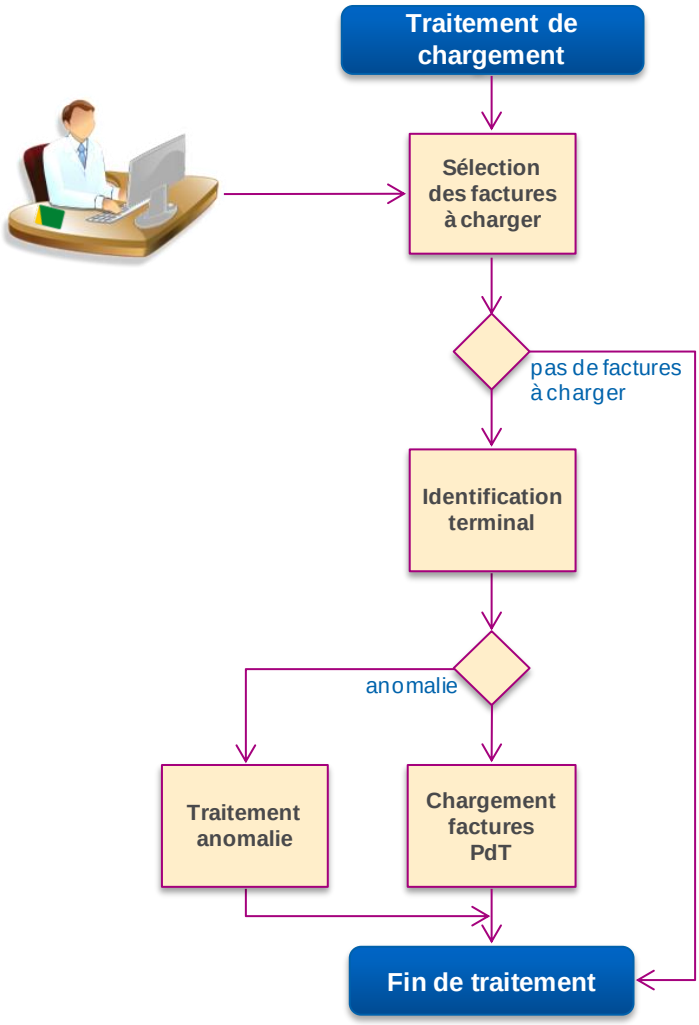
Dans certains cas (actes en série, dispensation de médicament pour un patient connu) la(les) factures est (sont) préparées sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé, chargée(s) dans le TLA qui la(les) sécurise lors de la prochaine visite au patient. La phase de préparation visite permet au Professionnel de Santé de choisir les patients pour lesquels il veut préparer les factures en vue de leur chargement.



2.1.5.2 Phase Chargement pour visite

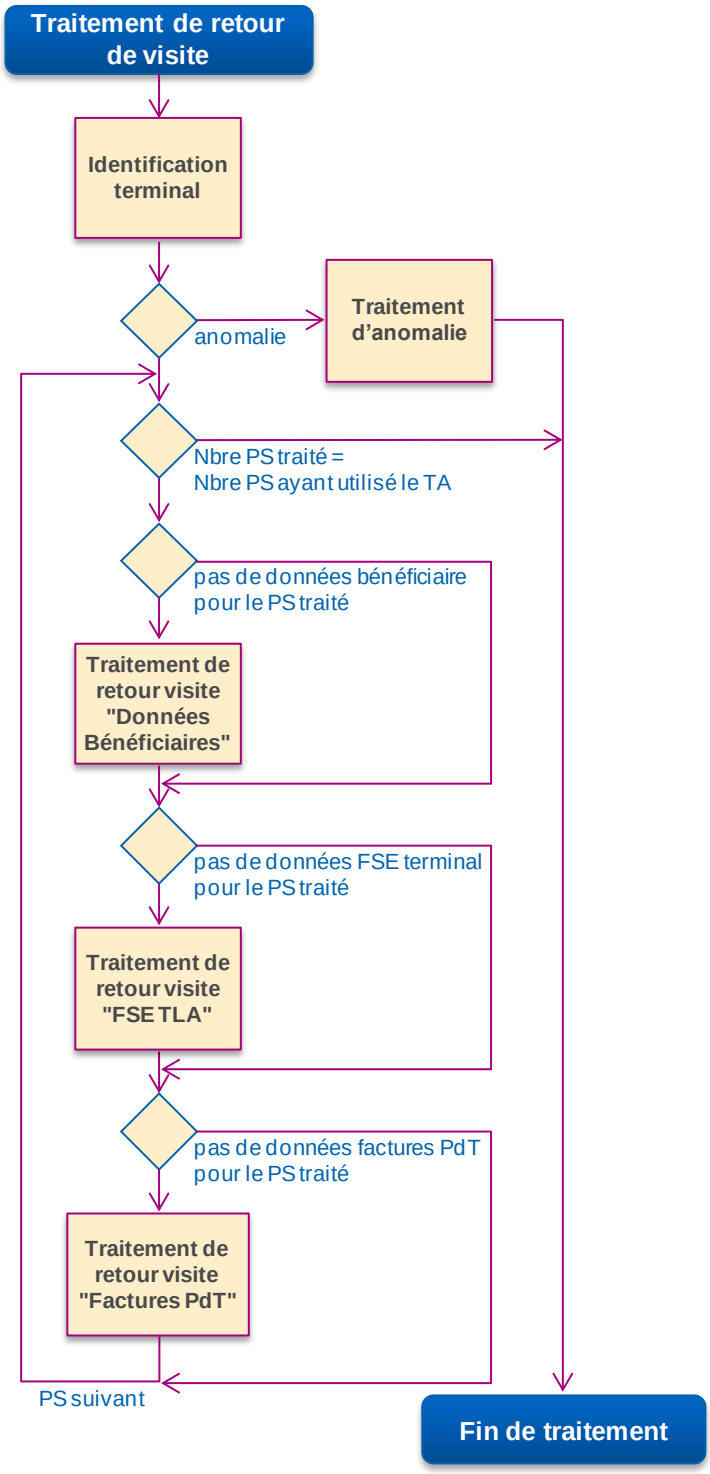
Lors du chargement, le logiciel doit proposer la liste des factures en attente de chargement. Seules les factures compatibles avec le TLA connecté seront sélectionnables. Lorsque la fonction « Formater Factures » restitue deux flux (FSE + DRE), ceux-ci doivent obligatoirement être chargés en même temps dans le même TLA pour être sécurisés en visite.

Un Professionnel de Santé peut choisir de charger des factures préparées par un confrère. Celles-ci seront sécurisées en mode désynchronisé en visite.



2.1.5.3 Phase Traitement de retour visite

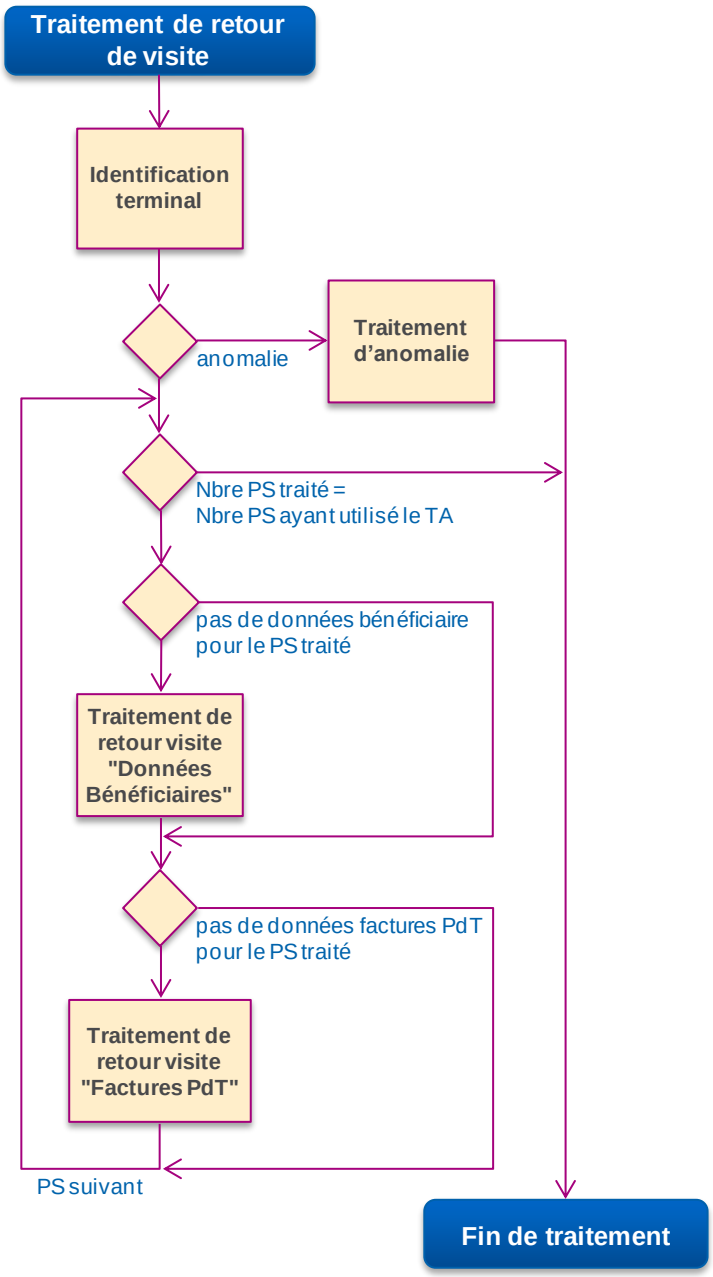
Dans le traitement de retour visite des progiciels de Professionnels de Santé préparant certaines factures au cabinet, le Poste de Travail décharge non seulement les données mémorisées en cours de visite mais aussi les factures qui avait préalablement été chargées et que le Professionnel de Santé a sécurisé lors de ses visites.



2.1.6 Présentation fonctionnelle générale pour Professionnel de Santé préparant les Factures à l'officine ou dans la structure (Fournisseurs)

2.1.6.1 Phase Traitement de retour visite

Dans le traitement de retour visite des progiciels de Professionnels de Santé préparant les factures à l'officine ou à la structure (Fournisseurs), le Poste de Travail décharge les données bénéficiaires mémorisées en cours de visite et les factures qui avait préalablement été chargées et que le Professionnel de Santé a sécurisées lors de ses visites.



2.2 Spécifications fonctionnelles détaillées

2.2.1 Identification Terminal

Effectué préalablement à toute opération de chargement ou de déchargement du Terminal à chaque fois que celui-ci est connecté au Poste de Travail, le traitement d'*Identification Terminal* nécessite en premier lieu l'appel de la fonction *Identifier TLA* des API SSV.

L'appel de la fonction « *Identifier TLA* » permet tout d'abord au progiciel du Poste de Travail de s'assurer qu'il communique bien avec un Terminal Lecteur Applicatif opérationnel et non avec un lecteur ne contenant que les ordres de facturation en mode connecté.

Le progiciel peut ensuite traiter les données restituées par la fonction décrites ci-dessous :

L'**identification logiciel Terminal** correspond à la version du Cahier des Charges sur laquelle s'appuie le logiciel Terminal (en l'occurrence 1.40) et permet au logiciel Poste de Travail de s'assurer de sa compatibilité avec le format des échanges et les fonctions assurées. Le **numéro de version du logiciel terminal lecteur applicatif** est nécessaire au Poste de Travail pour gérer le chargement d'une nouvelle version.

Le **numéro de série du terminal lecteur applicatif** indique le numéro de série affecté au terminal.

L'identification des fonctions assurées indique au Poste de Travail s'il est en phase en termes de fonctionnalités avec le matériel connecté (TLA prescripteurs, TLA auxiliaires médicaux, TLA prescripteurs et auxiliaires médicaux, TLA pharmaciens ou Fournisseurs, TLA « réduit »).

La **Plage des N° de FSE Terminal** indique les trois premiers chiffres des N° de FSE générées par le terminal lors de la facturation en visite (cf. 2.5.6).

Afin de vérifier si le TLA a déjà été utilisé sur le PdT ou bien si celui-ci est un nouveau TLA inconnu du progiciel, celui-ci doit d'abord effectuer les traitements préliminaires relatifs à la gestion de configuration du parc de TLA et mettre à jour une base de configuration des TLA destinée à mémoriser les caractéristiques de l'ensemble des TLA gérés par le Poste de Travail (cas d'un Professionnel de Santé seul) ou par les Postes de Travail gérés en réseau par le même progiciel (cas des structures où plusieurs Professionnel de Santé peuvent exercer simultanément). Cet aspect est décrit plus précisément au § 2.2.7.1 (Attribution des tranches de n° de FSE).

Si le TLA est déjà identifié dans la base de configuration et que la plage des n° de FSE correspondant à ce TLA dans la base de configuration est la même que celle restituée par la fonction « *Identifier TLA* », le progiciel peut traiter les autres données décrites restituées par la fonction et continuer le processus. Au cas où le TLA n'est pas identifié dans la base de configuration ou bien si la plage des n° de FSE est différente de celle enregistrée dans la base de configuration, il convient d'effectuer les opérations suivantes :

Cas de figure	Traitement
Plage des n° de FSE non initialisée dans le TLA.	Le progiciel doit indiquer au Professionnel de Santé que le TLA n'est pas initialisé et lui proposer une plage de n° FSE non affectée (ou au minimum la liste des plages de n° déjà affectées qu'il ne peut pas utiliser pour ce TLA). Le Professionnel de Santé doit pouvoir choisir entre une modification manuelle au setup du TLA ou le chargement automatique d'une nouvelle valeur proposée par le progiciel. Après validation par le Professionnel de Santé (et, le cas échéant, le chargement de la plage de n° FSE dans le TLA, cf. § 2.2.7.1), le progiciel doit invoquer l'ordre d'identification TLA pour valider et mémoriser dans la base de configuration le n° de série et la plage des n° FSE affectée réellement à ce TLA Si une plage était déjà enregistrée dans la base de configuration pour ce TLA, cette plage peut faire partie des plages possibles à initialiser dans le TLA ; l'enregistrement relatif à ce TLA dans la base de configuration est alors mis à jour.
Plage des n° de FSE non initialisée dans le TLA Plage existante dans la base de configuration pour ce TLA	Le progiciel doit indiquer au Professionnel de Santé que le TLA n'est pas initialisé et lui proposer la plage de n° FSE déjà prévue dans la base pour ce TLA (ou au minimum la liste des plages de n° déjà affectées qu'il ne peut pas utiliser pour ce TLA). Le Professionnel de Santé doit pouvoir choisir entre une modification manuelle au setup du TLA ou le chargement automatique d'une nouvelle valeur proposée par le progiciel. Après validation par le Professionnel de Santé (et, le cas échéant, le chargement de la plage de n° FSE dans le TLA, cf. § 2.2.7.1), le progiciel doit invoquer l'ordre d'identification TLA pour valider et mémoriser dans la base de configuration le n° de série et la plage des n° FSE affectée réellement à ce TLA
Plage des n° FSE du TLA initialisée à une valeur différente de celle enregistrée dans la base de configuration pour ce TLA Plage non affectée à un autre TLA	Le progiciel doit avertir le Professionnel de Santé que ce TLA avait déjà une plage de n° FSE affectée différente et lui dire quelle valeur lui était attribuée. Si la plage des n° FSE du TLA est différente de toutes celles enregistrés pour l'ensemble des TLA gérés par le progiciel, ce dernier laisse le choix au Professionnel de Santé de garder la valeur existante dans le TLA et de mettre à jour l'enregistrement correspondant à ce TLA dans la base de configuration ou bien de lui affecter la valeur enregistrée dans la base de configuration (toujours selon les 2 modes possibles : modification manuelle au setup ou chargement automatique, cf. § 2.2.7.1)

Cas de figure	Traitement
Plage des n° FSE du TLA initialisée à une valeur différente de celle enregistrée dans la base de configuration pour ce TLA Plage déjà affectée à un autre TLA	Le progiciel doit demander au Professionnel de Santé de modifier obligatoirement la plage des n° FSE du TLA, soit en choisissant une plage libre proposée soit en lui laissant le soin d'en choisir une différente de celles existant dans la base de configuration des TLA (toujours selon les 2 modes possibles : modification manuelle au setup ou chargement automatique, cf. § 2.2.7.1). Il n'est pas possible de choisir pour ce TLA la plage qui est déjà utilisée pour un autre TLA (sauf si les FSE de cet ancien TLA ont été liquidées, c'est à dire transmises et acceptées par l'Assurance Maladie depuis plus d'un mois) car cela signifierait la création de FSE en doublon
Plage des n° de FSE du TLA initialisée à une valeur inexistante dans la base de configuration	Le progiciel doit indiquer au Professionnel de Santé que la plage des n° de FSE n'est pas enregistrée dans la base de configuration, qu'elle n'est pas en conflit avec les autres plages enregistrées pour les autres TLA et lui proposer d'enregistrer automatiquement cette plage dans la base de configuration pour ce TLA. Le Professionnel de Santé pourra éventuellement choisir d'enregistrer une autre plage à condition qu'elle soit différente de celles enregistrées dans la base de configuration pour les autres TLA (toujours selon les 2 modes possibles : modification manuelle au setup ou chargement automatique, cf. § 2.2.7.1).

Après la phase de contrôle de configuration, le progiciel peut traiter les données restituées par la fonction « *Identifier TLA* » pour connaître l'utilisation qui a été faite du Terminal Lecteur Applicatif et en déduire les traitements à effectuer, entre autres, le nombre de Professionnels de Santé ayant utilisé le terminal en visite.

Lorsque cette information est à zéro, le progiciel n'a aucun traitement à effectuer.

Pour chaque situation de facturation de Professionnel de Santé connue du terminal, la fonction indique :

- **l'Identification de facturation du Professionnel de Santé**
- **le nombre de données bénéficiaires stockées pour le Professionnel de Santé**
- **le nombre de FSE Terminal stockées pour le Professionnel de Santé (remarque : il y aura autant de FSE Terminal non chiffrée que de FSE Terminal sécurisée)**
- **le nombre de FSE Poste de Travail stockées pour le Professionnel de Santé**
- **le nombre de FSE Poste de Travail sécurisées par le Professionnel de Santé**
- **le nombre de FSE Poste de Travail partiellement sécurisées par le Professionnel de Santé**

- **le nombre de DRE Poste de Travail stockées par le Professionnel de Santé**
- **le nombre de DRE Poste de Travail sécurisées par le Professionnel de Santé**
- **le nombre de DRE Poste de Travail partiellement sécurisées par le Professionnel de Santé**

Remarque :

Le progiciel peut faire un parallèle entre la liste des Professionnels de Santé identifiés au niveau du Poste de Travail et la liste des Professionnels de Santé ayant utilisé le Terminal pour sélectionner les Professionnels de Santé intervenant dans le traitement de retour visite.

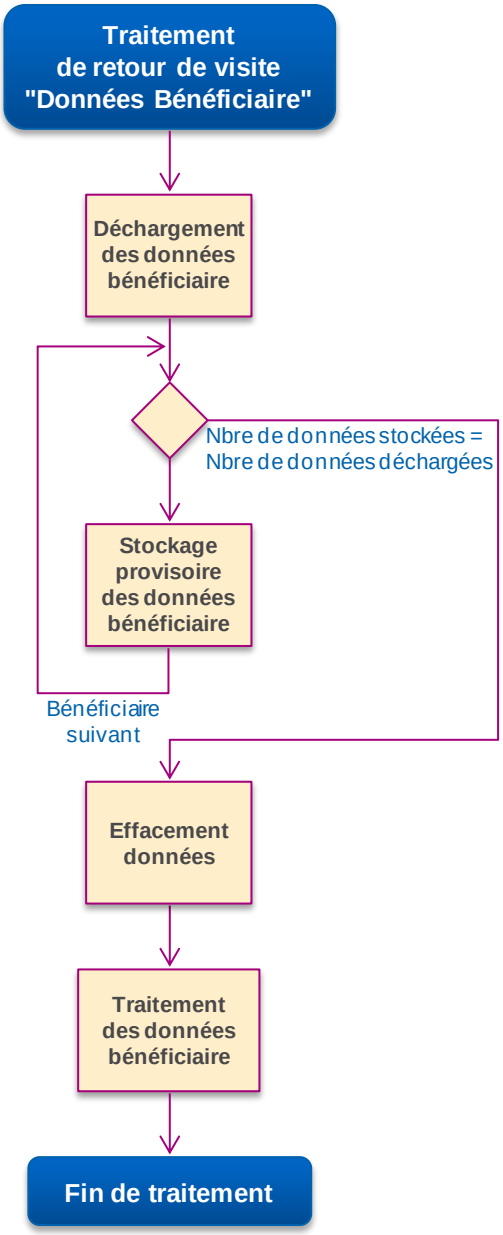
De cette façon, nous pouvons avoir plusieurs Professionnels de Santé qui disposent :

- soit de leur propre Poste de Travail et d'un seul terminal. Chaque Poste de Travail traitera les données du Professionnel de Santé qu'il a identifié ;
- soit d'un seul Poste de Travail et de plusieurs terminaux. Le Poste de Travail traitera les données en fonction du Professionnel de Santé et de chaque terminal.

Rappel :

Deux Postes de Travail indépendants pour un même Professionnel de Santé ne peuvent utiliser en même temps les services d'un TLA.

2.2.2 Spécifications de la Phase Traitement de retour visite « Données bénéficiaires »



2.2.2.1 Déchargement bénéficiaires

Le traitement de *déchargement des données bénéficiaires* comprend :

- l'appel de la fonction de déchargement des données bénéficiaires des API SSV.

  Les paramètres à renseigner sont :

  - **N° d'identification de facturation du PS** pour lequel les données doivent être déchargées.
  - **Code porteur** (le logiciel Poste de Travail peut passer le code porteur en paramètre pour que la fonction « décharger bénéficiaires » rende la Carte PS accessible si cela n'a pas déjà été fait). Il s'agit du code porteur de la CPS présente dans le coupleur du terminal au moment de l'appel de la fonction (CPS qui peut être différente de celle du Professionnel de Santé concerné).

- le traitement des messages d'anomalies.

2.2.2.2 Stockage des données bénéficiaires

Le traitement de *stockage des données bénéficiaires* consiste à sauvegarder sur le Poste de Travail les données restituées par la fonction « déchargement » pour permettre l'effacement de ces données dans le TLA.

2.2.2.3 Effacement données TLA

Le logiciel du Poste de Travail est seul maître de l'effacement des données du Terminal Lecteur Applicatif. C'est à lui de s'assurer que les données déchargées par le TLA ont bien été traitées et stockées avant de demander leur suppression (qui est définitive).

Le traitement de la fonction *Effacement données TLA* comprend :

- l'appel de la fonction Effacement des données TLA des API SSV.

  Les paramètres à renseigner sont :

  - **N° d'identification de facturation du PS** pour lequel les données doivent être effacées.
  - **Code porteur** (le logiciel Poste de Travail peut passer le code porteur en paramètre pour que la fonction « Effacement données » rende la Carte PS accessible si cela n'a pas déjà été fait).
  - **Type de données à effacer.** Dans ce cas, le type de données à effacer correspondra aux données bénéficiaires.
- le traitement des messages d'anomalies.

(NB : il est conseillé pour éviter les erreurs de manipulations que cette fonction ne soit pas déclenchée manuellement par le Professionnel de Santé).

2.2.2.4 Traitement des données bénéficiaires

Le traitement des *données bénéficiaires* consiste à enrichir la base des données Patients du Professionnel de Santé ou à mettre les données bénéficiaires à jour si celles-ci existent déjà.

Un bénéficiaire peut être identifié par les trois données ci-dessous :

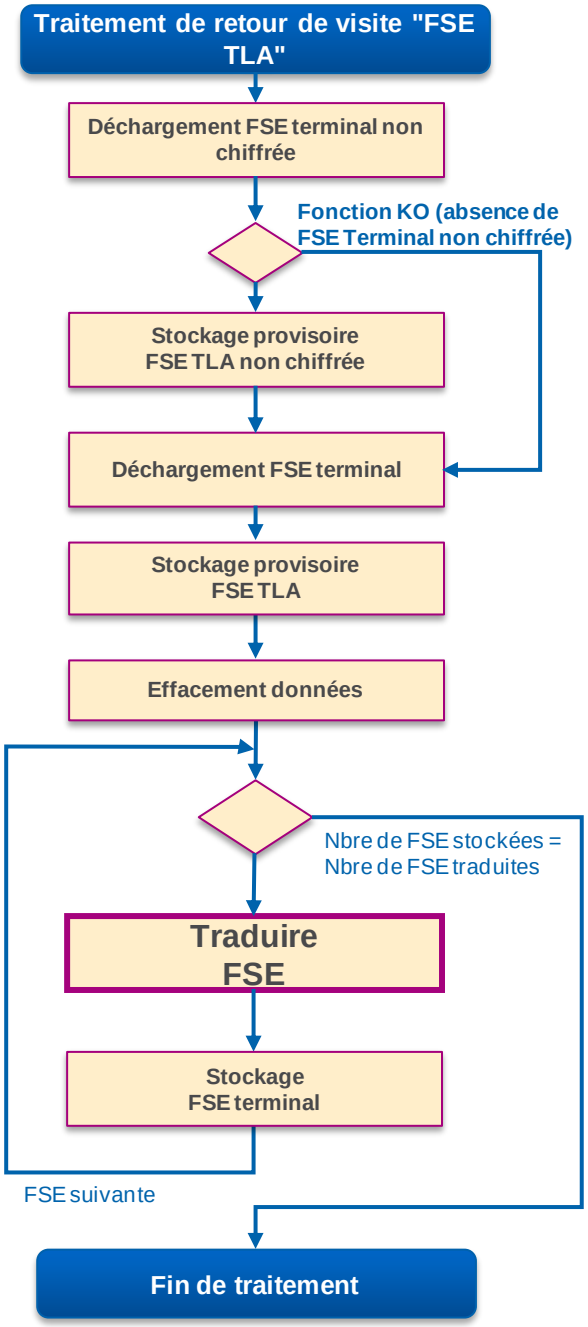
- son **N**uméro d'**I**nscription au **R**egistre (ou n° national d'immatriculation) ;
- sa date de naissance ;
- son rang gémellaire.

Dans le cas où la situation du bénéficiaire aurait évolué par rapport aux informations contenues dans la base de données du Professionnel de Santé, le progiciel de santé doit être capable, dans le cas où des « actes en série » seraient en cours, de mettre à jour la base de données patients à partir des données bénéficiaires lues sur le TLA, et de modifier s'il y a lieu les modalités de tarification de la Facture en cours selon l'annexe 2 du CdC 1.40.

Dans le cas où les données bénéficiaires sont accompagnées d'un contexte de facturation (initialisation d'une série d'actes), le progiciel doit être au minimum capable de restituer ces données au Professionnel de Santé (afin de faciliter la saisie de sa Facture).

Pour les progiciels ne gérant pas de base patient, les données bénéficiaire font l'objet au minimum d'un affichage écran pour permettre au Professionnel de Santé d'établir sa Facture ultérieurement.

2.2.3 Spécifications de la Phase Traitement de retour visite « FSE TLA »



Ce schéma exprime de façon fonctionnelle le mode d'utilisation des fonctions des API SSV et n'impose pas la conception du traitement effectué par le progiciel de santé.

2.2.3.1 Déchargement FSE Terminal non chiffrée

Le traitement de la fonction *déchargement FSE Terminal non chiffrée* comprend :

- l'appel de la fonction déchargement FSE Terminal non chiffrée des API SSV.

  Les paramètres à renseigner sont :

- **N° d'identification de facturation du PS** pour lequel les données doivent être déchargées.
- **Code porteur** (le logiciel Poste de Travail peut passer le code porteur en paramètre pour que la fonction « déchargement des données bénéficiaires » rende la Carte PS accessible si cela n'a pas déjà été fait) Il s'agit du code porteur de la CPS présente dans le coupleur du terminal au moment de l'appel de la fonction (CPS qui peut être différente de celle du Professionnel de Santé concerné).

Les paramètres restitués sont :

- **ensemble des FSE TLA non chiffrée, c'est-à-dire créées sur le TLA depuis le dernier déchargement pour le Professionnel de Santé identifié.**

- le traitement des messages d'anomalies.

2.2.3.2 Stockage provisoire FSE Terminal non chiffrée

Le traitement de *stockage FSE Terminal non chiffrée* consiste à sauvegarder sur le Poste de Travail les données restituées par la fonction « déchargement FSE Terminal non chiffrée ».

2.2.3.3 Déchargement FSE Terminal

Le traitement de la fonction *déchargement FSE Terminal* comprend :

- l'appel de la fonction déchargement FSE Terminal des API SSV.

  Les paramètres à renseigner sont :

  - **N° d'identification de facturation du PS** pour lequel les données doivent être déchargées.
  - **Code porteur** (le logiciel Poste de Travail peut passer le code porteur en paramètre pour que la fonction « déchargement des données bénéficiaires » rende la Carte PS accessible si cela n'a pas déjà été fait) Il s'agit du code porteur de la CPS présente dans le coupleur du terminal au moment de l'appel de la fonction (CPS qui peut être différente de celle du Professionnel de Santé concerné).

  Les paramètres restitués sont :

  - **ensemble des FSE TLA, c'est-à-dire créées sur le TLA depuis le dernier déchargement pour le Professionnel de Santé identifié.**

- le traitement des messages d'anomalies.

2.2.3.4 Stockage provisoire FSE Terminal

Le traitement de *stockage FSE Terminal* consiste à sauvegarder sur le Poste de Travail les données restituées par la fonction « déchargement » pour permettre l'effacement de ces données dans le TLA.

2.2.3.5 Effacement données TLA

Le progiciel de santé est seul maître de l'effacement des données du Terminal Lecteur Applicatif. C'est à lui de s'assurer que les données déchargées du TLA ont bien été traitées et stockées avant de demander leur suppression (qui est définitive).

Le traitement de la fonction *Effacement données TLA* comprend :

- l'appel de la fonction Effacement données TLA des API SSV.

  Les paramètres à renseigner sont :

  - **N° d'identification de facturation du PS** pour lequel les données doivent être effacées.
  - **Code porteur** (le logiciel Poste de Travail peut passer le code porteur en paramètre pour que la fonction « déchargement des données bénéficiaires » rende la Carte PS accessible si cela n'a pas déjà été fait) Il s'agit du code porteur de la CPS présente dans le coupleur du terminal au moment de l'appel de la fonction (CPS qui peut être différente de celle du Professionnel de Santé concerné).
  - **Type de données à effacer.** Dans ce cas, le type de données à effacer correspondra aux FSE Terminal et aux FSE Terminal non chiffrées.

- le traitement des messages d'anomalies.

(NB : il est conseillé pour éviter les erreurs de manipulations que cette fonction ne soit pas déclenchée manuellement par le Professionnel de Santé).

2.2.3.6 Traduction FSE

Le traitement de *Traduction FSE* comprend :

Pour chaque FSE Terminal déchargée :

- L'accès à la table des organismes destinataires pour déterminer l'organisme destinataire. Celui-ci doit être passé en paramètre à la fonction « Traduire FSE » ;
- l'appel de la fonction « Traduire FSE » des API SSV associant la FSE TLA non chiffrée à la FSE TLA sécurisée;
- le traitement des messages d'anomalie.

  Si un problème est rencontré lors de la traduction d'une FSE TLA, celle-ci ne pourra être transmise à l'Assurance Maladie. Le progiciel de santé doit signaler au Professionnel de Santé toute anomalie et conserver la FSE TLA pour analyse.

2.2.3.7 Stockage FSE Terminal

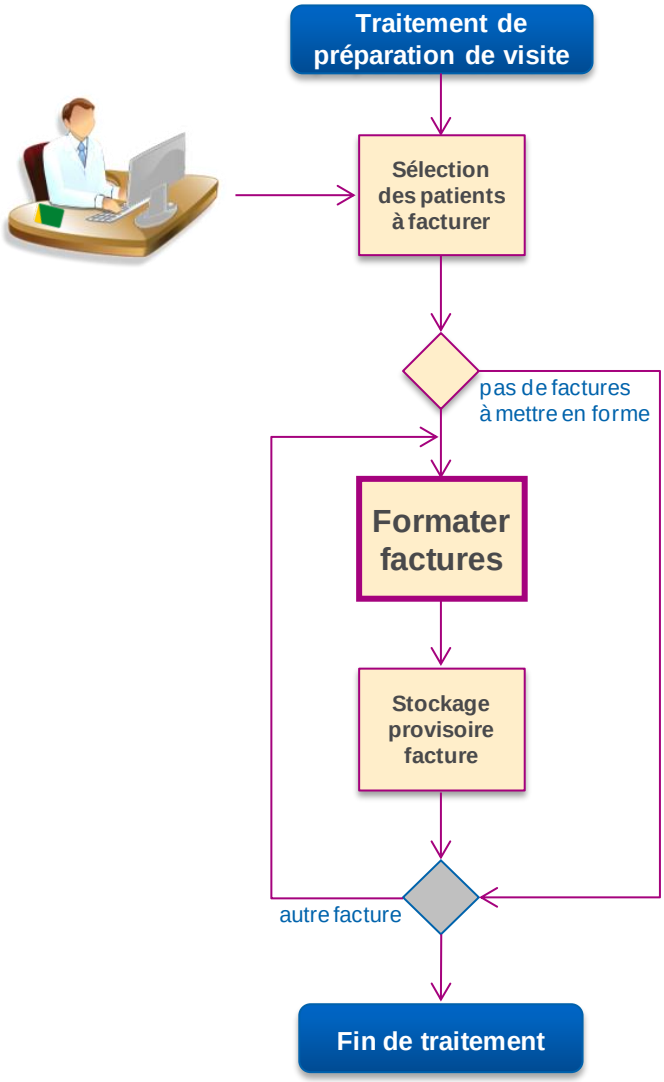
Le traitement de *stockage FSE Terminal* consiste à sauvegarder la FSE sécurisée et son critère de regroupement en lot dans l'état « feuille de soins sécurisée en attente de mise en lot ».

La feuille de soins au format « groupe de données » est reconstituée pour maintenir la cohérence avec les données Poste de Travail.

Dans le cas où une *FSE Terminal non chiffrée* existe, La feuille de soins au format « groupe de données » sera renseignée avec les données non chiffrées de la FSE Terminal non chiffrée.

Ces données sont nécessaires au Poste de Travail pour imprimer un duplicata de la FSE terminal en cas de problème de transmission ou d'ARL négatif. (voir traitement des lots de FSE Terminal par un logiciel Poste de Travail).

2.2.4 Spécifications de la Phase Traitement de préparation visite



2.2.4.1 Sélection des patients à facturer (à titre indicatif)

Le traitement *de Sélection des patients à facturer* proposera au Professionnel de Santé :

- la liste des patients à visiter pour lesquels le traitement s'achève pendant la période choisie ;
- la liste des patients à visiter pendant la période choisie (en indiquant les données nécessaires au Professionnel de Santé pour décider une facturation intermédiaire).

Le Professionnel de Santé sélectionne les patients pour lesquels il veut clôturer une période et précharger la(les) factures (la facture préparée inclut l'acte réalisé lors de la visite qui donnera lieu à sécurisation).

La date de facturation inscrite dans la(les) Facture(s) ne doit pas être la date de préparation de la Facture mais la date de « visite » prévue par le Professionnel de Santé, la facture n'étant complète que lors de la sécurisation.

Ce traitement n'est indiqué que pour exemple. Celui-ci peut se résumer à une simple saisie du Professionnel de Santé des Factures à précharger (cas de logiciels « Poste de Travail » ne gérant pas la planification des visites).

2.2.4.2 Formater Factures (fonction existante)

Le traitement de *Formater Factures* comprend :

- le contrôle de la base de configuration pour activer ou désactiver la création de DRE.

Puis pour chaque facture à charger :

- la phase de contrôle de l'application de la réglementation ;
- la phase de tarification ;
- l'appel de la fonction Formater Facture des API SSV.

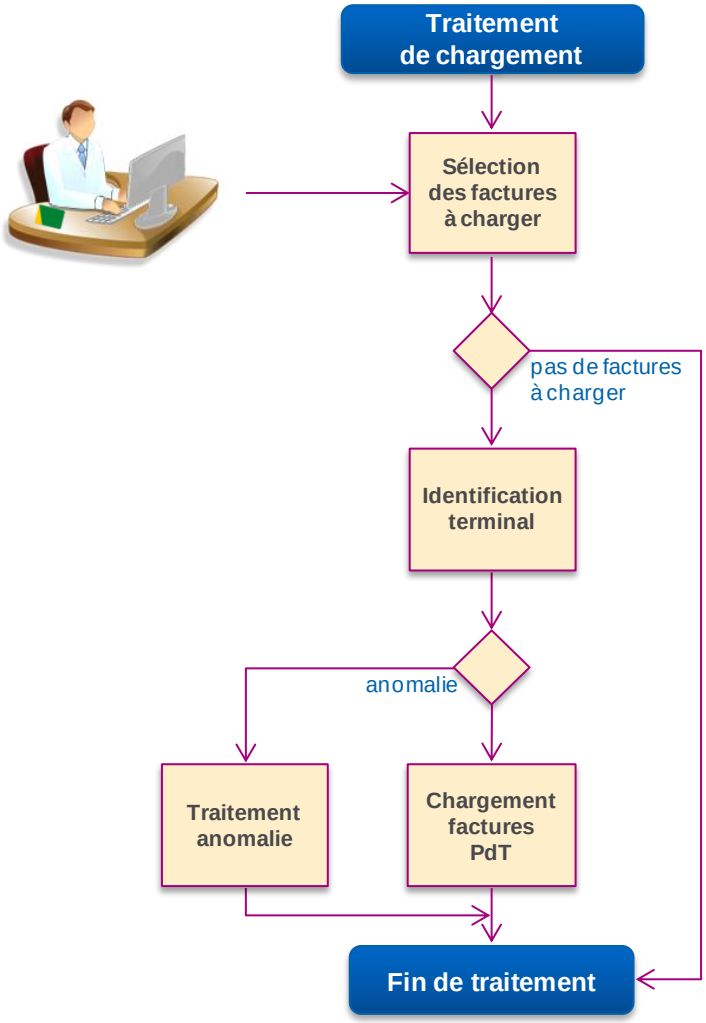
Particularité : le paramètre « mode de sécurisation » prend la valeur « en visite ». Le CRL (ou complément Facture PdT) restitué dans ce cas doit être transmis à la fonction « chargement Factures PdT » et ne permet pas de mettre la Facture en lot.

Lorsque la fonction restitue une FSE et une DRE, celles-ci forment une association facture indissociable. Les deux factures seront chargées en même temps, sécurisées en visite en même temps, déchargées au retour de visite en même temps.

2.2.4.3 Stockage provisoire Factures

Le traitement de *stockage provisoire Factures* consiste à sauvegarder la(les)factures et leur(s) complément(s) Facture PdT dans l'état « factures à charger pour sécurisation ».

2.2.5 Spécifications de la Phase Chargement



2.2.5.1 Identification Terminal

Le traitement d'*Identification Terminal*, effectué avant de charger le terminal comprend :

- l'appel de la fonction Identification Terminal des API SSV ;
- le traitement des données de sortie.

  Dans le cas du chargement, le Poste de Travail s'assure que le TLA ne gère pas une version de Cahier des Charges supérieure à la sienne.

  Le progiciel de santé vérifie que le TLA est bien connu du Poste de Travail.

  Dans le cas où des factures PdT seraient déjà chargées dans le TLA, le Professionnel de Santé doit être alerté et doit confirmer sa demande.

Remarque :

Charger dans un TLA des factures FdT provenant de différents Postes de Travail indépendants poserait un problème lors du déchargement (voir déchargement Factures PdT).

2.2.5.2 Sélection des factures à charger

Le traitement *de Sélection des factures à charger* proposera au Professionnel de Santé la liste des factures en attente de chargement (une association de factures FSE+DRE correspond à une ligne sélectionnable). Si plusieurs Professionnels de Santé sont connus dans la base des Professionnels de Santé, le progiciel propose une sélection par PS. Ainsi un PS A peut sélectionner des factures préparées par un Professionnel de Santé B (ce principe s'applique dans le cadre d'un remplacement).

2.2.5.3 Chargement Factures Poste de Travail

Le traitement de *chargement Factures Poste de Travail* comprend :

- l'appel de la fonction Chargement Factures Poste de Travail des API SSV.

  Les paramètres à renseigner sont :

  - **N° d'identification de facturation du PS** pour lequel les données doivent être chargées.
  - Pour chaque Facture à charger :
    - **Complément FSE PdT** : complément d'information restitué par la fonction « Formater Factures » dans le champ CRL ;
    - **FSE formatée** : feuille de soins (formatée à la Norme Assurance Maladie) à sécuriser.
  - Pour chaque DRE à charger :
    - **Complément DRE PdT** : complément d'information restitué par la fonction « Formater Factures » dans le champ CRL ;
    - **DRE formatée** : demande de remboursement électronique à sécuriser.

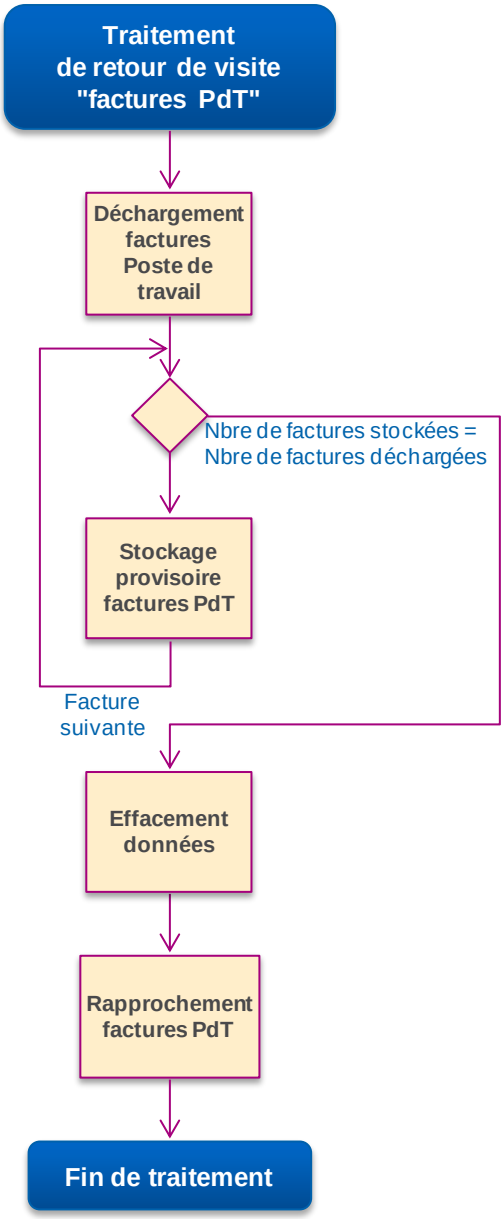
  Les paramètres restitués sont :

  - Pour chaque FSE chargée :
    - **Complément FSE PdT** : complément d'information restitué par la fonction ;
    - **Image FSE chargée** : image provisoire de la FSE chargée.
  - Pour chaque DRE chargée :
    - **Complément DRE PdT** : complément d'information restitué par la fonction ;
    - **image DRE chargée** : image provisoire de la demande de remboursement électronique chargée.
- le traitement des messages d'anomalies.
- Dans le cas où le chargement s'est correctement terminé, le Poste de Travail doit stocker pour chaque facture l'image provisoire restituée par la fonction « Charger Factures PdT ». Cette image ne doit pas écraser le flux à charger restitué par la fonction « Formater Factures ».

Remarque :

Le Poste de Travail doit mémoriser le N° de série du TLA dans lequel la Facture PdT a été chargée. Lorsqu'une Facture PdT a été correctement chargée dans un TLA, elle passe dans l'état « Facture en attente de déchargement » et ne peut être chargée une deuxième fois.

2.2.6 Spécifications de la Phase Traitement de retour visite « Factures PdT »



2.2.6.1 Déchargement Factures Poste de Travail

Une fois le TLA et le Professionnel de Santé identifié (dans le cadre d'un remplacement, le Professionnel de Santé identifié peut être un Professionnel de Santé titulaire ou un Professionnel de Santé remplaçant), le progiciel du Poste de Travail recherche dans la base des factures les factures en attente de déchargement pour le Professionnel de Santé et le TLA identifiés et récupère l'image provisoire de la facture chargée ainsi que le complément facture récupérés lors du chargement.

Le traitement de *déchargement Factures Poste de Travail* comprend :

- l'appel de la fonction déchargement Factures Poste de Travail des API SSV.

  Les paramètres à renseigner sont :

  - **N° d'identification de facturation du PS** pour lequel les données doivent être déchargées.

- **Code porteur** (le logiciel Poste de Travail peut passer le code porteur en paramètre pour que la fonction « déchargement FSE PdT » rende la Carte PS accessible si cela n'a pas déjà été fait) Il s'agit du code porteur de la CPS présente dans le coupleur du terminal au moment de l'appel de la fonction (CPS qui peut être différente de celle du Professionnel de Santé concerné).
- Pour chaque FSE chargée :
  - **Complément FSE PdT** : complément d'information restitué par la fonction ;
  - **Image FSE chargée** : image provisoire de la FSE chargée.
- Pour chaque DRE chargée :
  - **Complément DRE PdT** : complément d'information restitué par la fonction ;
  - **Image DRE chargée** : image provisoire de la demande de remboursement électronique chargée.

Les paramètres restitués sont :

- Pour chaque FSE totalement sécurisée :
  - **CRL FSE** : CRL nécessaire à la mise en lot ;
  - **FSE sécurisée** : FSE sécurisée (prête à être mise en lot).
- Pour chaque FSE partiellement sécurisée :
  - **Complément FSE désynchro** : Complément nécessaire à la fonction « Sécuriser Facture » ;
  - **FSE partiellement sécurisée** : FSE sécurisée avec Vitale (doit être sécurisée avec CPS).
- Pour chaque DRE totalement sécurisée :
  - **CRL DRE** : CRL nécessaire à la mise en lot ;
  - **DRE sécurisée** : DRE sécurisée (prête à être mise en lot).
- Pour chaque DRE partiellement sécurisée :
  - **Complément DRE désynchro** : Complément nécessaire à la fonction « Sécuriser Facture » ;
  - **DRE partiellement sécurisée** : DRE sécurisée avec Vitale (doit être sécurisée avec CPS).

- le traitement des messages d'anomalies.

2.2.6.2 Stockage Factures Poste de Travail

Le traitement de *stockage Factures Poste de Travail* consiste à sauvegarder sur le Poste de Travail les données restituées par la fonction « déchargement » pour permettre l'effacement de ces données dans le TLA.

2.2.6.3 Effacement données TLA

Le progiciel est seul maître de l'effacement des données du Terminal Lecteur Applicatif. C'est à lui de s'assurer que les données déchargées par le TLA ont bien été traitées et stockées avant de demander leur suppression (qui est définitive).

Le traitement de la fonction *Effacement données TLA* comprend :

- l'appel de la fonction Effacement données TLA des API SSV.

  Les paramètres à renseigner sont :

  - **N° d'identification de facturation du PS** pour lequel les données doivent être effacées ;
  - **Code porteur** (le logiciel Poste de Travail peut passer le code porteur en paramètre pour que la fonction « déchargement FSE PdT » rende la Carte PS accessible si cela n'a pas déjà été fait) Il s'agit du code porteur de la CPS présente dans le coupleur du terminal au moment de l'appel de la fonction (CPS qui peut être différente de celle du Professionnel de Santé concerné) ;
  - **Type de données à effacer.** Dans ce cas, le type de données à effacer correspondra aux Factures PdT.

- le traitement des messages d'anomalies.

(NB : il est conseillé pour éviter les erreurs de manipulations que cette fonction ne puisse pas être déclenchée manuellement par le Professionnel de Santé).

2.2.6.4 Rapprochement Factures Poste de Travail

Ce traitement des *factures Poste de Travail* consiste à rapprocher les factures PdT chargées dans le TLA (identifié par la fonction Identification Terminal) en attente de sécurisation et les factures PdT totalement ou partiellement sécurisées déchargées du TLA.

Plusieurs cas sont à gérer :

- La Facture totalement sécurisée déchargée correspond à une Facture en attente de déchargement.

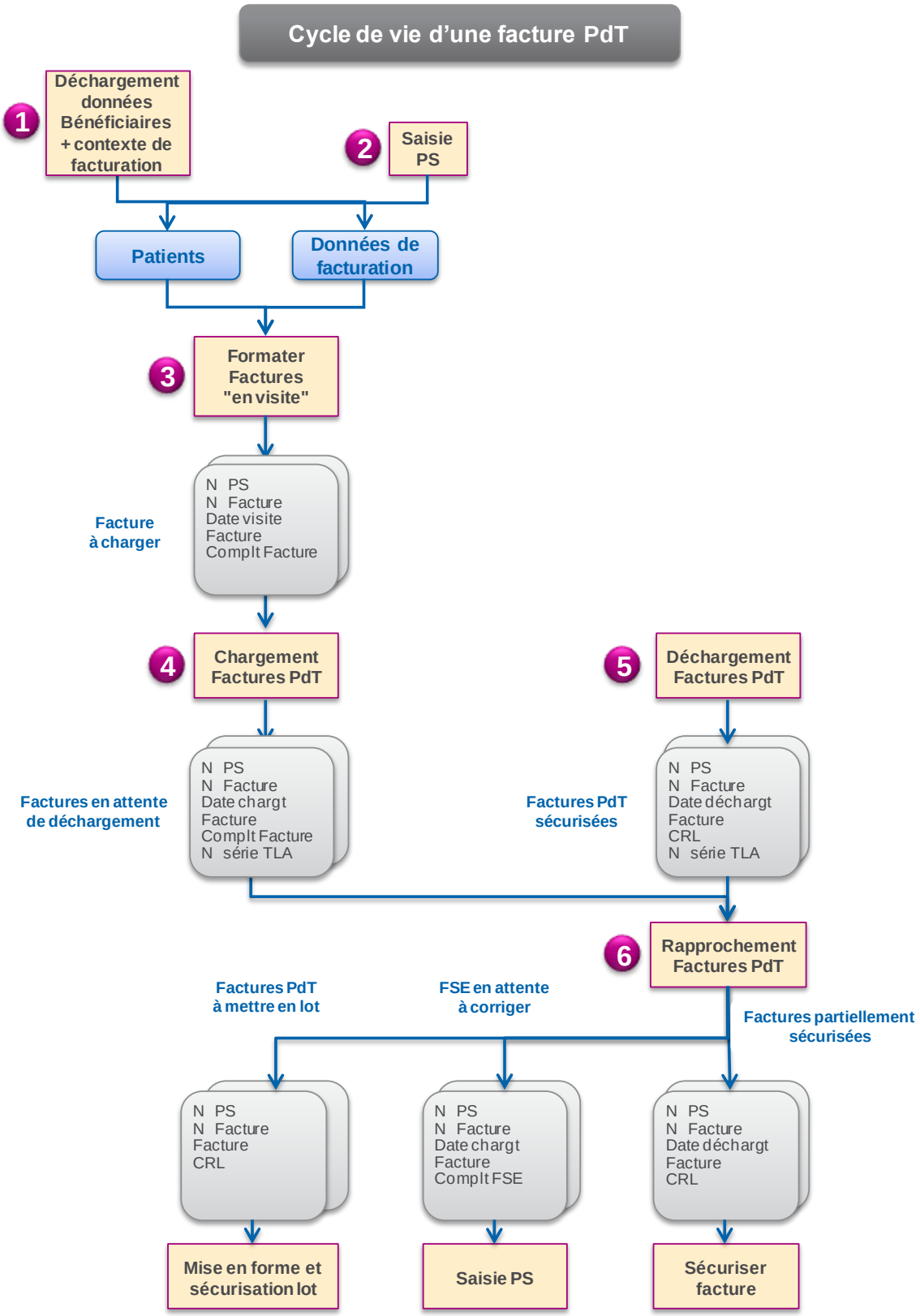
  Le progiciel peut sauvegarder la Facture totalement sécurisée ainsi que son critère de regroupement en lot en lieu et place de la Facture non sécurisée dans l'état « **Facture à mettre en lot** ». L'image provisoire de la facture chargée devient alors inutile. Elle peut être supprimée.

- La Facture partiellement sécurisée déchargée correspond à une Facture en attente de déchargement.

  Le progiciel peut sauvegarder la Facture partiellement sécurisée ainsi que son complément facture désynchro en lieu et place de la Facture non sécurisée dans l'état « **Facture à sécuriser par CPS** ». L'image provisoire de la facture chargée devient alors inutile. Elle peut être supprimée.

- La Facture en attente de sécurisation ne correspond à aucune Facture sécurisée déchargée.

Le Professionnel de Santé n'a pu visiter son patient. La Facture PdT passe dans l'état « **Facture en attente à corriger** » (le N° de série du TLA dans lequel elle avait été chargée n'a plus lieu d'être associé à cette FSE). La Facture redevient disponible pour un nouveau chargement. Elle doit être signalée au Professionnel de Santé qui la corrigera en vue d'une visite ultérieure. L'image provisoire de la facture chargée devient alors inutile. Elle peut être supprimée.



L'objet de ce schéma est d'indiquer quelles fonctions (représentées par des carrés) contribuent à faire évoluer l'état d'une Facture PdT. Les données sont représentées par des carrés grisés à bord arrondis.

2.2.7 Gestion de configuration du parc de TLA

2.2.7.1 Attribution des tranches de N° de FSE

Pour éviter le conflit de double numérotation entre les FSE créées sur le Poste de Travail et les FSE créées sur le Terminal (cf. § 2.2.1 Identification Terminal), les progiciels de Professionnels de Santé doivent réserver une plage de numéros de FSE pour les terminaux. Par convention, le Poste de Travail utilisera la plage 000xxxxxx. Chaque terminal connecté au Poste de Travail se voit attribué (par configuration) une plage parmi l'intervalle suivant [001xxxxxx ; 999xxxxxx].

Plus généralement, tous les dispositifs qui créent des FSE susceptibles d'être reliés entre-eux dans un cabinet de groupe doivent avoir chacun une plage de numéros de FSE distincte des autres. Cela est vrai aussi pour plusieurs PdT reliés en réseau, ceux-ci pouvant être utilisés indépendamment par n'importe quel Professionnel de Santé, et notamment :

- un même Professionnel de Santé peut utiliser plusieurs PdT ;
- plusieurs Professionnel de Santé peuvent utiliser le même PdT.

Dans ce cas, un seul PdT doit avoir la plage 000 de numéros de FSE, les autres se voyant attribuer une plage distincte de la même façon que pour les TLA.

Remarque :

Un TLA ne peut être opérationnel « en visite » que si la fonction « Identification terminal » a été appelée au moins une fois en mode connecté.

2.2.7.2 Chargement multi-application

Le logiciel Poste de Travail doit permettre (grâce à la fonction chargement application) de charger dans le TLA une application du domaine de la santé dont l'en-tête est donné par le fournisseur d'applications embarquées dans le TLA.

3 Les fonctions des Services SESAM-Vitale spécifiques au TLA

Ce chapitre décrit les fonctions des Services SESAM-Vitale assurant les échanges avec un Terminal Lecteur Applicatif :

1. La fonction « Formater Factures »
2. la fonction « Chargement Factures PdT »
3. la fonction « Déchargement de Factures PdT »
4. la fonction « Déchargement de FSE Terminal »
5. la fonction « Déchargement de FSE Terminal non chiffrée »
6. la fonction « Traduction FSE »
7. la fonction « Déchargement bénéficiaires »
8. la fonction « Effacement de données TLA »
9. la fonction « Chargement données »
10. la fonction « Chargement Application »
11. la fonction « Identification Terminal »
12. la fonction « Sécuriser Facture »

3.1 La fonction « Formater Factures »

Cf. « La création de la factures électroniques » dans les annexes 1-A et 1-A0 du Cahier des Charges 1.40 ([CDC140]).

3.2 La fonction « Chargement Factures PdT »

La fonction ***« Chargement Factures PdT »*** a pour objet de charger dans le Terminal Lecteur Applicatif les factures (FSE seule, FSE+DRE, DRE seule) (ex: actes en série) préparées sur le Poste de Travail en vue de leur sécurisation en visite.

Les paramètres en entrée

- **N° d'identification de facturation du PS**

  N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé.

  Pour les factures réalisées par un remplaçant : numéro d'identification de facturation **du PS remplaçant.**

- Pour chaque FSE PdT à charger :
  - **Complément FSE PdT**

    données complémentaires à la FSE nécessaires à la fonction Décharger Factures PdT pour déterminer le critère de regroupement en lot.
  - **FSE**

    Feuille de Soins Electronique non sécurisée.
- Pour chaque DRE PdT à charger :

- **Complément DRE PdT**

  données complémentaires à la DRE nécessaires à la fonction Décharger Factures PdT pour déterminer le critère de regroupement en lot.

- **DRE**

  Demande de Remboursement Electronique non sécurisée.

Les paramètres en sortie

- Pour chaque FSE PdT chargée :
  - **Image FSE chargée**

    Image temporaire de la FSE chargée.
  - **Complément FSE PdT**

    données complémentaires à la FSE.
  - **No de FSE**

    No de FSE chargée (permettant de mémoriser l'image temporaire restituée).
- Pour chaque DRE PdT chargée :
  - **Image DRE chargée**

    Image temporaire de la DRE chargée.
  - **Complément DRE PdT**

    données complémentaires à la FSE.
  - **No de DRE**

    No de DRE chargée (permettant de mémoriser l'image temporaire restituée).

3.3 La fonction « Déchargement Factures Poste de Travail »

La fonction ***« Déchargement Factures PdT »*** réalise le déchargement de l'ensemble des factures Poste de Travail sécurisées depuis le dernier déchargement.

Les paramètres en entrée

- **Code porteur**

  Cette information peut être fournie par le progiciel du Professionnel de Santé.
- **N° d'identification de facturation du PS**

  N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé dont le Poste de Travail souhaite décharger les FSE.

  Pour les factures réalisées par un remplaçant : numéro d'identification de facturation **du PS remplaçant.**
- Pour chaque FSE PdT chargée, nous aurons :
  - **Image FSE chargée**

    Image temporaire de la FSE chargée.

- **Complément FSE PdT**

  données complémentaires à la FSE.

- **No de FSE**

  No de FSE chargée (permettant d'associer l'image temporaire restituée à la FSE préparée).

- Pour chaque DRE PdT chargée, nous aurons :
  - **Image DRE chargée**

    Image temporaire de la DRE chargée.

  - **Complément DRE PdT**

    données complémentaires à la FSE.

  - **No de DRE**

    No de DRE chargée (permettant d'associer l'image temporaire restituée à la DRE préparée).

Les paramètres en sortie

- Pour chaque FSE PdT totalement sécurisée :
  - **FSE**

    Feuille de soins électronique totalement sécurisée.

  - **Critère de regroupement en lot**

    critère de regroupement de la FSE pour la mise en lot.

  - **N° d'identification de facturation du PS**

    N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé (dans le cadre d'un remplacement, c'est toujours le Professionnel de Santé titulaire).

  - **N° de la FSE**

    numéro de la FSE.

- Pour chaque FSE PdT partiellement sécurisée :
  - **FSE**

    Feuille de soins électronique partiellement sécurisée.

  - **Complément FSE désynchro**

    complément de la FSE nécessaire à la fonction « Sécuriser Facture ».

  - **N° d'identification de facturation du PS**

    N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé (dans le cadre d'un remplacement, c'est toujours le Professionnel de Santé titulaire).

  - **N° de la FSE**

    numéro de la FSE.

- Pour chaque DRE PdT totalement sécurisée :
  - **DRE**

    Demande de Remboursement électronique totalement sécurisée.

  - **Critère de regroupement en lot**

critère de regroupement de la DRE pour la mise en lot.

- **N° d'identification de facturation du PS** (dans le cadre d'un remplacement, c'est toujours le Professionnel de Santé titulaire)

  N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé.

- **N° de la DRE**

  numéro de la DRE.

- Pour chaque DRE PdT partiellement sécurisée :
  - **DRE**

    Demande de remboursement électronique partiellement sécurisée.

  - **Complément DRE désynchro**

    complément de la FSE nécessaire à la fonction « Sécuriser Facture ».

  - **N° d'identification de facturation du PS** (dans le cadre d'un remplacement, c'est toujours le Professionnel de Santé titulaire)

    N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé.

  - **N° de la FSE**

    numéro de la DRE.

3.4 La fonction « Déchargement des FSE Terminal »

La fonction ***« Déchargement FSE TLA »*** permet de transférer sur le Poste de Travail les FSE « Acte isolé » créées et sécurisées par le Terminal Lecteur Applicatif.

Les paramètres en entrée

- **Code porteur**

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

- **N° d'identification de facturation du PS**

  N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé pour lequel le progiciel souhaite décharger les FSE.

  Pour les factures réalisées par un remplaçant : numéro d'identification de facturation **du PS remplaçant.**

Les paramètres en sortie

- Pour chaque FSE Terminal Lecteur Applicatif :
  - **FSE**

    Feuille de soins électronique sécurisée.

  - **Complément FSE TLA**

    données complémentaires à la FSE nécessaires à la fonction Traduire FSE pour déterminer le critère de regroupement en lot.

  - **N° de la FSE**

    numéro de la FSE (attribué par le terminal).

- **N° d'identification de facturation du PS**

  N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé.

- **Code régime**

  code régime de l'assuré.

- **Caisse gestionnaire**

  caisse gestionnaire de l'assuré.

- **Centre gestionnaire**

  centre gestionnaire de l'assuré.

3.5 La fonction « Déchargement des FSE Terminal non chiffrées »

La fonction ***« Déchargement FSE TLA_NonChiffrée»*** permet de transférer sur le Poste de Travail les FSE « Acte isolé », non chiffrées, créées par le Terminal Lecteur Applicatif.

Les paramètres en entrée

- **Code porteur**

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

- **N° d'identification de facturation du PS**

  N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé pour lequel le progiciel souhaite décharger les FSE.

  Pour les factures réalisées par un remplaçant : numéro d'identification de facturation **du PS remplaçant.**

Les paramètres en sortie

- Pour chaque FSE Terminal Lecteur Applicatif :
  - **FSE**

    Feuille de soins électronique non chiffrée.

  - **N° de la FSE**

    numéro de la FSE (attribué par le terminal).

  - **N° d'identification de facturation du PS**

    N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé.

3.6 La fonction « Traduire FSE »

La fonction ***« Traduction FSE »*** a pour objet de restituer, à partir de la FSE Terminal et de la FSE Terminal non chiffrée si présente (à la norme d'échange attendue par l'Assurance Maladie Obligatoire) les données constitutives de cette facture (au format « groupes de données ») tel que spécifiées en entrée de la fonction « Mise en forme et sécurisation FSE ».

Les paramètres en entrée

- **Complément FSE TLA**

  données complémentaires à la FSE restituées par la fonction « décharger FSE Terminal ».

- **Organisme destinataire**

  caisse destinataire de la FSE déterminée à partir des données (régime, caisse, centre).

- **FSE Terminal**

  Feuille de soins électronique sécurisée.

- **FSE Terminal non chiffrée**

  Feuille de soins électronique non chiffrée.

- **N° de la FSE**

  numéro de la FSE (attribué par le terminal).

- **N° d'identification de facturation du PS**

  N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé.

Les paramètres en sortie

- **Critère de regroupement en lots**

  Cette donnée est le critère de regroupement de la feuille de soins en lots.

  Information utilisée pour la fonction « *Mise en forme et sécurisation Lot* ».

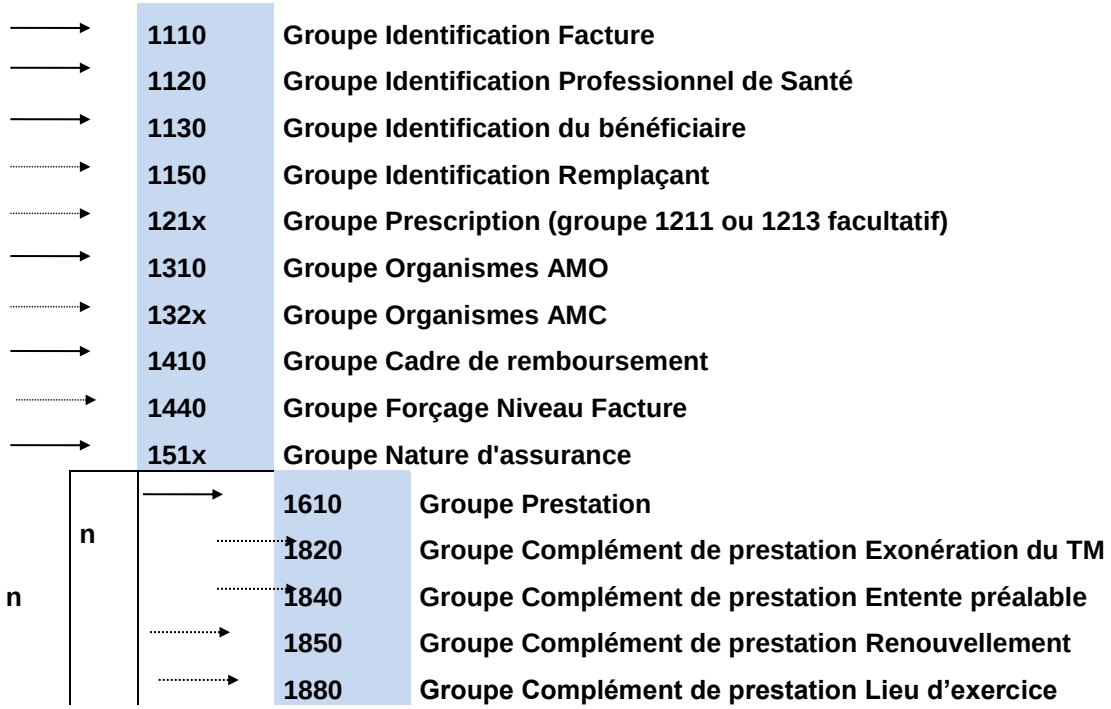
- **Zone d'échanges Feuille de soins**

  Voir description des groupes de données.

3.6.1 Description de la Zone d'échanges Feuille de soins

PRESCRIPTEURS gérés dans le cadre du TLA	
Médecine générale	code spécialité 01
Anesthésie Réanimation	code spécialité 02
Cardiologie	code spécialité 03
Chirurgie Générale	code spécialité 04
Dermato-Vénérologie	code spécialité 05
Gynécologie-Obstétrique	code spécialité 07
Gastro-Entéro-Hépatologie	code spécialité 08
Médecine interne	code spécialité 09
Neuro-chirurgie	code spécialité 10
Oto-rhino-laryngologie	code spécialité 11
Pédiatrie	code spécialité 12
Pneumologie	code spécialité 13
Rhumatologie	code spécialité 14
Ophtalmologie	code spécialité 15
Chirurgie Urologique	code spécialité 16

PRESCRIPTEURS gérés dans le cadre du TLA	
Neuro.Psychiatrie	code spécialité 17
Réanimation médicale	code spécialité 20
Sage-femme	code spécialité 21
Spécialiste en Médecine générale avec diplôme	code spécialité 22
Spécialiste en Médecine générale reconnu par l'Ordre	code spécialité 23
Rééducation -Réadaptation fonctionnelle	code spécialité 31
Neurologie	code spécialité 32
Psychiatrie	code spécialité 33
Gériatrie	code spécialité 34
Néphrologie	code spécialité 35
Chirurgie orthopédique	code spécialité 41
Endocrinologie Métabolique	code spécialité 42
Chirurgie infantile	code spécialité 43
Chirurgie Plastique et Esthétique	code spécialité 46
Chirurgie Thoracique et Cardiologie Vasculaire	code spécialité 47
Chirurgie Vasculaire	code spécialité 48
Chirurgie Viscérale et Digestive	code spécialité 49
Gynécologie Médicale	code spécialité 70
Hématologie	code spécialité 71
Médecine nucléaire	code spécialité 72
Oncologie Médicale	code spécialité 73
Psychiatrie Infantile	code spécialité 75
Obstétrique	code spécialité 77
Gynécologie obstétrique et gynécologie médicale	code spécialité 79
Santé publique et médecine sociale	code spécialité 80



		1890	**Groupe Complément de prestation Réseau ou Filière de soin**
		2000	**Groupe Forçage AMO niveau acte**
n		**1620**	**Groupe Prestation IFD**
		1820	**Groupe Complément de prestation Exonération du TM**
		2000	**Groupe Forçage AMO niveau acte**
n		**1630**	**Groupe Prestation IK**
		1820	**Groupe Complément de prestation Exonération du TM**
		2000	**Groupe Forçage AMO niveau acte**
	1910	**Groupe Total Facture**	

AUXILIAIRES-MÉDICAUX	
• **Infirmier(e)**	**code spécialité 24**
• **Masseur-kinésithérapeute**	**code spécialité 26**
• **Pédicure-podologue**	**code spécialité 27**
• **Orthophoniste**	**code spécialité 28**
• **Orthoptiste**	**code spécialité 29**

			1110	Groupe *Identification Facture*
			1120	Groupe *Identification Professionnel de Santé*
			1130	Groupe *Identification bénéficiaire*
			121x	Groupe *Prescription (groupe 1211 ou 1213 obligatoire)*
			1310	Groupe *Organismes AMO*
			132x	Groupe *Organismes AMC*
			1410	Groupe *Cadre de remboursement*
			151x	Groupe *Nature d'assurance*
n	n		1610	Groupe *Prestation*
			1820	Groupe *Complément de prestation Exonération TM*
			1840	Groupe *Complément de prestation Entente préalable*
			1880	Groupe *Complément de prestation Lieu d'exercice*
			1890	Groupe *Complément de prestation Réseau ou Filière de soin*
			2000	Groupe *Forçage AMO niveau acte*
	n		1620	Groupe *prestation IFD*
			1820	Groupe *Complément de prestation Exonération du TM*
			2000	Groupe *Forçage AMO niveau acte*
	n		1630	Groupe *prestation IK*
			1820	Groupe *Complément de prestation Exonération du TM*
			2000	Groupe *Forçage AMO niveau acte*
			1910	Groupe *Total Facture*

3.7 La fonction « Déchargement bénéficiaires »

La fonction ***« Déchargement bénéficiaires »*** a pour objet de restituer au progiciel les données Vitale de tous les patients pour lesquels le Professionnel de Santé a activé la fonction « Lecture et mémorisation des données bénéficiaires » en mode déconnecté :

- l'ensemble des informations administratives du bénéficiaire des soins ;
- la (les) période(s) pour lesquelles le bénéficiaire dispose de droits au regard de l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- la (les) période(s) pour lesquelles le bénéficiaire dispose de droits au regard de l'Assurance Maladie Complémentaire, ainsi que, et sous contrôle de la présence d'une Carte de Professionnel de Santé :

  - La (les) période(s) de codes couvertures (le code couverture associé à cette période permet de calculer le taux de remboursement lié à l'individu pour une date de référence (voir Annexe 2 dans [CDC140]) ;

- l'ensemble des informations concernant le contexte de facturation (ces données sont renseignées par le Professionnel de Santé lorsque la mémorisation des données bénéficiaires est effectuée pour une série d'actes donnée).

Les paramètres en entrée

- **Code porteur**

  Cette information peut être fournie par le progiciel de santé.

- **N° d'identification de facturation du PS**

  N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé pour lequel le progiciel souhaite décharger les données bénéficiaires.

  Pour les bénéficiaires mémorisés en visite par un remplaçant, numéro d'identification de facturation **du PS remplaçant.**

Les paramètres en sortie

- Pour chaque bénéficiaire déchargé d'un TLA 1.40 :

Données carte Vitale et assuré	
Type de carte Vitale	
Numéro de série de la carte Vitale	
Date de fin de validité carte Vitale	
Données administration carte RUF1	
Données administration carte RUF2	
Données RUF administration	
Type d'identification du porteur de la carte	indique si le NIR est celui de l'assuré ou celui de l'ayant-droit
N° national d'immatriculation : NIR	N° d'inscription au registre des personnes physiques
Clé du NIR	
Code régime	régime d'Assurance Maladie Obligatoire
Caisse gestionnaire	caisse gestionnaire
Centre gestionnaire	centre gestionnaire
Code gestion	code régime de prestations
Données RUF famille	
Données Service AMO Famille (0,1)	
Code service AMO Famille	
Date de début du service AMO famille	
Date de fin du service AMO famille	
Données accident du travail (0,1)	
Organisme destinataire AT1	
Code AT1 BDGH	
Identifiant AT1	
Organisme destinataire AT2	
Code AT2 BDGH	
Identifiant AT2	
Organisme destinataire AT3	
Code AT3 BDGH	
Identifiant AT3	
Données bénéficiaire (1, 19)	
Nom usuel du bénéficiaire	Nom usuel
Nom de famille	Nom de famille
Prénom du bénéficiaire	Prénom du bénéficiaire
Adresse ligne 2	
Adresse ligne 3	
Adresse ligne 4	
Adresse ligne 5	
Adresse ligne 6	
NIR certifié	
Clé du NIR certifié	
Date de certification du NIR	
Date de naissance du bénéficiaire	Date de naissance du bénéficiaire
Rang gémellaire	Numéro distinguant les jumeaux ou les triplets
Qualité	

Code service AMO bénéficiaire
Date de début du service AMO bénéficiaire
Date de fin du service AMO bénéficiaire
Données RUF AMO bénéficiaire

Période de droits AMO (0,3)

Date de début droits AMO
Date de fin droits AMO

Période de code couverture (0,7)

Date de début code couverture
Date de fin code couverture
Code ALD
Code situation

Données mutuelle (0,1)

Identification Mutuelle
Garanties effectives
Indicateur de traitement mutuelle
Type de services associés
Services associés au contrat
Code aiguillage STS

Période de droits Mutuelle (0,3)

Date de début droits Mutuelle
Date de fin droits Mutuelle

Données complémentaires (0,1)

Numéro complémentaire B2
Numéro complémentaire EDI
Numéro d'adhérent AMC
Indicateur de traitement AMC
Date de début de validité de présence des données AMC
Date de fin de validité de présence des données AMC
Code de routage flux AMC
Identifiant d'hôte
Nom de domaine AMC
Code aiguillage STS
Type de services associés
Services associés au contrat
Données RUF Bénéficiaire Complémentaire

Contexte de facturation

Date de lecture carte Vitale	date de référence passée à la fonction « lecture droits Vitale »
Type Contexte de facturation	indique si nature d'assurance « maladie », « maternité », « AT »
Données contexte de facturation	
Accident droit commun	valeur « O » ou « N » (si type contexte de facturation = « ML »)

date d'accident de droit commun	renseignée si top = « O » sinon valeur 000000000000 (si type contexte de facturation = « ML »)
date de maternité	renseignée si Type contexte de facturation = « MT »
date accident du travail	renseignée si Type contexte de facturation = « AT » et N° accident du travail non renseigné
N°accident du Travail	renseigné si Type contexte de facturation = « AT » et date accident du travail non renseignée
Zone AMC	

3.8 La fonction « Effacement données TLA »

La fonction ***« Effacement données TLA »*** réalise la suppression des données stockées (soit données bénéficiaires, soit FSE Poste de Travail, soit FSE TLA) dans le terminal pour le Professionnel de Santé identifié.

Les paramètres en entrée

- **Code porteur**

  Cette information peut être fournie par le progiciel de santé.

- **N° d'identification de facturation du PS**

  N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé pour lequel le progiciel souhaite effacer les données stockées dans le terminal.

  Pour les données mémorisées par un remplaçant, numéro d'identification de facturation **du PS remplaçant**

- **Type de la donnée à effacer**

  Indique si l'effacement porte sur les données bénéficiaires ou données FSE PdT ou données FSE TLA (non chiffrées et sécurisées) (l'effacement ne porte exclusivement que sur le type de donnée indiqué sans altérer les autres données).

3.9 La fonction « Chargement données »

La fonction ***« Charger Données »*** a pour objet de charger des données dans le Terminal Lecteur Applicatif.

Les paramètres en entrée

- **Données TLA**

  Données à charger dans le TLA.

Format des données à charger

Le format de la zone à présenter à la fonction est constitué d'un en-tête suivi des données à charger dans le TLA :

1. ***En-tête des données à charger***

TYP1	TYP2	Données à charger

La taille de TYP1 et TYP2 est de 1 octet chacun.

Les champs TYP1 et TYP2 définissent le type de données à charger. Le format des données à charger est ensuite libre.

Sont réservées pour le GIE SESAM-Vitale, les valeurs comprises entre : 0x0000 et 0x00FF.

TYP1 –TYP2	Type de données
0x0000	Configuration TLA
0x0001 à 0x00FF	Réservé SESAM-Vitale pour utilisation future
0x0100 à 0xFFFF	Libre (utilisable éventuellement pour des données spécifiques au type de TLA connecté)

2. Structure des données à charger

Les données à charger pour SESAM-Vitale sont au format ASN.1 codage BER (TLV : Tag / Length / Value).

La donnée décrite ci-après permet d'initialiser la plage de numéros des FSE créées par le TLA en visite (cf. 2.2.7.1Attribution des tranches de N° de FSE).

0x00	0x00	0xA0	0x05	0x80	0x03	VAL1	VAL2	VAL3
Entête = configuration TLA (Données figées)		Type de donnée = plage de numérotation FSE (Données figées)				Valeur de la plage de numéros sur 3 octets		

3. Exemples

1. Pour la tranche de numéros 001xxxxxx, il convient de charger les données suivantes :
   0x00 0x00 0xA0 0x05 0x80 0x03 0x30 0x30 0x31.
2. Pour la tranche de numéros 999xxxxxx, il convient de charger les données suivantes :
   0x00 0x00 0xA0 0x05 0x80 0x03 0x39 0x39 0x39.

3.10 La fonction « Chargement application »

La fonction ***« Chargement Application »*** a pour objet de charger une application dans le Terminal Lecteur Applicatif.

Les paramètres en entrée

- **Type d'application**

  type de l'application à charger.
- **N° version**

  no de version du logiciel à charger.
- **Logiciel à charger**

  application à charger dans le TLA.

3.11 La fonction « Identification terminal »

La fonction ***« Identification Terminal »*** a pour objet de restituer au progiciel de santé l'ensemble des informations permettant l'identification par le Poste de Travail du TLA spécifié en entrée dans le nom de la ressource ou de tous les TLA connectés si aucun TLA n'est spécifié en entrée.

Les paramètres en entrée

- **Nom Ressource TLA**

  Permet d'identifier un TLA donné connecté au Poste de Travail.

- **N° de version CDC**

  n° de version du Cahier des Charges SESAM-Vitale.

Les paramètres en sortie

- Pour chaque Terminal connecté
  - **Identification logiciel Terminal**

    identification de la version du Cahier des Charges mise en œuvre par le terminal. **N° version du logiciel lecteur**

    N° de version du logiciel Lecteur.
  - **N° de série Terminal**

    n° de série du Terminal Lecteur Applicatif.
  - **Identification des fonctions du Terminal**

    identification du type de fonctions mises en œuvre par le terminal (TLA prescripteurs, TLA auxiliaires médicaux, TLA réduit, etc.).
  - **Plage des N° de FSE Terminal**

    Plage des numéros de FSE (trois premiers caractères) utilisée par le Terminal Lecteur Applicatif lors de la création des FSE en visite.
  - **Nombre de Professionnels de Santé**

    nombre de Professionnels de Santé ayant stocké des données dans le Terminal.
  - Pour chaque PS ayant stocké des informations
    - **Identification de facturation PS**

      Identifiant de facturation du Professionnel de Santé pour l'Assurance Maladie.
    - **Nombre de Bénéficiaires**

      nombre de bénéficiaires stockés pour le Professionnel de Santé dans le terminal.
    - **Nombre de FSE Terminal**

      nombre de FSE Terminal créées par le Professionnel de Santé dans le terminal.
    - **Nombre de FSE Poste de Travail**

nombre de FSE Poste de Travail stockées pour le Professionnel de Santé dans le terminal (sécurisées ou en attente de sécurisation).

– **Nombre de FSE Poste de Travail sécurisées**

nombre de FSE Poste de Travail sécurisées par le Professionnel de Santé.

– **Nombre de FSE Poste de Travail partiellement sécurisées**

nombre de FSE Poste de Travail partiellement sécurisées par le Professionnel de Santé.

– **Nombre de DRE Terminal**

zone réservée pour utilisation future.

– **Nombre de DRE Poste de Travail**

nombre de DRE Poste de Travail stockées pour le Professionnel de Santé dans le terminal (sécurisées ou en attente de sécurisation).

– **Nombre de DRE Poste de Travail sécurisées**

nombre de DRE Poste de Travail sécurisées par le Professionnel de Santé.

– **Nombre de DRE Poste de Travail partiellement sécurisées**

nombre de DRE Poste de Travail partiellement sécurisées par le Professionnel de Santé.

3.12 La fonction « Sécuriser Facture »

La fonction « SSV_Sécuriser Facture » permet de sécuriser par une carte CPS une facture préalablement et partiellement sécurisée dans un TLA en visite.

Les paramètres en entrée

Si Sécurisation d'une FSE

Code porteur PS

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

N° logique de situation

N° identification de facturation PS

154	**Groupe FSE PdT partiellement sécurisée**
	Complément FSE désynchronisée
	FSE B2 sécurisée partiellement

Si Sécurisation d'une DRE

Code porteur PS

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

N° logique de situation

Issu de la lecture de la carte CPS

N° identification de facturation PS

164	**Groupe DRE PdT partiellement sécurisée**

Complément DRE désynchronisée

DRE sécurisée partiellement

Les paramètres en sortie

150	**Groupe FSE**

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 sécurisée

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

160	**Groupe DRE**

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE sécurisée

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

4 Lexique

Acte isolé	Prestation réalisée une seule fois au même patient.
Actes en série	Prestation réalisée plusieurs fois au même patient.
Complément DRE PdT	Données complémentaires à la DRE « Poste de Travail ». Ces données sont nécessaires pour reconstituer le CRL.
Complément Facture PdT	Données complémentaires à la FSE ou la DRE « Poste de Travail ».
Complément FSE PdT	Données complémentaires à la FSE « Poste de Travail » à charger dans le TLA. Ces données sont nécessaires pour reconstituer le CRL.
Complément FSE TLA	Données complémentaires à la FSE « TLA ». Ces données sont nécessaires pour reconstituer le CRL.
DRE	Demande de Remboursement Electronique (facture transmise à l'AMC).
DRE « PdT »	DRE réalisée sur le PdT et chargée dans le Terminal Lecteur Applicatif.
Facture	Ensemble FSE + DRE, FSE seule si aucune facturation complémentaire n'est effectuée ou DRE seule s'il s'agit d'une DRE rectificative ou d'annulation.
FSE	Feuille de Soins Electronique (facture transmise à l'AMO).
FSE « TLA »	FSE réalisée sur le Terminal Lecteur Applicatif lors d'une visite chez le patient.
FSE « PdT »	FSE réalisée sur le PdT et chargée dans le Terminal Lecteur Applicatif.
Facture « PdT »	FSE et/ou DRE réalisées sur le PdT et chargées dans le Terminal Lecteur Applicatif.
PdT	Poste de Travail.
TLA	Terminal Lecteur Applicatif.
TLA réduit	Terminal Lecteur Applicatif n’incluant pas la fonctionnalité de création de FSE en visite. Ce type de TLA accepte uniquement les factures préparées au cabinet pour les sécuriser en visite (ex FSE et/ou DRE).
TLA Complet	Terminal Lecteur Applicatif incluant la fonctionnalité de création de FSE en visite.

Annexe 1-C

Fonctions d'administration

Intégrant l'Addendum n°8

Mise à jour Janvier 2024

GIE SESAM-Vitale
5, boulevard Marie & Alexandre Oyon - 72 019 LE MANS CEDEX 2 - www.sesam-vitale.fr
SIRET : 391 722 881 00052 - APE : 6202A - RCS LE MANS : 391 722 881 - N° TVA : FR 753 917 22881

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

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

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

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

Sommaire

1 Présentation 4

2 L'administration de la configuration du Poste de Travail 5

2.1 La fonction de lecture de la configuration du Poste de Travail 5

3 L'administration du Terminal Lecteur 7

3.1 Liste des fonctions de l'API des Services SESAM-Vitale 7

3.1.1 Liste des fonctions 7

3.1.2 Les fonctions 7

3.1.2.1 La fonction de chargement de l'application 7

3.1.2.2 La fonction de mise à jour de la date et de l'heure du lecteur 7

3.1.2.3 La fonction de lecture de la date et de l'heure du lecteur 8

4 L'administration des données sécuritaires 9

5 L'administration des données CCAM 10

5.1 La fonction de Consultation de données CCAM 10

5.2 La fonction Modification des données table CCAM 26

5.3 La fonction Annulation d'une modification CCAM 29

5.4 La fonction Version du référentiel 30

6 L'administration des modules de tarification complémentaire STS 31

6.1 La fonction Version des modules STS 31

1 Présentation

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

Cette partie a pour objet de décrire spécifiquement les services des différents modules SESAM-Vitale n'entrant pas directement dans la constitution des flux de factures.

Ces services correspondent pour l'essentiel :

- à l'administration de la configuration du Poste de Travail ;
- à l'administration du terminal lecteur ;
- à l'administration des données CCAM : consultation et modification des données CCAM présentes sur le poste du Professionnel de Santé ;
- à l’administration des modules de tarification complémentaire STS.

2 L'administration de la configuration du Poste de Travail

2.1 La fonction de lecture de la configuration du Poste de Travail

Pour permettre cette fonctionnalité, le progiciel doit appeler la fonction « SSV_LireConfig » des API SSV.

La fonction a pour objet de restituer, sous forme d'une nomenclature, les données relatives aux fournitures SESAM-Vitale associées au progiciel du Professionnel de Santé.

La fonction remonte également des informations liées aux lecteurs PC/SC.

Fonction à utiliser

SSV Lire Config

Les paramètres en entrée

Cette fonction ne nécessite pas de paramètres en entrée.

Les paramètres en sortie

60	**Groupe** *En-tête configuration*
	N° version SSV
	Numéro de version du module SSV (sous la forme xx.xx : n° version. n° release)
	N° version du GALSS
	Numéro de version du module GALSS (sous la forme xx.xx)
	N° version du PSS
	Numéro de version du module PSS (sous la forme xx.xx)
61	**Groupe** *Configuration lecteur* **(0 à n occurrences)**[1]
	Nom du Constructeur du lecteur
	Nom du constructeur ou de la marque du lecteur
	Type du lecteur
	Libellé du type de lecteur ou modèle de lecteur dans la gamme du constructeur
	Numéro de série du lecteur
	Numéro de série donné par le constructeur et identifiant le lecteur
	OS Lecteur
	Code numérique d'identification de l'Operating System du lecteur
	Nombre de logiciels du lecteur (1 à 10 occurrences)[2]

[1] Lorsque le poste n'utilise que des lecteurs SESAM-Vitale le nombre n est fonction des ressources déclarées dans le GALSS.INI et du nombre de lecteurs réellement connectés au Poste de Travail.

[2] Cette valeur est susceptible d'évoluer dans l'avenir.

Cette information donne le nombre de logiciels implantés dans le lecteur.

Nom du logiciel Lecteur

Nom du logiciel implanté dans le lecteur

N° version logiciel Lecteur

Numéro de la version du logiciel implanté dans le lecteur (sous la forme xx.xx)

Date et heure du lecteur

Date et heure de création de la version du logiciel implanté dans le lecteur (sous la forme AAAAMMJJHHMN)

Checksum du logiciel Lecteur

Valeur du checksum du logiciel implanté dans le lecteur (format hexadécimal)

64	**Groupe** *Composant SESAM-Vitale*

Identifiant du composant

Identifiant du composant pour le suivi de parc

Libellé du composant

Libellé descriptif du composant

N° version du composant

67	**Groupe** *Lecteur PCSC*

Nom du lecteur PCSC

Nom du lecteur PC/SC tel que renseigné par le Ressource Manager PC/SC

Type de carte dans le lecteur

Identification du type de Carte dans le lecteur PC/SC (Carte Vitale ou CPS)

3 L'administration du Terminal Lecteur

3.1 Liste des fonctions de l'API des Services SESAM-Vitale

3.1.1 Liste des fonctions

- la fonction « Chargement » ;
- la fonction « Mise à jour date et heure du lecteur » ;
- la fonction « Lecture date et heure du lecteur ».

3.1.2 Les fonctions

3.1.2.1 La fonction de chargement de l'application

La fonction **Charger Application** permet au Professionnel de Santé de charger sur le lecteur, une application ou une mise à jour d'application déjà implémentée.

Fonction à utiliser

SSV Charger Application

Les paramètres en entrée

Type d'application

Numéro de version du logiciel à charger

Numéro de la version du logiciel à charger (prendre les quatre derniers caractères du nom du fichier à charger).

Données du logiciel

Contenu du fichier fourni et destiné au lecteur.

Les paramètres en sortie

Cette fonction ne retourne pas de paramètres en sortie.

3.1.2.2 La fonction de mise à jour de la date et de l'heure du lecteur

Pour permettre cette fonctionnalité de mise à jour, le progiciel doit appeler la fonction « SSV_MajDateLecteur » des API SSV.

Fonction à utiliser

SSV Maj Date Lecteur

Les paramètres en entrée

Date et heure

Date et heure à mettre à jour dans le lecteur

Les paramètres en sortie

Cette fonction ne retourne pas de paramètres en sortie.

3.1.2.3 La fonction de lecture de la date et de l'heure du lecteur

Pour permettre cette fonctionnalité, le progiciel doit appeler la fonction « SSV_LireDateLecteur » des API SSV.

Fonction à utiliser

SSV Lire Date Lecteur

Les paramètres en entrée

Cette fonction ne nécessite pas de paramètre en entrée.

Les paramètres en sortie

Date et heure

Date et heure à mettre à jour dans le lecteur

4 L’administration des données sécuritaires

Les API SSV utilisent des certificats pour chiffrer les factures. Ces certificats sont installés sur le poste de travail du Professionnel de Santé.

Les nouveaux certificats de chiffrement ainsi que la liste de révocation des certificats de chiffrement (CRL) sont mis à disposition sur le poste de travail du PS via les éditeurs.

Les éditeurs de logiciel téléchargent les nouveaux certificats et la CRL sur la plate-forme de diffusion du GIE SESAM-Vitale.

AP14.03

5 L'administration des données CCAM

5.1 La fonction de Consultation de données CCAM

Cette fonction permet au progiciel de consulter des données de la nomenclature CCAM contenues dans la base CCAM non seulement pour l'application des règles d'élaboration de la facture spécifiées dans la fonctionnalité AP des SFG du CDC-Editeurs, mais également à titre indicatif. (Exemple : sexe du bénéficiaire compatible avec l'acte).

- RG_AP02.02 / Description
- RG_AP006[CE1]
- RG_AP006[CP1]

Ce cas particulier correspond aux champs modifiables (cf. § 5.2 La fonction Modification des données table CCAM).

Liste des données consultables

- CCAM-1 *existence du code de l'acte CCAM*
- CCAM-2 *activités applicables*
- CCAM-3 *code extension documentaire*
- CCAM-4a *nombre maximum de phases de traitement*
- CCAM-5 *code structuré de l'acte*
- CCAM-6 *modificateurs applicables*
- CCAM-7 *libellé court*
- CCAM-8 *libellé long*
- CCAM-9 *type d'acte*
- CCAM-10 *condition générale*
- CCAM-11 *notes*
- CCAM-9.1 *procédures auxquelles l'acte appartient*
- CCAM-12 *catégorie médicale*
- CCAM-13 *actes pouvant être associés*
- CCAM-14 *actes incompatibles*
- CCAM-15 *sexe compatible*
- CCAM-16a *arborescence*
- CCAM-18 *date de création*
- CCAM-19 *date de fin*
- CCAM-20 *numéros de recommandations médicales*
- CCAM-22 *admission au remboursement*
- CCAM-24 *acte soumis à entente préalable*
- CCAM-25 *codes « exonération du ticket modérateur »*
- CCAM-30.1 *natures d'assurance permises*
- CCAM-32a *spécialités autorisées à exécuter l'acte*
- CCAM-37 *prix unitaire de base*
- CCAM-39 *supplément de charges cabinet*
- CCAM-40a *nécessité d'un agrément radio*
- CCAM-41 *frais de déplacement*
- CCAM-42 *code regroupement pour les AMC*
- CCAM-43a *type acte dentaire et nombre minimum de dents à traiter*

- *CCAM-44* *dents incompatibles*
- *CCAM-45* *âge minimum*
- *CCAM-46* *âge maximum*
- *CCAM-47a* *majoration du prix unitaire pour un DOM*
- *CCAM-52a* *Codes forfaits CMU-C compatibles*
- *TB02-1* *règle tarifaire pour association non prévue*
- *TB02-2* *codes association non prévue autorisés*
- *TB06-1* *âge minimum pour un code modificateur*
- *TB06-2* *âge maximum pour un code modificateur*
- *TB07-1* *seuil minimum pour exonération TM*
- *TB08-1* *jour férié*
- *TB09-1* *compatibilité entre deux modificateurs*
- *TB10-1* *top contrôle cohérence d'un modificateur*
- *TB10-2* *top présence multiple d'un modificateur*
- *TB11-1* *forfait associé à un modificateur*
- *TB11-2* *taux associé à un modificateur*
- *TB11-3* *modificateurs autorisés*
- *TB12-1* *forfait à appliquer pour les PS non conventionnés*
- *TB12-2* *taux de réduction à appliquer pour les PS non conventionnés*
- *TB13-1* *codes regroupement existants*
- *TB15-1* *modificateur pour les AMC*
- *TB15-2* *nombre de modificateur transmissibles aux AMC*
- *TB19-1* *nombre de modificateurs tarifants*
- *TB20-1* *liste des codes association panachables*
- *TB21-1* *liste des mots clé*

Consultation des données

Donnée recherchée			
Identifiant	**Libellé**	**Données d'entrée**	**Données de sortie**
CCAM-1	**Existence du code de l'acte CCAM**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	Top
CCAM-2	**Activités applicables**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	Liste de : - code activité - libellé du code
	N occurrences. Identifie les actions réalisées pour un même acte par différents intervenants (anesthésie, chirurgie, …)		
CCAM-3	**Code extension documentaire**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte Code activité	Liste de : - code extension documentaire - libellé du code
	10 occurrences maximum. Code renseigné au fur et à mesure de la publication officielle. Ce code affine le code de l'acte en introduisant un niveau de détail supplémentaire (demande de sociétés savante, enquêtes particulières)		
CCAM-4a	**Nombre maximum de phases de traitement**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte Code activité	Nombre maximum de phases de traitement
	Identifie le nombre de phases d'un traitement, pour les traitements qui se déroulent en plusieurs étapes dans le temps.		
CCAM-5	**Code structuré de l'acte**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	Code
	Code totalement structuré Non utilisé pour les échanges d'informations. Relation univoque du code de l'acte vers ce code structuré. Réalisation de traitements statistiques selon différentes dimensions. Cette donnée est informationnelle, elle n'est pas utilisée dans la constitution de la facture.		
CCAM-6	**Modificateurs applicables**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte Code activité	Liste de : - code modificateur - libellé du code
	Précise les modificateurs (circonstances particulières de réalisation de l'acte) applicables à l'acte. *(ex : F : Férié) 10 occurrences maximum*		

CCAM-7	**Libellé court**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	Texte
	Constitution automatisée. Largeur permettant un affichage sur 1 ligne. (70 caractères max.) Signifiant et lien avec glossaire Cette donnée est informationnelle, elle n'est pas utilisée dans la constitution de la facture.		
CCAM-8	**Libellé long**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	Texte
	Permet d'obtenir le libellé exhaustif. Champ complété par le champ 11 (Notes) Cette donnée est informationnelle, elle n'est pas utilisée dans la constitution de la facture.		
CCAM-9	**Type d'acte**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	Code type d'acte +Libellé
	Précise, au plan médical, le caractère associable d'un acte ; l'association étant définie comme la réalisation d'actes au cours d'un même temps, ou pour les traitements étalés dans la durée au cours d'une même phase Valeurs : 0 : Acte isolé (valeur par défaut) 1 : Procédure 2 : Acte complémentaire.		
CCAM-9.1	**Procédures auxquelles l'acte appartient**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	Liste de : - code acte
	Procédures auxquelles le code acte appartient.		
CCAM-10	**Condition générale**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	Texte
	S'applique à un ensemble d'actes N occurrences. Le service SRT retourne en sortie un seul champ contenant toutes les conditions générales concaténées. Cette donnée est informationnelle, elle n'est pas utilisée dans la constitution de la facture.		

CCAM-11	**Notes**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	Texte
	Type de notes : 1- « A l'exclusion de… » 2- « Comprend… » 3- « Avec ou sans… » 4- « Par…, on entend… » 5- « Par exemple… » 6- « Coder éventuellement… » 7-« Modificateur implicite… » 8- « Inclut… » 9- type de notes non structurées Ce champ est indissociable du libellé de l'acte. Plusieurs occurrences sont possibles pour un même type de notes. Le service SRT retourne en sortie un seul champ contenant toutes les notes concaténées. Cette donnée est informationnelle, elle n'est pas utilisée dans la constitution de la facture.		
CCAM-12	**Catégorie médicale**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte Code activité	Code catégorie Libellé de la catégorie
	Un code ne peut appartenir qu'à une catégorie et une seule. Catégorie de codes répondant à une même logique (ex : exérèse et curage en ORL, actes dentaires…)		
CCAM-13	**Actes pouvant être associés**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte Code activité	Liste de - code acte
	N occurrences de codes pouvant être associés médicalement avec le code acte/activité donné		
CCAM-14	**Actes incompatibles**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	Liste de - code acte
	N occurrences de codes de l'acte incompatibles médicalement avec le code. Interdit certaines associations d'actes.		
CCAM-15	**Sexe compatible**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	Code
	1 : Homme ; 2 : Femme ; 0 : sans objet Cette donnée est informationnelle, elle n'est pas utilisée dans la constitution de la facture.		

CCAM-16a	**Arborescence**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	Liste de - texte
	Liste des titres des différents niveaux de l'arborescence (chapitre, sous-chapitre, paragraphe et sous-paragraphe) du paragraphe dans lequel se situe l'acte CCAM dans la nomenclature. Pour chaque niveau, les SRT retournent le titre et éventuellement les notes associées. 10 occurrences maximum. Cette donnée est informationnelle, elle n'est pas utilisée dans la constitution de la facture.		
CCAM-18	**Date de création**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	Date
	Date de création/inscription à la nomenclature par arrêté.		
CCAM-19	**Date de fin**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	Date
	Date unique correspondant à la suppression d'un code acte.		
CCAM-20	**Numéros de recommandations médicales**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte Code activité	Liste de - références médicales
	Indication du n° de recommandation médicale le cas échéant. Une référence médicale est un code alphanumérique de 5 caractères. 5 occurrences maximum. Cette donnée est informationnelle, elle n'est pas utilisée dans la constitution de la facture.		
CCAM-22	**Admission au remboursement**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	Code admission Libellé de ce code
	1 : Acte remboursable 2 : Acte non remboursable 3 : Acte remboursable ou non suivant circonstances. Si renseigné à 3, le professionnel indique sur le support de facturation, le cas échéant, une demande de remboursement exceptionnelle.		
CCAM-24	**Acte soumis à entente préalable**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	**Top**
	Positionné à « N » (Non) par défaut. Positionnée à « O » (Oui) si l'acte est soumis à entente préalable.		

CCAM-25	**Codes « exonération du ticket modérateur »**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	Liste de : code « exo TM » - libellé de ce code
	1 : acte pouvant être exonéré par la règle du seuil et exonérant alors la facture 2 : acte pouvant être exonéré par la règle du seuil mais n'exonérant pas la facture 3 : acte exonéré par nature et non exonérant pour la facture 4 : acte exonéré par nature et exonérant toute la facture 5 : Acte ne pouvant pas être exonéré par la règle du seuil 7 : acte pouvant être exonéré par nature dans le cadre d'un dispositif de prévention 2 occurrences au plus. La 1ère occurrence doit comporter obligatoirement l'un des six choix possibles. La 2ème occurrence est soit vide, soit comporte la valeur « 7 » (acte pouvant être exonéré par nature dans le cadre d'un dispositif de prévention).		
CCAM-30.1	**Natures d'assurance permises**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	Liste de - nature d'assurance permise - libellé de la nature d'assurance
	Natures d'assurance permise pour un acte AS = maladie, AT = accident du travail, MA = maternité, PS = prestation supplémentaire, DC = décès, PM = Prévention Maladie, SG = Soins Médicaux Gratuits		
CCAM-32a	**Spécialités autorisées à exécuter l'acte**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte Code activité	Liste de - Code Spécialité
	Ensemble des spécialités autorisées à exécuter l'acte		
CCAM-37	**Prix unitaire de base**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte Code activité Code phase Contexte tarifaire PS Contexte tarifaire BS	Montant (en centimes d'euros) Date de modification par le PS le cas échéant
	Prix unitaire de base de l'acte.		
CCAM-39	**Supplément de charges cabinet**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte Code activité Code phase	Montant (en centimes d'euros) Date de modification par le PS le cas échéant
	Montant monétaire de charges supplémentaires, liées à l'exécution de l'acte en cabinet, à ajouter au Prix unitaire de l'acte. 0 par défaut.		
CCAM-40a	**Nécessité d'un agrément radio**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte Code activité	Top
	Type d'agrément radio requis lié à l'appareil utilisé pour l'exécution de l'acte. 10 occurrences maximum Le service SRT renvoie le top à VRAI si au moins un agrément radio est requis.		

CCAM-41	**Compatiblité avec les frais de déplacement**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	Code+Libellé
	A : autorise des frais de déplacement B : autorise des indemnités de déplacement C : autorise des indemnités kilométriques N : interdit des frais de déplacement Positionné à N par défaut.		
CCAM-42	**Code regroupement pour les AMC**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte Code activité	Code regroupement Libellé de ce code Date de modification par le PS le cas échéant
	Permet des regroupements pertinents d'actes pour Organismes Complémentaires, décomptes assurés, etc.		
CCAM-43a	**Type acte dentaire** **Nombre minimum de dents à traiter**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Code de l'acte Code activité Code phase	Top acte dentaire Nombre minimum de dents à traiter
	Norme ISO 3960-1984 <u>actes dentaires</u> : - 00 : pas de nombre de dents - de 01 à 16 : nombre minimum de dents à traiter <u>actes non dentaires</u> : non renseigné		
CCAM-44	**Dents incompatibles**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte Code activité Code phase	Liste de numéros de dents
	Liste des numéros de dents incompatibles avec l'acte. 52 occurrences au maximum.		
CCAM-45	**Age minimum**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte Code activité Code phase	Nombre d'années+ Nombre de jours
	0 par défaut. Pour les actes dentaires ; borne comprise.		
CCAM-46	**Age maximum**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte Code activité Code phase	Nombre d'années+ Nombre de jours
	0 par défaut. Pour les actes dentaires ; borne comprise.		

CCAM-47a	**Majoration du prix unitaire pour un DOM**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Numéro de caisse de l'exécutant Code de l'acte Code activité Code phase	Coefficient (en millièmes) Date de modification par le PS le cas échéant
	Le coefficient retourné correspond à la majoration du DOM dont le numéro de caisse exécutant est donné en entrée.		
CCAM-52a	**Liste des Codes forfaits CMU-C compatibles**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	Liste de : - codes forfait CMU-C
TB02-1	**Règle tarifaire pour association non prévue**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code association Contexte tarifaire PS Contexte tarifaire BS	Coefficient (en millièmes) Date de modification par le PS le cas échéant
	Ce coefficient représente le taux de réduction applicable aux actes d'association non prévue (sauf acte de PU le plus fort)		
TB02-2	**Codes association non prévue autorisés**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Contexte tarifaire PS Contexte tarifaire BS	Liste de : - code association - libellé de ce code
	Liste des codes association non prévues gérés dans la base CCAM à une date donnée pour un contexte tarifaire donné		
TB06-1	**Age minimum pour un code modificateur**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code modificateur	Nombre d'années Nombre de jours (inférieur à 366)
TB06-2	**Age maximum pour un code modificateur**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code modificateur	Nombre d'années Nombre de jours (inférieur à 366)
TB07-1	**Seuil minimum pour exonération TM**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Numéro de caisse de l'exécutant	Montant (en centimes d'euros) Date de modification par le PS le cas échéant
	Le seuil retourné correspond au seuil métropole ou au seuil du DOM de l'exécutant selon le numéro de caisse exécutant donné en entrée.		
TB08-1	**Jour férié**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Numéro de caisse de l'exécutant	Top jour férié
	La consultation de cette donnée retourne vrai si la date de référence donnée est un jour férié et faux sinon. Les jours spécifiques à certaines caisses (DOM, Alsace-Moselle) sont connus et pris en compte en fonction du numéro de caisse exécutant donné en entrée.		

TB09-1	**Compatibilités entre modificateurs**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code modificateur 1 Code modificateur 2	Top compatibilité
TB10-1	**Top contrôle cohérence d'un modificateur**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code modificateur	Top cohérence
	Si le top en sortie est à « vrai », le modificateur, s'il est appliqué à un acte CCAM, doit être positionné pour tous les exécutants de cet acte (même code de l'acte, même date de référence, quels que soient les codes activité et les exécutants).		
TB10-2	**Top présence multiple d'un modificateur**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code modificateur	Top présence multiple
	Si le top en sortie est à « faux », le modificateur, s'il est appliqué à un acte CCAM, ne doit être positionné qu'une seule fois pour un même exécutant et une même date de référence (quels que soient les codes des actes).		
TB11-1	**Forfait associé à un modificateur**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code modificateur Contexte tarifaire PS Contexte tarifaire BS	Montant (en centimes d'euros) Date de modification par le PS le cas échéant
	Significatif uniquement s'il s'agit d'un modificateur de type « forfait » ; sinon le champ vaut « 0 ».		
TB11-2	**Taux associé à un modificateur**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code modificateur Contexte tarifaire PS Contexte tarifaire BS	Coefficient (en millièmes) Date de modification par le PS le cas échéant
	Significatif uniquement s'il s'agit d'un modificateur de type « taux » ; sinon le champ vaut « 1 ».		
TB11-3	**Modificateurs autorisés**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Contexte tarifaire PS Contexte tarifaire BS	Liste de : - code modificateur - libellé de ce code
	Liste des codes modificateurs gérés dans la base CCAM à une date donnée pour un contexte tarifaire donné		
TB12-1	**Forfait à appliquer sur la base de remboursement pour les PS non conventionnés**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence	Montant (en centimes d'euros) Date de modification par le PS le cas échéant
	Ce forfait correspond à la notion de tarif d'autorité. Significatif uniquement s'il s'agit d'une réduction de type « forfait » ; sinon le champ vaut « 0 ».		

TB12-2	**Taux de réduction à appliquer sur la base de remboursement pour les PS non conventionnés**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence	Coefficient (en millièmes) Date de modification par le PS le cas échéant
	Significatif uniquement s'il s'agit d'une réduction de type « taux » ; sinon le champ vaut « 1 ».		
TB13-1	**Codes regroupement existants**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence	Liste de : - code regroupement - libellé de ce code Date de modification par le PS le cas échéant
TB15-1	**Modificateur pour les AMC**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code modificateur	Code
	Code transmis aux organismes complémentaires à la place d'un modificateur.		
TB15-2	**Nombre de modificateurs transmissibles pour les AMC**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence	Nombre
TB19-1	**Nombre de modificateurs tarifants**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence	Nombre
	Le nombre de modificateurs tarifants est paramétré pour pouvoir évoluer rapidement suite à une décision tarifaire. Il est fort probable qu'il soit fixé à 2.		
TB20-1	**Codes association non prévue panachables**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence	Liste de : - code association - libellé de ce code
	Liste des codes association non prévue panachables		
CCAM-TB21	**Liste des mots clé**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
			Liste des mots clés connus dans le référentiel électronique.
TB22-2	**Grille tarifaire associée à un contexte tarifaire**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Contexte tarifaire PS Contexte tarifaire BS	Grille tarifaire Libellé de cette grille
TB23	**Liste des grilles tarifaires de la base CCAM**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence	Liste de : - grille tarifaire - libellé de cette grille
	Liste des grilles tarifaires gérées dans la base CCAM à une date donnée.		

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee

Les paramètres en entrée

Identifiant

Cette information précise le champ de la base recherché. Cf. « Tableau des données CCAM consultables » ci-après

Date de référence

Date de référence à laquelle on recherche la valeur du champ (format AAAAMMJJ).

Groupes d'entrée

Cf. tableau « Détail des groupes d'entrée » ci-après

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie

Cf. tableau « Détail des groupes de sortie » ci-après

Date de modification

Date d'effet de la modification
Quand cette date est renseignée, cela signifie que les données de sortie sont issues d'une modification effectuée par le PS.

Tableau des données CCAM consultables

Identifiant	Libellé de la donnée recherchée	Groupes d'entrée	Nb	Groupes de sortie	Nb
CCAM-1	Existence du code de l'acte	3100	1	3116	1
CCAM-2	activités applicables	3100	1	3118	n
CCAM-3	code extension documentaire	3101	1	3118	n
CCAM-4a	nombre maximum de phases de traitement	3101	1	3111	1
CCAM-5	code structuré de l'acte	3100	1	3110	1
CCAM-6	modificateurs applicables	3101	1	3118	n
CCAM-7	libellé court	3100	1	3112	1
CCAM-8	libellé long	3100	1	3112	1
CCAM-9	type d'acte	3100	1	3118	1
CCAM-9.1	procédures auxquelles l'acte appartient	3100	1	3110	n
CCAM-10	condition générale	3100	1	3112	1
CCAM-11	notes	3100	1	3112	1
CCAM-12	Catégorie médicale	3101	1	3118	1
CCAM-13	actes pouvant être associés	3101	1	3110	n
CCAM-14	actes incompatibles	3100	1	3110	n
CCAM-15	sexe compatible	3100	1	3110	1

Identifiant	Libellé de la donnée recherchée	Groupes d'entrée	Nb	Groupes de sortie	Nb
CCAM-16a	arborescence	3100	1	3119	1
CCAM-18	date de création	3100	1	3113	1
CCAM-19	date de fin	3100	1	3113	1
CCAM-20	numéros de recommandations médicales	3101	1	3110	n
CCAM-22	admission au remboursement	3100	1	3118	1
CCAM-24	acte soumis à entente préalable	3100	1	3116	1
CCAM-25	codes « exonération du ticket modérateur »	3100	1	3118	n
CCAM-30.1	natures d'assurance permises	3100	1	3118	n
CCAM-32a	spécialités autorisées à exécuter l'acte	3101	1	3110	n
CCAM-37	prix unitaire de base	3102 3103	1	3117 3130	1 1
CCAM-39	supplément de charges cabinet	3102	1	3117 3130	1 0..1
CCAM-40a	nécessité d'un agrément radio	3101	1	3116	1
CCAM-41	Compatibilité avec des frais de déplacement	3100	1	3118	1
CCAM-42	code regroupement pour les AMC	3101	1	3118 3130	1 0..1
CCAM-43a	Indication s'il s'agit d'un acte dentaire nombre minimum de dents à traiter le cas échéant	3102	1	3116 3111	1 0..1
CCAM-44	dents incompatibles	3102	1	3110	n
CCAM-45	âge minimum	3102	1	3115	1
CCAM-46	âge maximum	3102	1	3115	1
CCAM-47a	majoration du prix unitaire pour un DOM	3120 3102	1 1	3114 3130	1 0..1
CCAM-52a	Liste des codes forfaits CMU-C compatibles	3100	1	3110	0..n
TB02-1	règle tarifaire pour association non prévue	3122 3103	1	3114 3130	1 0..1
TB02-2	codes association non prévue autorisés	3103	-	3118	n
TB06-1	âge minimum pour un code modificateur	3121	1	3115	1
TB06-2	âge maximum pour un code modificateur	3121	1	3115	1
TB07-1	seuil minimum pour exonération TM(3)	3120	1	3117 3130	1 0..1
TB08-1	jour férié	3120	1	3116	1
TB09-1	Compatibilité entre deux modificateurs	3121	2	3116	1
TB10-1	top contrôle cohérence d'un modificateur	3121	1	3116	1
TB10-2	top présence multiple d'un modificateur	3121	1	3116	1
TB11-1	forfait associé à un modificateur	3121 3103	1	3117 3130	1 0..1
TB11-2	taux associé à un modificateur	3121 3103	1	3114 3130	1 0..1

Identifiant	Libellé de la donnée recherchée	Groupes d'entrée	Nb	Groupes de sortie	Nb
TB11-3	modificateurs autorisés	3103	-	3118	n

Identifiant	Libellé de la donnée recherchée	Groupes d'entrée	Nb	Groupes de sortie	Nb
TB12-1	forfait à appliquer pour les PS non conventionnés	-	-	3117 3130	1 0..1
TB12-2	taux de réduction à appliquer sur la base de remboursement pour les PS non conventionnés	-	-	3114 3130	1 0..1
TB13-1	Codes regroupement existants	-	-	3118 3130	N 0..n
TB15-1	modificateur pour les AMC	3121	1	3110	1
TB15-2	Nombre de modificateurs transmissibles aux AMC	-	1	3111	1
TB19-1	nombre de modificateurs tarifant	-	-	3111	1
TB20-1	codes association non prévue panachables	-	-	3118	n
TB21-1	liste des mots clés	-	-	3119	1

Détail des groupes d'entrée

Id Groupe	Descriptif du groupe	Données d'entrée	Min	Max	Type
3100	Niveau acte	Code de l'acte	7	13	A
3101	Niveau activité	Code de l'acte	7	13	A
		Code activité	1	1	A
3102	Niveau phase	Code de l'acte	7	13	A
		Code activité	1	1	A
		Code phase de traitement	0	1	N
3103	Contexte tarifaire	Contexte tarifaire PS	1	1	N
		Contexte tarifaire BS	1	1	N
3120	Numéro caisse	N° de caisse de l'exécutant	1	3	N
3121	Modificateur	Code modificateur	1	1	A
3122	Code association	Code association	1	1	A

Détail des groupes de sortie

Id Groupe	Descriptif du groupe	Données de sortie	Min	Max	Type
3110	Type Code	Code (général)	0	20	A
3111	Type Nombre	Nombre (général)	1	5	N
3112	Type Texte	Texte (général)	0	-	E
3113	Type Date	Date (général) (format « AAAAMMJJ0000 »)	0	12	D
3114	Type Coefficient	Coefficient (général) (en millièmes)	1	7	A
3115	Age	Nombre d'années	0	3	N
		Nombre de jours (inférieur à 366)	0	3	N
3116	Type Booléen	Booléen (général) ('O' = vrai, 'N' = faux)	1	1	A
3117	Type Montant	Montant (général) (en centimes d'euros)	1	7	N
3118	Type Code qualifié	Code qualifié	0	20	A
		Libellé du code qualifié	0	80	E
3119	Liste de textes	Nombre de textes	1	5	N
		Texte n° 1	1	-	E
		Texte n° 2	1	-	E
		…			
3130	Date modification	Date d'effet de la modification par le PS de la donnée dans le référentiel électronique (format « AAAAMMJJ0000 »)	12	12	D

5.2 La fonction Modification des données table CCAM

AP02.01.01 / Description

Cette fonction permet au progiciel de modifier la valeur de certaines données de la nomenclature CCAM contenues dans la base CCAM à savoir :

- le prix unitaire d'un acte/activité/phase ;
- le supplément de charges cabinet d'un acte/activité/phase ;
- la majoration DOM du prix unitaire d'un acte/activité/phase ;
- le code regroupement (relatif à un acte CCAM donné) ;
- la liste des codes regroupement (nouveau code regroupement) ;
- la règle tarifaire pour une association non prévue ;
- le seuil minimum pour exonération du TM ;
- le forfait associé à un modificateur ;
- le taux associé à un modificateur ;
- le forfait à appliquer sur la base de remboursement pour les PS non conventionnés ;
- le taux de réduction à appliquer sur la base de remboursement pour les PS non conventionnés.

La modification d'une donnée rattachée à un acte CCAM doit se situer dans la période de validité de l'acte lui-même.

En conséquence, pour la modification de toute donnée rattachée à un acte CCAM, à savoir :

- le prix unitaire d'un acte/activité/phase ;
- le supplément de charges cabinet d'un acte/activité/phase ;
- la majoration DOM du prix unitaire d'un acte/activité/phase ;
- le code regroupement (associé à un acte CCAM donné).

Si la date de fin de l'acte est renseignée, il est nécessaire que la date d'effet de la modification soit antérieure ou égale à la date de fin de l'acte (champ CCAM-19 consultable).

Fonction à utiliser

SRT_ModifierDonnee

Les paramètres en entrée

Identifiant

Cette information précise le champ à modifier. Cf. « Tableau des données CCAM modifiables » ci-après.

Date de référence

Date d'effet de la modification. La modification n'est pas effectuée si cette date est antérieure à la dernière date d'effet de la valeur à modifier.

Groupes d'entrée

Cf. tableau « Détail des groupes d'entrée » ci-après.

Les paramètres en sortie

Aucun.

Tableau des données CCAM modifiables

Identifiant	Libellé de la donnée à modifier	Groupes d'entrée	Nombre d'occurrences	Remarque
CCAM-37	prix unitaire	3102 3103 3117	1 1	
CCAM-39	supplément de charges cabinet	3102 3117	1 1	
CCAM-42	code regroupement	3101 3110	1 1	Le code regroupement demandé doit exister dans la table des codes regroupements existant (TB13) à la date d'effet de la modification.
CCAM-47	majoration du prix unitaire pour un DOM	3120 3102 3114	1 1 1	Il est nécessaire que la caisse de l'exécutant fournie en entrée soit située dans un DOM.
TB02-1	coefficient pour une association non prévue	3122 3103 3114	1 1	
TB07-1	seuil minimum pour exonération du TM	3120 3117	1 1	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
TB11-1	forfait associé à un modificateur	3121 3103 3117	1 1	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.
TB11-2	taux associé à un modificateur	3121 3103 3114	1 1	

Identifiant	Libellé de la donnée à modifier	Groupes d'entrée	Nombre d'occurrences	Remarque
TB12-1	forfait à appliquer pour les PS non conventionnés	3117	1	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.
TB12-2	taux de réduction à appliquer pour les PS non conventionnés	3114	1	
TB13-1	nouveau code regroupement	3118	1	Le nouveau code ne doit pas déjà exister dans le référentiel électronique (table TB13). Il ne doit pas être une lettre-clé NGAP (TB17).

Modification du code regroupement relatif à un acte CCAM

RG_AP014[CP1]

Détail des groupes d'entrée

Id Groupe	*Descriptif du groupe*	*Données d'entrée*	*Min*	*Max*	*Type*
3101	*Niveau*	*Code de l'acte*	*7*	*13*	*A*
	activité	*Code activité*	*1*	*1*	*A*
3102	*Niveau*	*Code de l'acte*	*7*	*13*	*A*
	phase	*Code activité*	*1*	*1*	*A*
		Code phase de traitement	*0*	*1*	*N*
3103	*Contexte tarifaire*	*Contexte tarifaire PS*	*1*	*1*	*N*
		Contexte tarifaire BS	*1*	*1*	*N*
3110	*Type Code*	*Code (général)*	*1*	*20*	*A*
3114	*Type Coefficient*	*Coefficient (général) (en millièmes)*	*1*	*7*	*A*
3117	*Type Montant*	*Montant (général) (en centimes d'euros)*	*1*	*7*	*N*
3118	*Type Code qualifié*	*Code qualifié*	*1*	*20*	*A*
		Libellé du code qualifié	*0*	*80*	*E*
3120	*Numéro caisse*	*N° de caisse de l'exécutant*	*1*	*3*	*N*
3121	*Modificateur*	*Code modificateur*	*1*	*1*	*A*
3122	*Code association*	*Code association*	*1*	*1*	*A*

5.3 La fonction Annulation d'une modification CCAM

Le PS a la possibilité d'annuler les modifications qu'il a faites sur une donnée du référentiel électronique.

Cette fonction supprime toutes les modifications effectuées sur la donnée spécifiée en entrée : la valeur originale de la donnée est rétablie telle qu'elle était dans le référentiel électronique fourni par le GIE SESAM-Vitale.

Fonction à utiliser

SRT_AnnulerModification

Les paramètres en entrée

Identifiant

Cette information précise le champ sur lequel porte l'annulation. Cf. « Tableau des données CCAM modifiables » ci-avant.

Groupes d'entrée

Cf. tableau « Détail des groupes d'entrée » ci-après.

Les paramètres en sortie

Aucun.

Détail des groupes d'entrée

Identifiant	Libellé de la donnée à modifier	Groupes d'entrée	Nombre d'occurrences
CCAM-37	prix unitaire	3102	1
CCAM-39	supplément de charges cabinet	3102	1
CCAM-42	code regroupement	3101	1
CCAM-47	majoration du prix unitaire pour un DOM	3120 3102	1 1
TB02-1	coefficient pour une association non prévue	3122	1
TB07-1	seuil minimum pour exonération du TM	3120	1
TB11	valeur (forfait ou taux) associée à un modificateur	3121	1
TB12	valeur (forfait ou taux) à appliquer sur la base de remboursement pour les PS non conventionnés	-	-
TB13-1	nouveau code regroupement	-	-

5.4 La fonction Version du référentiel

Parmi ces informations, la version du référentiel électronique est à renseigner dans le groupe 1440 pour transmission dans la facture.

AP02.05 / Description

Fonction à utiliser

SRT_LireVersion

Les paramètres en entrée

Aucun.

Les paramètres en sortie

3600	**Groupe** *Version SRT*	
	N° version du référentiel électronique SRT	1440-3
	N° version base CCAM	
	Date modification référentiel électronique SRT	
	Variante référentiel électronique SRT	
	Commentaire du référentiel électronique SRT	
	Numéro de révision du référentiel électronique SRT	
	N° version partie logicielle	

6 L'administration des modules de tarification complémentaire STS

6.1 La fonction Version des modules STS

Cette fonction a pour objet de restituer les informations de version des modules qui composent les STS.

Fonction à utiliser

STS_LireVersion

Les paramètres en entrée

Aucun.

Les paramètres en sortie

3780 **Groupe** *Version des STS*

Identifiant du module STS

N° version du module STS

N°Version du fichier de table STS

Variante STS

Commentaire table STS

Il est retourné un groupe 3780 par module STS : Interface-STS, STS-CMU, STS-CTIP, STS-FFSA, STS-FNMF+FMF.

Cas particulier du module STS-A8 : il est retourné un groupe 3780 par fichier binaire de chaque famille de PS installée sur le Poste de Travail.

Annexe 1-D

Présentation fonctionnelle des Modules SESAM-Vitale

Récapitulatif des groupes de données

Intégrant l'Addendum n°8

Mise à jour Janvier 2024

GIE SESAM-Vitale
5, boulevard Marie & Alexandre Oyon - 72 019 LE MANS CEDEX 2 - www.sesam-vitale.fr
SIRET : 391 722 881 00052 - APE : 6202A - RCS LE MANS : 391 722 881 - N° TVA : FR 753 917 22881

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

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

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

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

Sommaire

1 Présentation du document....4
2 Zone d'échange de la facture....5
3 Zone d'échange SRT....6
4 Zone d'échange STS....7

1 Présentation du document

Ce document est fourni à titre transitoire dans le cadre de la Modernisation du CDC SESAM-Vitale.
Il est amené à être supprimé dans la prochaine version du Package.

2 Zone d'échange de la facture

La liste des groupes constituant la zone d'échange de la facture est présentée dans l'Annexe 1-A0.

3 Zone d'échange SRT

La liste des groupes constituant la zone d'échange SRT est présentée dans l'Annexe 1-A1.

4 Zone d’échange STS

La liste des groupes constituant la zone d'échange STS est présentée dans l’Annexe 1-A2.

Annexe 2

Réglementation - Tarification

Intégrant l'Addendum n°8

Mise à jour Janvier 2024

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

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

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

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

Sommaire

1 Présentation de l'annexe 2 5

1.1 Présentation générale 5
1.2 Présentation de la partie réglementation 6
1.3 Présentation de la partie tarification 6
1.4 Présentation de la partie tables 6

2 Tableau de synthèse : EF_A2_TS 7

3 1ère partie : Réglementation 8

4 2ème partie : Tarification 11

4.1 Chapitre 1 : Base de remboursement 11
4.1.1 Section 1 : Base de remboursement des codes prestations : Synthèse des règles B 11
4.1.2 Section 2 : Base de remboursement des frais de déplacement : Synthèse des règles F 11
4.1.3 Section 3 : Base de remboursement des frais pharmaceutiques : Synthèse des règles S 12
4.2 Chapitre 2 : Taux de remboursement : Synthèse des règles T 13
4.3 Chapitre 3 : Calcul du montant remboursable par l'A.M.O. : Synthèse des règles P 15

5 Annexe : Tables 16

1 Présentation de l'annexe 2

1.1 Présentation générale

Objet du document

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

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

Contenu du document

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

Ce document est fourni à titre transitoire dans le cadre de la Modernisation du CDC SESAM-Vitale.
Il est amené à être supprimé dans la prochaine version du Package.

Tableau de synthèse

L'objet de ce tableau est de croiser les numéros des règles et les spécialités des Professionnels de Santé et de connaître ainsi la liste des règles applicables à une profession donnée.

Ce tableau est référencé EF_A2_TS.

§ 2 Tableau de synthèse : EF_A2_TS

Tables utilisées

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

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

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

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

- 1.1, (EF_A2_T1.1)
- 8.x,
- 11.1, (EF_A2_T11.1)
- 50.x,
- 60, (EF_A2_T60)
- 61, (EF_A2_ T61)
- et la colonne « Origine prestation » de la table 1 (EF_A2_T1).

1.2 Présentation de la partie réglementation

Sans objet

1.3 Présentation de la partie tarification

Sans objet

1.4 Présentation de la partie tables

Sans objet

2 Tableau de synthèse : EF_A2_TS

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

3 1ère partie : Réglementation

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

R16	**Compatibilité entre le montant des honoraires et le code qualificatif de la dépense**	**RG_CF_R16**
R17	**Compatibilité entre le code prestation et le code qualificatif de la dépense**	**RG_CF_R17**
R17 bis	**Association obligatoire de code prestation**	**RG_IP_R17bis**
R17 ter	**Contexte du parcours de soins pour des actes associés**	**RG_CF333[CP1]**
R18	**Condition d'élaboration d'une Feuille de Soins Electronique en fonction de la situation du bénéficiaire**	**RG_MF003[CP3]**
R19	**Contrôle de la présence d'actes incompatibles au regard des codes affinés de biologie**	**RG_IP_R19**
R20	**Contrôle du nombre maximum d'un même code affiné de biologie.**	**RG_IP_R20**
R21	**Contrôle du respect des règles spécifiques en matière de codes affinés de biologie**	**RG_IP_R21**
R22	**Contrôle entre le coefficient facturé et le cumul des coefficients associés à chaque code affiné de biologie**	**RG_IP_R22**
R23	**Contrôle de la justification du complément à la cotation minimale liée aux actes sanguins**	**RG_IP_R23**
R24	**Taux d'abattement des indemnités kilométriques**	**RG_IP_R24**
R25.0	**Acquisition de l'organisme gestionnaire pour un accident du travail**	**RG_CF_R25.0**
R25.1	**Contrôle de l'existence d'une couverture au risque AT**	**RG_CF_R25.1**
R25.2	**Contrôle de l'acceptation d'une Feuille de Soins Electronique Accident du Travail pour un régime**	**RG_CF_R25.2**
R25.4	**Contrôle de l'élaboration d'une FSE AT en l'absence d'organisme sur le support AT**	**RG_CF_R25.4**
R25.6	**Condition de sécurisation d'une FSE en fonction de l'organisme gestionnaire AT identifié**	**RG_MF003[CP7]**
R26	**Acquisition de la date d'accident du travail et du numéro d'« Accident du travail » pour la nature d'assurance AT**	**RG_CF_R26**
R27	**Contrôle de la clé du numéro accident du travail**	**RG_CF_R27**
R28	**Contrôle de la date d'accident du travail pour la nature d'assurance « Accident du travail »**	**RG_CF_R28**
R29	**Détermination du contexte tiers payant lié à des dispositions réglementaires spécifiques**	**RG_CF_R29**
R30	**Nécessité d'une date maternité pour la nature d'assurance « Maternité »**	**RG_CF_R30**
R31	**Contrôle de la date maternité pour la nature d'assurance « Maternité »**	**RG_CF_R31**
R32	**Contrôle de la date de fin pour la prestation détaillée LPP**	**RG_IP_R32**
R33	**Contrôle du mode de sécurisation SESAM sans Vitale**	**RG_MF003[CP1] / RG_MF003[CP2]**

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

4 2ème partie : Tarification

4.1 Chapitre 1 : Base de remboursement

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

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

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

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

F3 **Base de remboursement pour des frais de déplacement lfx** **RG_VF_B13[CP3]**

F4 **Base de remboursement des indemnités kilométriques** **RG_VF_B13[CP4] / RG_VF_B2[CP10]**

F5 **Montant de l'indemnité kilométrique** **RG_VF412**

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

S1 **Prix unitaire et Base de remboursement des frais pharmaceutiques (hors actes secondaires) et de la LPP** **RG_VF_B13[CP5]**

S2 **Prix unitaire et Base de remboursement de prestations sanitaires non identifiées par l'AMO** **RG_VF_B2[CP4] / RG_VF_B13[CP10]**

S3 **Prix unitaire d'une prestation d'honoraire de dispensation générée** **RG_VF_B2[CP5]**

S403 **Détermination du montant restant à ventiler sur une prestation non identifiée par l'AMO** **RG_VF403**

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

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

T12 **Détermination du taux de remboursement pour les actes de prévention** **RG_VF_T12**

T13 **Détermination du taux de remboursement à prendre en compte pour chaque acte de la facture** **RG_VF_T13 / RG_VF_T13[CP2) / CG_VF001**

Tc8 **Détermination du taux de remboursement à prendre en compte pour un acte CCAM** **RG_VF_T8**

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

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

5 Annexe : Tables

Cf. Document Annexe 2bis

Annexe 2bis

Réglementation - Tarification
Partie Tables

Intégrant l'Addendum n°8

Mise à jour Janvier 2024

GIE SESAM-Vitale
5, boulevard Marie & Alexandre Oyon - 72 019 LE MANS CEDEX 2 - www.sesam-vitale.fr
SIRET : 391 722 881 00052 - APE : 6202A - RCS LE MANS : 391 722 881 - N° TVA : FR 753 917 22881

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

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

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

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

Sommaire

Table 1 Table des codes prestations 5
Table 1.1 Table des tarifs réglementaires des honoraires de dispensation générés 7
Table 2 Table des compatibilités entre les codes prestation et les spécialités de Professionnels de Santé 8
Table 2bis Table des compatibilités entre les codes prestation et le contexte conventionnel du Professionnel de Santé 9
Table 2ter Codes Prestation soumis au respect du tarif opposable 10
Table 3 Table des compatibilités entre les codes prestation et la qualité du bénéficiaire 11
Table 3bis Table d'incompatibilité entre des codes actes et une situation particulière 12
Table 4 Table des compatibilités entre les codes prestation et plusieurs concepts (nature d'assurance, coefficient,...) 13
Table 4 bis Taux de remboursement de base d'un acte CCAM 14
Table 4 ter Taux de remboursement de base d'un acte CCAM 15
Table 5bis Prestations relatives au contexte d'«Urgence» 16
Table 6 Table des codes prestation susceptibles d'être soumis à la formalité de l'entente préalable 17
Table 7 Table des compatibilités entre les codes prestation et le qualificatif de la dépense 18
Table 8.1 Table des taux de remboursement des prescripteurs 20
Table 8.2 Table des taux de remboursement des Auxiliaires-médicaux 25
Table 8.3 Table des taux de remboursement des Pharmaciens 30
Table 8.4 Table des taux de remboursement des Laboratoires d'analyses médicales 37
Table 8.5 Table des taux de remboursement des Fournisseurs 42
Table 11.1 Régimes dont les assurés sont couverts pour le risque AT 46
Table 11.2 Régimes autorisant l'envoi d'une FSE AT 47
Table 11.3 Régimes acceptant l'envoi d'une FSE AT à l'organisme maladie inscrit en carte en l'absence d'organisme sur le support AT 48
Table 11.4 Caisses gestionnaires du régime agricole n'autorisant pas l'envoi de FSE relative à un Accident de la Vie Privée 49
Table 12 Tables des Codes Prestation obligatoirement associés 50
Table 14 Table de détermination de « diminution TAUX » hors parcours de soins 51
Table 14.1 Prestations non soumises à la MTM 52
Table 15.1 Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la spécialité du Professionnel de Santé 53
Table 15.2 Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la situation du bénéficiaire des soins 54
Table 15.3 Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la nature des soins 55
Table 15.4 Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la nature d'assurance 56
Table 15.5 Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la catégorie médicale d'un acte CCAM 57
Table 16.1 Spécialités de Professionnels de Santé compatibles avec la situation d' « Accès Direct Spécifique » 58
Table 16.2 Spécialités de Professionnels de Santé compatibles avec la situation « Hors Accès Direct Spécifique » 59
Table 17 Compatibilité des majorations de coordination selon le contexte du parcours de soins et la spécialité du PS. 60
Table 17bis Compatibilité des majorations de coordination en fonction du bénéficiaire et de la convention du PS. 61
Table 17ter Majorations de coordination pour les patients de moins de 16 ans 62

Table 18 Durée de validité de contextes particuliers du parcours de soins 63
Table 19 Acte de référence pour le calcul du plafond hors parcours 64
Tables 20.X Tables des codes spécialité de PS utilisées dans les tables 8.x 65
Tables 21.X Tables des codes prestation utilisées dans les tables 8.x 66
Tables 22.X Tables des codes spécialité de PS utilisées dans certaines règles 67
Table 23 Table du type de majoration en fonction du code prestation 68
Table 24 Taux d'abattement pour les IK des infirmiers 69
Table 30 Prestations soumises obligatoirement à un supplément dérogatoire SMG 70
Table 41 Table des contextes tarifaires PS 71
Table 41bis Groupes de spécialités PS utilisés pour le contexte tarifaire de la prestation 72
Table 42 Table des contextes tarifaires BS 73
Table 50.1 Table des taux de remboursement en l'absence de code couverture pour tous les Professionnels de Santé et pour le régime général, le RSI, la CCAS RATP, la CPRPSNCF, l'ENIM, la CNMSS, la CAVIMAC, le Port Autonome de Bordeaux, les Caisses autonomes de Sécurité Sociale du Sénat, les Fonds de sécurité sociale de l'Assemblée Nationale, les sections locales mutualistes et en partie pour le régime agricole. 75
Table 50.2 Table des taux de remboursement en l'absence de code couverture pour tous les Professionnels de Santé et pour le régime agricole 81
Table 50.4 Table des taux de remboursement en l'absence de code couverture pour tous les Professionnels de Santé et pour la CRPCEN 83
Table 50.6 Table des taux de remboursement en l'absence de code couverture pour tous les Professionnels de Santé et pour le régime minier. 85
Table 51 Table des prestations ouvrant droit à un complément AT dentaire 86
Table 52 Table des coefficients pour le calcul du PU d'un complément AT 87
Table 55 Code prestation de dépassement à générer en cas de Victime d'Attentat 88
Table 60 Table des codes prestation à générer en fonction d'une prestation en cours 89
Table 61 Nombre minimum de médicaments remboursables différents donnant droit à l'Honoraire Complexe 90
Table 63 Table des conditions donnant droit à un honoraire de dispensation lié à l'âge 91
Table 65 Table de validité des modes de prescription 92
Table 66 Table de compatibilité entre le mode de prescription et l'indicateur de substitution pour délivrance du princeps 93
Table 70 Consultations Obligatoires Enfant 94

Table 1 Table des codes prestations

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T1.csv » du package documentaire

Format de cette table

Code prestation	Libellé du code prestation	Date de fin de validité	Type de prestation	Type de nomenclature	Groupe fonctionnel		Top Codage affiné	Origine prestation
					général	détail		
AAD	Autres accessoires traitement à domicile (Titre I Chapitre 1 de la LPP)		Support	LPP	so	so	Oui	PS
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

Légende

Id. FD : Indemnité de Déplacement

Id. K : Indemnité Kilométrique

Remarques :

- pour les codes prestation NGAP concernés par la mise en place de la CCAM, les dates de fin de validité sont gérés par la règle CC6 et la base CCAM et ne figurent donc pas dans cette table.
- Les types d'acte « Id. FD » et « Id. K » sont des actes de type secondaire.
- Le type de nomenclature « Frais PH » (frais pharmaceutiques) regroupe l'ensemble des produits et prestations délivrés par un pharmacien, à l'exception de la LPP. Il s'agit de :
  - produits non spécialisés (produits de droguerie pharmaceutique, médicaments officinaux, préparations magistrales,
  - médicaments spécialisés (médicaments préparés à l'avance présentés dans un conditionnement particulier)
- Le type de nomenclature « LPP» concerne des prestations ou produits délivrés par un Pharmacien ou un Fournisseur, à savoir :
  - les fournitures et appareils inscrits à la Liste des Produits et Prestations (LPP) ne nécessitant pas d'agrément du fournisseur pour être pris en charge par l'Assurance Maladie.
- Un code prestation est rattaché à une seule nomenclature mais peut être rattaché à aucun, ou un groupe fonctionnel.
- Top codage affiné :
  - OUI : il existe des codes affinés associés à cette lettre clé.
  - OUI* : il existe des codes affinés pour certains produits uniquement.
  - NON : il n'existe pas de codes affinés associés à cette lettre clé.
- Groupe fonctionnel détail : libellés des codes agrégés remplaçant les codes actes « réservés PS »
  - CCE : Consultation très complexe Enfants

- CCX : Consultation complexe Enfants
- MCX : Majoration pour consultation complexe
- MTX : Majoration pour consultation très complexe

Table 1.1 Table des tarifs réglementaires des honoraires de dispensation générés

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T1.1.csv » du package documentaire

Format de cette table

Tarifs réglementaires en €							
Code caisse de rattachement du PS							
Code prestation	**Date d'effet**	**971** Guadeloupe	**972** Martinique	**973** Guyane	**974** Réunion	**976** Mayotte	**Autres** Métropole
HC	01/01/15	0,51	0,51	0,51	0,51	0,51	**0,51**
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…

A noter que l'entête de cette table dans le fichier csv se réduit à la seule ligne présentée en bleu.

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

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T2.csv » du package documentaire

Remarque : Cette table ne contient pas les codes prestation CCAM

Format de cette table

	01	02	03	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	84	85	86
AAD .../...	.../...	.../...	.../...	.../... .../...	.../... .../...	.../... .../...	.../... .../...	.../... .../...	.../... .../...	.../... .../...	.../...	.../...	.../...

Table 2bis Table des compatibilités entre les codes prestation et le contexte conventionnel du Professionnel de Santé

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T2bis.csv » du package documentaire

Format de cette table

	PS								
	Non conventionné		**Secteur 1**			**Secteur 1DP ou 2**			
Code convention	**0**		**1**			**2 ou 3**			
Contrat tarifaire PS	**Aucun**		**OPTAM-CO**	**OPTAM**	**Aucun**	**OPTAM-CO**	**OPTAM**	**Aucun**	
BS	**C2S**	**Autres**	**Tous**	**Tous**	**Tous**	**Tous**	**Tous**	**C2S**	**Autres**
N° cas	**Cas 1**	**Cas 2**	**Cas 3**	**Cas 4**	**Cas 5**	**Cas 6**	**Cas 7**	**Cas 8**	**Cas 9**

Code prestation	**Cas 1**	**Cas 2**	**Cas 3**	**Cas 4**	**Cas 5**	**Cas 6**	**Cas 7**	**Cas 8**	**Cas 9**
CCP	NON	NON	s/c P3	s/c P3	s/c P3	s/c P3	s/c P3	s/c P3	s/c P3
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…

A noter que l'entête de cette table dans le fichier csv se réduit à la seule ligne présentée en bleu.

Légende

s/c P3 : sous condition P3

s/c P4 : sous condition P4

Table 2ter Codes Prestation soumis au respect du tarif opposable

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T2ter.csv » du package documentaire

Format de cette table

Code prestation
ADI
…/…

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

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T3.csv » du package documentaire

Format de cette table

	Qualité du bénéficiaire									Age min		Age max	
Code prestation	**Assuré**	**Ascendant, descendant, collatéraux ascendants**	**Conjoint**	**Conjoint divorcé**	**Concubin**	**Conjoint séparé**	**Enfant**	**Conjoint veuf**	**Autre ayant-droit**	**mois**	**années**	**mois**	**années**
AAD	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
…/…	./.	./.	./.	./.	./.	./.	./.	./.	./.	…/…	…/…	…/…	…/…

A noter que l'entête de cette table dans le fichier csv se réduit à la seule ligne présentée en bleu.

Légende

0 = NON, 1 = OUI

Remarque : Cette table ne contient pas les codes prestation CCAM

Table 3bis Table d'incompatibilité entre des codes actes et une situation particulière

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T3bis.csv » du package documentaire

Format de cette table

Situation particulière	Code prestation	Groupe fonctionnel général	Groupe fonctionnel détail
Victime d'Attentat	**Tous**	**Soins dentaires**	**Forfait CMU-C**
…/…	**…/…**	**…/…**	**…/…**

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

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T4.csv » du package documentaire

Format de cette table

	Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance								Compatibilité de l'acte avec un complément (**)		
Code prestation	**Maladie**	**Maternité**	**Accident du Travail**	**Soins Médicaux Gratuits**	**Nécessité d'une prescription (***)**	**Nécessité d'un coefficient (*)**	**Valeurs minimales et maximales du coefficient**	**Compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement**	**Férié**	**Nuit**	**Urgence**
AAD	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

A noter que l'entête de cette table dans le fichier csv se réduit à la seule ligne présentée en bleu.

Légende

N = NON, O = OUI

(*) Si le coefficient n'est pas saisi par le Professionnel de Santé, il doit être renseigné à 1 par défaut.
S'il n'y a pas nécessité d'un coefficient, la seule valeur acceptée dans la facture est la valeur 1.

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

(***) la nécessité d'une prescription est contrôlée par rapport à l'acte support associé.

Remarque : Cette table ne contient pas les codes prestation CCAM

Table 4 bis Taux de remboursement de base d'un acte CCAM

Cette table est supprimée et fusionnée dans la table 4ter suivante.

Table 4 ter Taux de remboursement de base d'un acte CCAM

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T4ter.csv » du package documentaire

Format de cette table

Code prestation	Spécialité PS	T.R théorique (*)	T.R. théorique CRPCEN	Date d'effet des taux
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…
ATM	Toutes	70	85	01/07/10
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…
ID	{30, 39, 40}	60	80	01/07/10
ID	<> {30, 39, 40}	70	85	01/07/10
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…

Cette nouvelle table reprend les 3 dernières colonnes de la table 4 (TR théorique + date d'effet) et inclut une nouvelle colonne « spécialité du PS »

A noter que la date d'effet initiale des taux, anciennement notée T_0, est remplacée dans la table par sa valeur explicite du 01/07/10, afin d'homogénéiser le format des données enn dernière colonne « Date d'effet des taux ».

Légende

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

Table 5bis Prestations relatives au contexte d'«Urgence»

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T5bis.csv » du package documentaire

Format de cette table

Nature de prestation	Complément de prestation	Acte CCAM	Modificateur CCAM
Toutes	N	Sans objet	Sans objet
…/…	…/…	…/…	…/…

Légende

(*)Tout acte CCAM compatible avec le modificateur cf. Annexe 1-A1 règle RC3 .

Table 6 Table des codes prestation susceptibles d'être soumis à la formalité de l'entente préalable

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T6.csv » du package documentaire

Format de cette table

Code prestation	Spécialité de l'exécutant
AIS	24
…/…	…/…

Légende

Remarque : Cette table ne contient pas les codes prestation CCAM

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

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T7.csv » du package documentaire

Format de cette table

Code prestation	Gratuit	Déplacement non prescrit	Dépassement exigence	Entente directe	Non Rembour-sable	Dépassement Autorisé	CUMUL Dépassement Autorisé + Entente Directe	Prise en charge SMG
AAD	1	0	0	0	1	0	0	1
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…

Légende

0 = NON ou sans objet

1 = OUI

TAUX DE REMBOURSEMENT DES PRESCRIPTEURS

Table 8.1 Table des taux de remboursement des prescripteurs

Valeur du code ALD (1er caractère du code couverture)	REGLE A APPLIQUER QUELLE QUE SOIT LA VALEUR DU CODE SITUATION
1, 2, 3	Poser la question : « Les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? » Si la réponse est OUI : le taux à appliquer est de 100%, le code justification d'exonération est « soins conformes au protocole ALD ». Sinon, se reporter au tableau des codes situation ci-dessous Pour une prestation de type secondaire (cf. table 1 de l'annexe 2), la réponse à cette question est nécessairement identique à celle de l'acte support auquel la prestation secondaire est rattachée

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
0100	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0101	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0102	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0103	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0104	80 %	FSV
0105	90 %	pas d'exonération
0106	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0107	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0108	90 %	pas d'exonération
0109	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0110	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0200	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0201	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0202	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »		Code Justificatif d'exonération
0203	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0204	80 %		FSV
0205	90 %		pas d'exonération
0206	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0207	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0225	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	90 %	pas d'exonération
0226	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0227	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0300	ni exonération, ni modulation		pas d'exonération
0301	ni exonération, ni modulation		pas d'exonération
0302	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0303	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0304	80%		FSV
0400	• Prestations de la table T21.1 : 100% • Autres : 75%		pas d'exonération
0401	• Pour les spécialités de la table T20.1 : 100% • Autres spécialités : ○ Prestations de la table 21.2 : 100% ○ Autres prestations voir code situation 0100		pas d'exonération
0401	• Pour les spécialités de la table T20.1 : 100% • Autres spécialités : ○ Prestations de la table 21.2 : 100% ○ Autres prestations voir code situation 0100		pas d'exonération
0403	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00100 du Régime Général par application des taux de base figurant dans la table 4).		Pas d'exonération
0404	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
0405	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0406	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00102 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.1).	identique à celui précisé dans la table 8.1
0407	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00106 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.1).	identique à celui précisé dans la table 8.1
0408	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00105 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.1).	identique à celui précisé dans la table 8.1
0409	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.1).	identique à celui précisé dans la table 8.1
0414	100 %	pas d'exonération
0415	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0500	gestion identique au code couverture 00100 du Régime Général par application des taux de base du Régime Général figurant en table 4	pas d'exonération
0501	gestion identique au code couverture 00101 du Régime Général (100 %)	assuré ou bénéficiaire exonéré
0502	gestion identique au code couverture 00102 du Régime Général (100 %)	assuré ou bénéficiaire exonéré
0503	gestion identique au code couverture 00103 du Régime Général (100 %)	assuré ou bénéficiaire exonéré
0504	gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général (80 %)	FSV
0700	**Soins non conformes au protocole ALD :** 100%	exonération régimes spéciaux

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
1000	ni une exonération, ni une modulation	pas d'exonération
1001	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1002	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1003	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1004	85 %	FSV
1600	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
1601	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1602	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1603	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9000	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
9001	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9002	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9003	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9004	80 %	FSV
9020	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9021	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9022	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9023	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9024	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération

TAUX DE REMBOURSEMENT DES AUXILIAIRES-MEDICAUX

Table 8.2 Table des taux de remboursement des Auxiliaires-médicaux

Valeur du code ALD (1er caractère du code couverture)	REGLE A APPLIQUER QUELLE QUE SOIT LA VALEUR DU CODE SITUATION
1, 2, 3	Poser la question : « Les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? » Si la réponse est OUI : le taux à appliquer est de 100%, le code justification d'exonération est « soins conformes au protocole ALD ». Sinon, se reporter au tableau des codes situation ci-dessous Pour une prestation de type secondaire (cf. table 1 de l'annexe 2), la réponse à cette question est nécessairement identique à celle de l'acte support auquel la prestation secondaire est rattachée

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
0100	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0101	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0102	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0103	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0104	80 %	FSV
0105	90 %	pas d'exonération
0106	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0107	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0108	90 %	pas d'exonération
0109	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0110	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0200	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0201	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0202	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »		Code Justificatif d'exonération
0203	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0204	80 %		FSV
0205	90 %		pas d'exonération
0206	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0207	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0225	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	90 %	pas d'exonération
0226	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0227	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0300	ni exonération, ni modulation		pas d'exonération
0301	ni exonération, ni modulation		pas d'exonération
0302	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0303	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0304	80%		FSV
0400	• Prestations de la table T21.8 : 100% • Autres : 75%		pas d'exonération
0401	Poser la question : « PRESCRIPTION ETABLIE PAR MEDECIN SNCF (sur imprimé 1032 ou avec mention de Médecin SNCF) ? » SI LA REPONSE EST OUI : le taux est de 100 % SI LA REPONSE EST NON : • Si la spécialité du prescripteur est présente en table T20.1 : 100%		Service médical SNCF
	• sinon : cf. code situation 0100		pas d'exonération
0403	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00100 du Régime Général par application des taux de base figurant dans la table 4).		Pas d'exonération
0404	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
0405	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0406	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00102 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.2).	identique à celui précisé dans la table 8.2
0407	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00106 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.2).	identique à celui précisé dans la table 8.2
0408	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00105 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.2).	identique à celui précisé dans la table 8.2
0409	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.2).	identique à celui précisé dans la table 8.2
0414	100 %	pas d'exonération
0415	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0500	gestion identique au code couverture 00100 du Régime Général par application des taux de base du Régime Général figurant en table 4	pas d'exonération
0501	gestion identique au code couverture 00101 du Régime Général (100 %)	assuré ou bénéficiaire exonéré
0502	gestion identique au code couverture 00102 du Régime Général (100 %)	assuré ou bénéficiaire exonéré
0503	gestion identique au code couverture 00103 du Régime Général (100 %)	assuré ou bénéficiaire exonéré
0504	gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général (80 %)	FSV
0700	**Soins non conformes au protocole ALD** : 100%	exonération régimes spéciaux
1000	ni une exonération, ni une modulation	pas d'exonération
1001	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1002	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1003	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1004	80 %	FSV

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
1600	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
1601	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1602	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1603	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9000	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
9001	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9002	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9003	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9004	80 %	FSV
9020	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9021	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9022	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9023	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9024	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération

TAUX DE REMBOURSEMENT PHARMACIENS

Table 8.3 Table des taux de remboursement des Pharmaciens

Valeur du code ALD (1er caractère du code couverture)	REGLE A APPLIQUER QUELLE QUE SOIT LA VALEUR DU CODE SITUATION
1, 2, 3	Poser la question : « Les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? » Si la réponse est OUI : le taux à appliquer est de 100%, le code justification d'exonération est « soins conformes au protocole ALD ». Sinon, se reporter au tableau des codes situation ci-dessous Cas particulier : Pour une prestation de type honoraire, le LPS ne pose pas la question au PS : • pour une prestation de type honoraire simple, le LPS considère la même réponse que celle donnée par le PS pour la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte, • pour une prestation de type honoraire global, le LPS considère que la réponse est NON. A noter que pour les HDA, HDE, HDR, cette réponse à NON n'empêche pas une exonération sous justificatif d'exonération 4 (cf. T8) Pour une prestation de type secondaire (cf. table 1 de l'annexe 2), la réponse à cette question est nécessairement identique à celle de l'acte support auquel la prestation secondaire est rattachée

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
0100	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0101	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0102	• PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH 15% • PH4, PM4, HD4, HG4 30% • Autres 100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0103	• PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH 15% • PH4, PM4, HD4, HG4 30% • autres 100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0104	• PH2, PM2, HD2, HG2, MHU 15 % • PH4, PPI, HD4, HG4 30% • HDA, HDE, HDR, PH7, HD7, HG7 65 % • autres 80 %	FSV
0105	• PH2, PM2, HD2, HG2 15 %	pas d'exonération

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
	• MHU, PMH 65 % • PH4, PM4, PPI, HD4, HG4 80% • autres 90%	
0106	• PH2, PM2, HD2, HG2 15% • MHU, PMH 65 % • PH4, PM4, HD4, HG4 80 % • autres 100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0107	• PH2, PM2, HD2, HG2 15% • MHU, PMH 65 % • PH4, PM4, HD4, HG4 80 % • autres 100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0108	• PH2, PM2, HD2, HG2 15 %, • MHU, PMH 65 % • PH4, PM4, PPI, HD4, HG4 80% • autres 90%	pas d'exonération
0109	• PH2, PM2, HD2, HG2 15% • MHU, PMH 65 % • PH4, PM4, HD4, HG4 80 % • autres 100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0110	• PH2, PM2, HD2, HG2 15% • MHU, PMH 65 % • PH4, PM4, HD4, HG4 80 % • autres 100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0200	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0201	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0202	• PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH 15% • PH4, PM4, HD4, HG4 30% • autres=100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0203	• PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH 15% • PH4, PM4, HD4, HG4 30% • autres=100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0204	• PH2, HD2, HG2, MHU 15 % • PH4, PPI, HD4, HG4 30% • HDA, HDE, HDR, PH7, HD7, HG7 65 % • autres=80 %	FSV

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »		Code Justificatif d'exonération
0205	90 %		pas d'exonération
0206	• PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH, PH4, PM4, HD4, HG4 90 % • autres=100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0207	• PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH, PH4, PM4, HD4, HG4 90 % - • autres=100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0225	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	90 %	pas d'exonération
0226	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	• PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH, PH4, PM4, HD4, HG4 90 % • autres=100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0227	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	• PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH, PH4, PM4, HD4, HG4 90 % • autres=100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0300	ni exonération, ni modulation		pas d'exonération
0301	ni exonération, ni modulation		pas d'exonération
0302	• PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH 15% • PH4, PM4, HD4, HG4 30% • autres=100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0303	• PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH 15% • PH4, PM4, HD4, HG4 30% • autres=100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0304	• PH2, HD2, HG2, MHU 15% • PH4, PPI, HD4, HG4 30% • HDA, HDE, HDR, PH7, HD7, HG7 65 % • autres 80%		FSV
0400	• Prestations de la table T21.11 100%		pas d'exonération

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
	• Autres 75%	
0401	Poser la question : « PRESCRIPTION ETABLIE PAR MEDECIN SNCF (sur imprimé 1032 ou avec mention de Médecin SNCF) ? » SI LA REPONSE EST OUI le taux est de 100 % SI LA REPONSE EST NON : ○ Si la spécialité du prescripteur est présente en table T20.1 100%	Service médical SNCF
	○ sinon cf. code situation 0100	pas d'exonération
0403	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00100 du Régime Général par application des taux de base figurant dans la table 4).	Pas d'exonération
0404	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0405	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0406	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00102 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.3).	identique à celui précisé dans la table 8.3
0407	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00106 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.3).	identique à celui précisé dans la table 8.3
0408	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00105 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.3).	identique à celui précisé dans la table 8.3
0409	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.3).	identique à celui précisé dans la table 8.3
0414	100 %	pas d'exonération
0415	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0500	gestion identique au code couverture 00100 du Régime Général par application des taux de base du Régime Général figurant en table 4 ni exonération, ni modulation (cf. table 4 colonne Régime Général)	pas d'exonération
0501	gestion identique au code couverture 00101 du Régime Général (100 %)	assuré ou bénéficiaire exonéré
0502	gestion identique au code couverture 00102 du Régime Général	assuré ou bénéficiaire exonéré
0503	gestion identique au code couverture 00103 du Régime Général	assuré ou bénéficiaire exonéré
0504	gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général	FSV

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
0700	**Soins non conformes au protocole ALD** : 100%	exonération régimes spéciaux
1000	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
1001	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1002	• PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH 15% • PH4, PM4, HD4, HG4 45 % • autres 100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1003	• PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH 15% • PH4, PM4, HD4, HG4 45 % • autres 100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1004	• PH2, HD2, HG2, MHU 15 % • PH4, PPI, HD4, HG4 45 % • autres 85 %	FSV
1600	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
1601	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1602	• PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH 15% • PH4, PM4, HD4, HG4 30% • autres 100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1603	• PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH 15% • PH4, PM4, HD4, HG4 30% • autres 100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9000	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
9001	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9002	• PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH: 15% • PH4, PM4, HD4, HG4 30% • autres 100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9003	• PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH: 15% • PH4, PM4, HD4, HG4 30% • autres 100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9004	• PH2, HD2, HG2, MHU 15 % • PH4, PPI, HD4, HG4 30% • HDA, HDE, HDR, PH7, HD7, HG7 65 % • Autres 80%	FSV
9020	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
9021	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9022	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9023	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9024	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération

TAUX DE REMBOURSEMENT DES LABORATOIRES D'ANALYSES MEDICALES

Table 8.4 Table des taux de remboursement des Laboratoires d'analyses médicales

Valeur du code ALD (1er caractère du code couverture)	REGLE A APPLIQUER QUELLE QUE SOIT LA VALEUR DU CODE SITUATION
1, 2, 3	Poser la question : « Les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? » Si la réponse est OUI : le taux à appliquer est de 100%, le code justification d'exonération est « soins conformes au protocole ALD ». Sinon, se reporter au tableau des codes situation ci-dessous Pour une prestation de type secondaire (cf. table 1 de l'annexe 2), la réponse à cette question est nécessairement identique à celle de l'acte support auquel la prestation secondaire est rattachée

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
0100	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0101	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0102	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0103	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0104	80 %	FSV
0105	90 %	pas d'exonération
0106	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0107	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0108	90 %	pas d'exonération
0109	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0110	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0200	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0201	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0202	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »		Code Justificatif d'exonération
0203	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0204	80 %		FSV
0205	90 %		pas d'exonération
0206	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0207	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0225	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	90 %	pas d'exonération
0226	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0227	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0300	ni exonération, ni modulation		pas d'exonération
0301	ni exonération, ni modulation		pas d'exonération
0302	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0303	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0304	80%		FSV
0400	• Prestations de la table T21.8 : 100% • Autres : 75%		pas d'exonération
0401	Poser la question : « PRESCRIPTION ETABLIE PAR MEDECIN SNCF ? » SI LA REPONSE EST OUI : le taux est de 100 %		Service médical SNCF
	SI LA REPONSE EST NON : • Si la spécialité du prescripteur est présente en table T20.1 : 100%		
	• sinon : cf. code situation 0100		pas d'exonération
0403	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00100 du Régime Général par application des taux de base figurant dans la table 4).		Pas d'exonération
0404	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
0405	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0406	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00102 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.4).	identique à celui précisé dans la table 8.4
0407	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00106 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.4).	identique à celui précisé dans la table 8.4
0408	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00105 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.4).	identique à celui précisé dans la table 8.4
0409	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.4).	identique à celui précisé dans la table 8.4
0414	100 %	pas d'exonération
0415	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0500	gestion identique au code couverture 00100 du Régime Général par application des taux de base du Régime Général figurant en table 4	pas d'exonération
0501	gestion identique au code couverture 00101 du Régime Général (100 %)	assuré ou bénéficiaire exonéré
0502	gestion identique au code couverture 00102 du Régime Général (100 %)	assuré ou bénéficiaire exonéré
0503	gestion identique au code couverture 00103 du Régime Général (100 %)	assuré ou bénéficiaire exonéré
0504	gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général (80 %)	FSV
0700	**Soins non conformes au protocole ALD** : 100%	exonération régimes spéciaux
1000	ni une exonération, ni une modulation	pas d'exonération
1001	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1002	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1003	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1004	80 %	FSV

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
1600	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
1601	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1602	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1603	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9000	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
9001	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9002	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9003	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9004	80 %	FSV
9020	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9021	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9022	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9023	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9024	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération

TAUX DE REMBOURSEMENT DES FOURNISSEURS

Table 8.5 Table des taux de remboursement des Fournisseurs

Valeur du code ALD (1er caractère du code couverture)	REGLE A APPLIQUER QUELLE QUE SOIT LA VALEUR DU CODE SITUATION
1, 2, 3	Poser la question : "Les soins sont-ils conformes au protocole ALD ?" Si la réponse est OUI : le taux à appliquer est de 100%, le code justification d'exonération est "soins conformes au protocole ALD". Sinon, se reporter au tableau des codes situation ci-dessous Pour une prestation de type secondaire (cf. table 1 de l'annexe 2), la réponse à cette question est nécessairement identique à celle de l'acte support auquel la prestation secondaire est rattachée

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
0100	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0101	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0102	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0103	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0104	80 %	FSV
0105	90 %	pas d'exonération
0106	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0107	100%	assuré ou bénéficiaire exonéré
0108	90 %	pas d'exonération
0109	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0110	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0200	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0201	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0202	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »		Code Justificatif d'exonération
0203	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0204	80 %		FSV
0205	90 %		pas d'exonération
0206	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0207	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0225	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	90 %	pas d'exonération
0226	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0227	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0300	ni exonération, ni modulation		pas d'exonération
0301	ni exonération, ni modulation		pas d'exonération
0302	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0303	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0304	80%		FSV
0400	• Prestations de la table T21.11 : 100% ? • Autres : 75%		pas d'exonération
0401	Poser la question : "PRESCRIPTION ETABLIE PAR MEDECIN SNCF (sur imprimé 1032 ou avec mention de Médecin SNCF)?" SI LA REPONSE EST OUI : le taux est de 100 %		Service médical SNCF
	SI LA REPONSE EST NON : • Si la spécialité du prescripteur est présente en table T20.1 : 100%		
	• sinon : cf. code situation 0100		pas d'exonération
0403	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00100 du Régime Général par application des taux de base figurant dans la table 4).		pas d'exonération

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
0404	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0405	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0406	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00102 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.5).	identique à celui précisé dans la table 8.5
0407	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00106 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.5).	identique à celui précisé dans la table 8.5
0408	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00105 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.5).	identique à celui précisé dans la table 8.5
0409	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.5).	identique à celui précisé dans la table 8.5
0414	100 %	pas d'exonération
0415	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0500	gestion identique au code couverture 00100 du Régime Général par application des taux de base du Régime Général figurant en table 4 ni exonération, ni modulation (cf. table 4 colonne Régime Général)	pas d'exonération
0501	gestion identique au code couverture 00101 du Régime Général (100 %)	assuré ou bénéficiaire exonéré
0502	gestion identique au code couverture 00102 du Régime Général	assuré ou bénéficiaire exonéré
0503	gestion identique au code couverture 00103 du Régime Général	assuré ou bénéficiaire exonéré
0504	gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général	FSV
0700	**Soins non conformes au protocole ALD** : 100%	exonération régimes spéciaux
1000	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
1001	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1002	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1003	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1004	85 %	FSV

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
1600	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
1601	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1602	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1603	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9000	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
9001	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9002	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9003	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9004	80%	FSV
9020	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9021	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9022	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9023	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9024	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération

FSV dans cette table signifie Fond de Solidarité Vieillesse

Table 11.1 Régimes dont les assurés sont couverts pour le risque AT

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T11.x.csv » du package documentaire

A noter que le format de cette table a évolué pour être fusionnée dans la table 11.x

Ancien Format

Régime	Risque AT
01	O
02	O
…/…	…/…

Nouveau Format : Table 11.x

							Table			
							11.1	11.2	11.3	11.4
Code régime	**Caisse gestionnaire**	**Centre gestionnaire**	**Code gestion**	**Risque AT**	**FSE AT**	**FSE AT**	**Top autorisant l'envoi de FSE**			
1	toutes	tous	≠ {23 ; 29}	O	O	O	so			
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…			
2	571	tous	tous	O	O	N	N			
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…			

A noter que l'entête de cette table dans le fichier csv se réduit à la seule ligne présentée en bleu.

Table 11.2 Régimes autorisant l'envoi d'une FSE AT

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T11.x.csv » du package documentaire

A noter que le format de cette table a évolué pour être fusionnée dans la table 11.x

Ancien Format

Code régime	Caisse gestionnaire	Centre gestionnaire	Code gestion	FSE AT
01	toutes	tous	≠ {23 ; 29}	O
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…
02	579	tous	tous	N
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…

Nouveau Format : Table 11.x

							Table			
							11.1	11.2	11.3	11.4
Code régime	**Caisse gestionnaire**	**Centre gestionnaire**	**Code gestion**	**Risque AT**	**FSE AT**	**FSE AT**	**Top autorisant l'envoi de FSE**			
1	toutes	tous	≠ {23 ; 29}	O	O	O	so			
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…			
2	571	tous	tous	O	O	N	N			
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…			

A noter que l'entête de cette table dans le fichier csv se réduit à la seule ligne présentée en bleu.

Table 11.3 Régimes acceptant l'envoi d'une FSE AT à l'organisme maladie inscrit en carte en l'absence d'organisme sur le support AT

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T11.x.csv » du package documentaire

A noter que le format de cette table a évolué pour être fusionnée dans la table 11.x

Ancien Format

Code régime	Caisse gestionnaire	Centre gestionnaire	Code gestion	FSE AT
01	toutes	tous	≠ {23 ; 29}	O
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…

Nouveau Format : Table 11.x

Table			
11.1	**11.2**	**11.3**	**11.4**

Code régime	Caisse gestionnaire	Centre gestionnaire	Code gestion	Risque AT	FSE AT	FSE AT	Top autorisant l'envoi de FSE
1	toutes	tous	≠ {23 ; 29}	O	O	O	so
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…
2	571	tous	tous	O	O	N	N
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…

A noter que l'entête de cette table dans le fichier csv se réduit à la seule ligne présentée en bleu.

Table 11.4 Caisses gestionnaires du régime agricole n'autorisant pas l'envoi de FSE relative à un Accident de la Vie Privée

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T11.x.csv » du package documentaire

A noter que le format de cette table a évolué pour être fusionnée dans la table 11.x

Ancien Format

Code régime	Numéro de caisse gestionnaire	Top autorisant l'envoi de FSE
02	571	N
	…/…	…/…
	…/…	…/…

Nouveau Format : Table 11.x

							Table			
							11.1	11.2	11.3	11.4
Code régime	**Caisse gestionnaire**	**Centre gestionnaire**	**Code gestion**	**Risque AT**	**FSE AT**	**FSE AT**	**Top autorisant l'envoi de FSE**			
1	toutes	tous	≠ {23 ; 29}	O	O	O	so			
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…			
2	571	tous	tous	O	O	N	N			
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…			

A noter que l'entête de cette table dans le fichier csv se réduit à la seule ligne présentée en bleu.

Table 12 Tables des Codes Prestation obligatoirement associés

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T12.csv » du package documentaire

A noter que le format de cette table a évolué

Ancien Format

Code prestation de type secondaire (Acte ne pouvant être facturé seul)	Code prestation associé (de type « support »)
ATD	ATM – BR1 - CM0 – CT0 – CT1 - CZ0 – CZ1 - IC0 – IC1- ICO – IMP – INO - IN1- PA0 – PA1 - PAM - PAR – PDT – PF0 – PF1 – PFC – PFM - PT0 – RA0 – RE1 – RF0 – RPN - RS0 - SU0 – SU1
…/…	…/…

Nouveau Format

Code prestation de type secondaire (Acte ne pouvant être facturé seul)	Code prestation associé (de type « support »)
ATD	ATM
ATD	BR1
ATD	CM0
ATD	CT0
ATD	CT1
…/…	…/…

Table 14 Table de détermination de « diminution TAUX » hors parcours de soins

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T14.csv » du package documentaire

Format de cette table

Nature d'Assurance	Situation particulière du Bénéficiaire	Code Régime	Caisse Gestionnaire	Code prestation	Code justificatif d'exonération	Situation au regard PdS	Existence de la déclaration d'un Médecin traitant	Tiers-payant AMO appliqué	Diminution du taux Hors parcours de soins
Maternité	Sans objet	Tous (1)	Toutes	Toutes (2)	Sans objet	Toutes(4)	Indifférent (5)	indifférent	**0 (zéro)**
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…
Maladie	Sans objet	2	<> {941; 976}	Table 14.1	Tous (3)	Toutes(4)	Indifférent (5)	indifférent	**0 (zéro)**
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…

Légende

(1) Liste des codes régime : cf. A1-A0 : groupe 1310
(2) Liste des codes prestation : cf. Annexe 2bis : Table 1
(3) Liste des codes justif d'exonération : cf. A1-A0 : groupe 1820
(4) Liste des situations du Parcours de soins : cf. A1-A0 : groupe 1180
(5) Existence de la déclaration d'un Médecin traitant : « **Toutes »** signifie « toutes valeurs »,à savoir :
  a. « Oui »
  b. ou « Non ou ne sait pas »
  Ces 2 valeurs sont les seules possibles pour ce paramètre.

Table 14.1 Prestations non soumises à la MTM

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T14.1.csv » du package documentaire

Format de cette table

Code prestation
FDA
…/…

Table 15.1 Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la spécialité du Professionnel de Santé

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T15.1.csv » du package documentaire

Format de cette table

Spécialité **PS**
19
…/…

Table 15.2 Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la situation du bénéficiaire des soins

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T15.2.csv » du package documentaire

Format de cette table

Code Régime	Code Caisse	Code centre	NIR	Age min	Age max	Top AME de base saisi par le PS*	*Descriptif*
Tous	toutes	tous	tous	so	16	so	*Bénéficiaires de moins de 16 ans*
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…

Légende

* EF_BS08_01 = SP06

Table 15.3 Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la nature des soins

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T15.3.csv » du package documentaire

Format de cette table

Code NGAP	Code Regroupement	Code CCAM	Code justificatif d'exonération	Nature d'assurance	*Commentaire*
Tous	toutes	tous	tous	so	*Bénéficiaires de moins de 16 ans*
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…
Sans objet	*	**QEQK001**	**7**	**Maladie**	
…/…	…/…	**…/…**	**…/…**	**…/…**	…/…

Légende

* Code regroupement associé selon la base CCAM en vigueur (cf. Annexe1-A1, règle CC7)

Table 15.4 Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la nature d'assurance

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T15.4.csv » du package documentaire

Format de cette table

Nature d'assurance	Code régime gestionnaire
Tous	toutes
.../...	.../...

Table 15.5 Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la catégorie médicale d'un acte CCAM

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T15.5.csv » du package documentaire

Format de cette table

Catégorie médicale
AD
…/…

Table 16.1 Spécialités de Professionnels de Santé compatibles avec la situation d' « Accès Direct Spécifique »

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T16.x.csv » du package documentaire

A noter que le format de cette table a évolué pour être fusionnée avec la table 16.2

Ancien format

Spécialité PS	Age min	Age max
07	so	So
15	so	So
…/…	…/…	…/…

Nouveau format : Table 16.x

Table	Spécialité PS	Age min	Age max
16.1	7	so	so
16.1	15	so	so
…/…	…/…	…/…	…/…
16.2	7	so	so
16.2	15	so	so
…/…	…/…	…/…	…/…

Table 16.2 Spécialités de Professionnels de Santé compatibles avec la situation « Hors Accès Direct Spécifique »

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T16.x.csv » du package documentaire

A noter que le format de cette table a évolué pour être fusionnée avec la table 16.1

Ancien format

Spécialité PS	Age min	Age max
07	So	So
15	So	So
…/…	…/…	…/…

Nouveau format : Table 16.x

Table	Spécialité PS	Age min	Age max
16.1	7	so	so
16.1	15	so	so
…/…	…/…	…/…	…/…
16.2	7	so	so
16.2	15	so	so
…/…	…/…	…/…	…/…

Table 17 Compatibilité des majorations de coordination selon le contexte du parcours de soins et la spécialité du PS.

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T17.csv » du package documentaire

Format de cette table

Position par rapport au parcours de soins	Situation au regard du parcours de soins	Existence de la déclaration d'un Médecin traitant	Spécialité PS	MCC	MCG	MCS
Non concerné	Cas d'exclusion	Toutes (1)	Toutes (1)	**cf. 17bis**	**cf. 17bis**	**cf. 17bis**
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…
Dans le parcours	Médecin traitant de substitution(4)	OUI	Toutes(1)	**NON**	**NON**	**NON**
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…
Dans le parcours	Accès direct spécifique	OUI	Toutes (2)	**cf. 17bis**	**cf. 17bis**	**cf. 17bis**
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…

Légende

(1) Toute spécialité de Professionnel de Santé concerné par le parcours de soins

(2) Toute spécialité de Professionnel de Santé concerné par l'accès direct spécifique (cf. Table 16)

(4) Le PS 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».

Table 17bis Compatibilité des majorations de coordination en fonction du bénéficiaire et de la convention du PS.

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T17bis.csv » du package documentaire

A noter que le format de cette table a évolué du fait de l'inversion des premières colonnes

Ancien Format

			Dans le parcours ou Non concerné		Hors parcours	
PS			**BENEFICIAIRE**			
	Code convention	Contrat tarifaire PS	hors C2S	en C2S	hors C2S	en C2S
non conventionné	0	Aucun	non	non	NON	non
secteur I (sans DP)	1	Indifférent	**MCC, MCS, MCG**	**MCC, MCS, MCG**		**MCS, MCG, MCC**
secteur I avec DP n'ayant pas adhéré à un Contrat tarifaire PS	2	Aucun	**MCC, MCS, MCG**			
secteur I avec DP ayant adhéré à un Contrat tarifaire PS		OPTAM ou OPTAM-CO	**MCC, MCS, MCG**			
secteur II n'ayant pas adhéré à un Contrat tarifaire PS	3	Aucun	**MCC, MCS, MCG**			
secteur II ayant adhéré à un Contrat tarifaire PS		OPTAM ou OPTAM-CO	**MCC, MCS, MCG**			

Nouveau Format

Code convention	Contrat tarifaire PS	**PS**	BS Dans le parcours ou Non concerné, hors C2S	BS Dans le parcours ou Non concerné, en C2S	BS Hors parcours, hors C2S	BS Hors parcours, en C2S
0	Aucun	non conventionné	NON	NON	NON	NON
1	Indifférent	secteur I (sans DP)	**MCC, MCS, MCG**	**MCC, MCS, MCG**	NON	**MCS, MCG, MCC**
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…

Remarques

RG_CF_R39

Table 17ter Majorations de coordination pour les patients de moins de 16 ans

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T17ter.csv » du package documentaire

Format de cette table

MAJORATION DE COORDINATION
MCC
…/…

Table 18 Durée de validité de contextes particuliers du parcours de soins

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T18.csv » du package documentaire

Format de cette table

Contexte du parcours de soins	Spécialité PS	Durée de validité du contexte en Mois
Généraliste nouvellement installé	01, 22, 23	60
Médecin installé en zone sous médicalisée	Toutes (*)	60

Légende

(*) toute spécialité de Professionnel de Santé concerné par le parcours de soins

Table 19 Acte de référence pour le calcul du plafond hors parcours

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T19.csv » du package documentaire

Format de cette table

Acte de référence pour la détermination du plafond du reste à charge du MTM hors parcours de soins
CS+MPC

Tables 20.X Tables des codes spécialité de PS utilisées dans les tables 8.x

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T20.x.csv » du package documentaire

A noter que le format de cette table a évolué

Ancien format

Table	**20.1**	Table des spécialités utilisées pour la gestion du code situation	**0401**	de la table	**8.1 / 8.2 / 8.3/ 8.4/8.5**
		07	Gynécologie-obstétrique		
		…/…	…/…		…/…

Nouveau format

Table	Code situation concerné	Table du code situation	Code spécialité	Libellé
20.1	0401	8.x	7	Gynécologie-obstétrique
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…

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

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T21.x.csv » du package documentaire

A noter que le format de cette table a évolué

Ancien format

Table	**21.1**	code situation	**0400**	table	**8.1**
		Code prestation	Catégorie médicale	Hors CCAM	CCAM
		ACO	Toutes		o
		…/…	…/…	…/…	…/…

Table	**21.2**	code situation	**0401**	table	**8.1**
		Code prestation	Catégorie médicale	Hors CCAM	CCAM
		ADA	Toutes		o
		…/…	…/…	…/…	…/…

Nouveau format

Table	Code situation	Table appelante	Code prestation	Catégorie médicale	CCAM / Hors CCAM
21.1	0400	8.1	BDC	so	Hors CCAM
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…

Tables 22.X Tables des codes spécialité de PS utilisées dans certaines règles

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T22.x.csv » du package documentaire

A noter que le format de cette table a évolué

Ancien format

Table	**22.1**	Table des spécialités non autorisés à facturer un samedi une majoration de dimanche et jour férié		Règle	**R15**
		19	Chirurgie dentaire		

Nouveau format

Table	Libellé	Code spécialité	Libellé	Règle concernée
22.1	Table des spécialités non autorisées à facturer un samedi une majoration de dimanche et jour férié	19	Chirurgie dentaire	R15
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…

Table 23 Table du type de majoration en fonction du code prestation

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T23.csv » du package documentaire

Format de cette table

Code prestation	Valeur seuil du coefficient	Type de majoration si Coefficient inférieur à la valeur seuil	Type de majoration si Coefficient Supérieur ou égal à la valeur seuil
C	so	Forfaitaire	Forfaitaire
…/…	…/…	…/…	…/…

Table 24 Taux d'abattement pour les IK des infirmiers

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T24.csv » du package documentaire

Format de cette table

Taux	Date d'effet	Date de fin
0%	01/01/2020	so
…/…	…/…	…/…

Table 30 Prestations soumises obligatoirement à un supplément dérogatoire SMG

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T30.csv » du package documentaire

Format de cette table

Code prestation	Code affiné
ORT	so
…/…	…/…

Table 41 Table des contextes tarifaires PS

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T41.csv » du package documentaire

Format de cette table

DEFINITION				CONTEXTE tarifaire PS	
Code convention	**Contrat tarifaire PS**	**Groupe de Spécialité PS**	**Date d'exécution de la prestation**	**Code CTX_PS**	**Libellé**
1	OPTAM-CO	CO	01/01/15	**1**	secteur 1 CAS, Toutes spécialités médicales

A noter que l'entête de cette table dans le fichier csv se réduit à la seule ligne présentée en bleu.

Table 41bis Groupes de spécialités PS utilisés pour le contexte tarifaire de la prestation

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T41bis.csv » du package documentaire

Format de cette table

Code groupe spécialité	Libellé	Code spécialité	Libellé
AN	Anesthésiste	02	• Anesthésie-Réanimation
…/…	**…/…**	**…/…**	• **…/…**

Table 42 Table des contextes tarifaires BS

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T42.csv » du package documentaire

Format de cette table

SITUATION PARTICULIERE BS	Date d'exécution de la prestation	Code CONTEXTE BS	Libellé
Pas de situation spécifique	01/01/15	1	Tout Bénéficiaire
…/…	…/…	…/…	…/…

Détermination du taux de remboursement en l'absence du code couverture

Table 50.1 Table des taux de remboursement en l'absence de code couverture pour tous les Professionnels de Santé et pour le régime général, le RSI, la CCAS RATP, la CPRPSNCF, l'ENIM, la CNMSS, la CAVIMAC, le Port Autonome de Bordeaux, les Caisses autonomes de Sécurité Sociale du Sénat, les Fonds de sécurité sociale de l'Assemblée Nationale, les sections locales mutualistes et en partie pour le régime agricole.

xLibellé	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
100 % toutes prestations		100 %	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
Sinon 100 % sauf vignettes orange, bleues et produits pharmaceutiques assimilés	NON	100 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH = 15 % PH4, HD4, HG4, PM4 = 30%	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % sauf vignettes orange, bleues et produits pharmaceutiques assimilés		100 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH = 15 % PH4, HD4, HG4, PM4 = 30%	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
sinon 100 % sauf vignettes orange, bleues et produits pharmaceutiques assimilés taux rég. local frontalier	NON	100 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2 = 15 % MHU, PMH = 65% PH4, HD4, HG4, PM4 = 80 %	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % sauf vignettes orange, bleues et produits pharmaceutiques assimilés taux rég. local frontalier		100 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2 = 15 % MHU, PMH = 65% PH4, HD4, HG4, PM4 = 80%	Assuré ou bénéficiaire exonéré

xLibellé	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
sinon taux rég. local frontalier	NON	90% sauf PH2, PM2, HD2, HG2 = 15% MHU, PMH = 65% PH4, HD4, HG4, PM4, PPI, = 80%	Pas d'exonération
taux rég. local frontalier		90 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2 = 15% MHU, PMH = 65% PH4, HD4, HG4, PM4, PPI, = 80%	Pas d'exonération
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
sinon Taux FSV	NON	PH2, HD2, HG2, MHU = 15% PH4, HD4, HG4, PPI = 30% HDA, HDE, HDR, PH7 = 65% autres = 80 %	FSV
Taux FSV		PH2, HD2, HG2, MHU = 15% PH4, HD4, HG4, PPI = 30% HDA, HDE, HDR, PH7 = 65% autres = 80 %	FSV
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
sinon 100 % sauf vignettes orange, bleues et produits pharmaceutiques assimilés Taux Alsace-Moselle	NON	100 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2 = 15 % MHU, PMH = 65% PH4, HD4, HG4, PM4 = 80%	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % sauf vignettes orange, bleues		100 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2 = 15 %	Assuré ou bénéficiaire exonéré

xLibellé	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
et produits pharmaceutiques assimilés Taux Alsace-Moselle		MHU, PMH = 65% PH4, HD4, HG4, PM4 = 80%	
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
Sinon Taux Alsace-Moselle	NON	90 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2 = 15% MHU, PMH = 65% PH4, HD4, HG4, PM4, PPI, = 80%	Pas d'exonération
Taux Alsace-Moselle		90 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2 = 15% PH4, HD4, HG4, MHU, PMH, PM4, PPI = 80%	Pas d'exonération
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
Sinon Autres cas non exonérés	NON	ni exonération – ni modulation	Pas d'exonération
Non exonéré		ni exonération – ni modulation	Pas d'exonération
100 % maternité	NON	100 %	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
100 % si service médical SNCF ou si gynécologie K, Z, ADA, ADC, ADE, ADI, ATM dentaire, hospitalisation transport	NON		Exonération régimes spéciaux (Service médical SNCF)
Autres cas taux régime général		ni exonération – ni modulation	Pas d'exonération
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD

xLibellé	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
sinon 100 % transport hospitalisation Appareillage Autres cas 75 %	NON	100 % ou 75 %	Pas d'exonération
75 % toute prestation sauf 100 % transport hospitalisation Appareillage		100 % ou 75 %	Pas d'exonération.
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
sinon 100% toutes prestations sauf 75 % pharmacie et prothèse dentaire	NON	100 % ou 75 %	Pas d'exonération
100 % toute prestation sauf 75 % pharmacie et prothèse dentaire		100 % ou 75 %	Pas d'exonération.
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
sinon 90 % toute prestation sauf 100 % transport hospitalisation Appareillage 15% Vignettes oranges et produits pharmaceutiques assimilés 80 % vignettes bleues et produits pharmaceutiques assimilés	NON	100 % ou 90 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH = 15% PH4, HD4, HG4, PM4, PPI, = 80%	Pas d'exonération
90 % toute prestation sauf 100 % transport hospitalisation Appareillage 15% Vignettes oranges et produits pharmaceutiques assimilés		100 % ou 90 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2 MHU, PMH = 15% PH4, HD4, HG4, PM4, PPI, = 80%	Pas d'exonération

xLibellé	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
80 % vignettes bleues et produits pharmaceutiques assimilés			
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
Sinon 80 % toute prestation sauf 100 % transport hospitalisation appareillage 75 % médicament	NON	100 % ou 80% ou 75 %	FSV (pas de motif d'exo pour 100% THA)
80 % toute prestation sauf 100 % transport hospitalisation appareillage 75 % médicament		100 % ou 80% ou 75 %	FSV (pas de motif d'exo pour 100% THA)
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
sinon 100 % maternité	NON	100 % maternité	Assuré ou bénéficiaire exonéré
sinon taux régime Alsace-Moselle		sinon 90 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2 =15% MHU, PMH = 65% PH4, HD4, HG4, PM4, PPI, = 80%	Pas d'exonération
100 % toute prestation Sauf vignettes orange et produits pharmaceutiques assimilés 15%, Sauf vignettes bleues et produits pharmaceutiques assimilés 80 %		100 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH = 15 % PH4, HD4, HG4, PM4 = 80%	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % maternité		100 %	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD

xLibellé	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
sinon 100 % toutes prestations Sauf vignettes orange et produits pharmaceutiques assimilés *15 %* Sauf vignettes bleues et produits pharmaceutiques assimilés 80 %	NON	100 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH = 15 % PH4, HD4, HG4, PM4 = 80%	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % si liés ALD XXXXXX l	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
sinon Autres cas taux régime général	NON	ni exonération - ni modulation	Pas d'exonération
Régime réduit soins non couverts		Non remboursé (Cf. R18)	Pas d'exonération
Pas d'exo taux régime général		ni exonération - ni modulation	Pas d'exonération

Table 50.2 Table des taux de remboursement en l'absence de code couverture pour tous les Professionnels de Santé et pour le régime agricole

Libellé	Soins en rapport avec un accident OUI / NON(1)	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
100 % si liés ALD XXXXXX sinon	OUI		Non remboursé	
100 %	NON	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
sauf vignettes orange, bleues et produits pharmaceutiques assimilés Taux Alsace-Moselle (accidents non couverts) (1)		NON	100 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2, PH4, , HD4, HG4, MHU, PMH, PM4 = 90 %	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % sauf Vignettes orange, bleues et produits pharmaceutiques assimilés Taux Alsace-Moselle	Sans objet		100 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2, PH4, HD4, HG4, MHU, PMH, PM4 = 90 %	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % liés ALD XXXXXX	Sans objet	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
sinon Taux Alsace-Moselle		NON	90 %	Pas d'exonération
Taux Alsace-Moselle	Sans objet		90 %	Pas d'exonération

(1) Cf. règle R35 (il ne doit pas y avoir élaboration de Feuille de Soins Electronique sécurisée SESAM-Vitale notamment lorsque le libellé " accidents non couverts " est mentionné.
Lorsque le libellé " accidents non couverts " n'est pas mentionné et que les soins sont en rapport avec un accident, il doit y avoir élaboration d'une FSE avec valorisation des données du groupe 1511.

Libellé	Soins en rapport avec un accident OUI / NON(1)	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI		Non remboursé	
sinon Autres cas non exonérés	NON	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
(accidents non couverts) (2)		NON	ni exonération - ni modulation	Pas d'exonération
Non exonéré	OUI		Non remboursé	
(accidents non couverts) (2)	NON		ni exonération - ni modulation	Pas d'exonération

(2) Cf. règle R35 (il ne doit pas y avoir élaboration de Feuille de Soins Electronique sécurisée SESAM-Vitale exclusivement lorsque le libellé " accidents non couverts " est mentionné.
Lorsque le libellé " accidents non couverts " n'est pas mentionné et que les soins sont en rapport avec un accident, il doit y avoir élaboration d'une FSE avec valorisation des données du groupe 1511.

Table 50.4 Table des taux de remboursement en l'absence de code couverture pour tous les Professionnels de Santé et pour la CRPCEN

Libellé	Spécialité du PS	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
100 % toutes prestations	Toutes	Néant	100 %	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % liés ALD XXXXXX	Toutes	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
Sinon	~~Prescripteurs~~	~~NON~~	~~85 %~~	~~Pas d'exonération~~
	~~Aux. Med. et prélèvement de biologie médicale~~	~~NON~~	~~80 %~~	~~Pas d'exonération~~
	~~Labo. de Biologie med.~~	~~NON~~	~~75 %~~	~~Pas d'exonération~~
	~~Pharmaciens*~~	~~NON~~	~~PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH =15%~~ ~~PH4, HD4, HG4, PM4, PPI = 45 %~~ ~~autres = 85 %~~	~~Pas d'exonération~~
	~~Fournisseurs~~	~~NON~~	~~85%~~	~~Pas d'exonération~~
	Toutes	NON	ni exonération, ni modulation	Pas d'exonération
100 % liés ALD XXXXXX	Toutes	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
Sinon Taux FSV	Prescripteurs	NON	85 %	FSV
	Aux. Med. et labo de Biologie med.	NON	80 %	FSV
	Pharmaciens*	NON	PH2, HD2, HG2, MHU =15% PH4, HD4, HG4, PPI = 45 % autres = 85 %%	FSV
	Fournisseurs	NON	85%	FSV
FSV	Prescripteurs	Néant	85 %	FSV
	Aux. Med. et labo de Biologie med.	Néant	80 %	FSV

Libellé	Spécialité du PS	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
	Pharmaciens*	Néant	PH2, HD2, HG2, MHU =15% PH4, HD4, HG4, PPI = 45 % autres = 85 %	FSV
	Fournisseurs	Néant	85%	FSV
100 % lié ALD XXXXXX sinon 100 % sauf vignettes orange, bleues	Toutes	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
	Toutes	NON	100 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH = 15 % PH4, HD4, HG4, PM4 = 45 %	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % sauf vignettes orange, bleues	Toutes	Néant	100 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH = 15 % PH4, HD4, HG4, PM4 = 45%	Assuré ou bénéficiaire exonéré
Non exonéré	~~Prescripteurs~~	~~Néant~~	~~85 %~~	~~Pas d'exonération~~
	~~Aux. Med. et prélèvement de biologie médicale~~	~~Néant~~	~~80 %~~	~~Pas d'exonération~~
	~~Labo. de Biologie med.~~	~~Néant~~	~~75 %~~	~~Pas d'exonération~~
	~~Pharmaciens*~~	~~Néant~~	~~PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH = 15 %~~ ~~PH4, HD4, HG4, PM4, PPI = 45 %~~ ~~autres = 85 %~~	~~Pas d'exonération~~
	~~Fournisseurs~~	~~Néant~~	~~85%~~	~~Pas d'exonération~~
	Toutes	NON	ni exonération, ni modulation	Pas d'exonération

* cette ligne concerne également les prestations pharmaceutiques délivrées par un médecin généraliste propharmacien

Table 50.6 Table des taux de remboursement en l'absence de code couverture pour tous les Professionnels de Santé et pour le régime minier.

Libellé	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justificatif d'exo TM
100% toutes prestations		100%	Exonération régimes spéciaux
100% liés à une ALDXXXXX	Oui	100%	Soins conformes au protocole ALD
Sinon	Non	100%	Exonération régimes spéciaux
100% maternité	Non	100%	exonération régimes spéciaux
sinon 100% liés à une ALDXXX	oui	100%	Soins conformes au protocole ALD
100% maternité		100%	Exonération régimes spéciaux

Table 51 Table des prestations ouvrant droit à un complément AT dentaire

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T51.csv » du package documentaire

Format de cette table

Prestation saisie par le PS				
Code prestation	**Type de nomenclature**	**Catégorie médicale de l'acte**	**Qualificatif de la dépense**	**Complément AT dentaire à générer**
*	CCAM	PD	Différent de « N »	**ATD**
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…

A noter que l'entête de cette table dans le fichier csv se réduit à la seule ligne présentée en bleu.

Légende

*= toute valeur

Table 52 Table des coefficients pour le calcul du PU d'un complément AT

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T52.csv » du package documentaire

Format de cette table

Code prestation du complément AT	Nature d'assurance	Situation du bénéficiaire	Coefficient à utiliser pour le calcul du PU (cf. règle B2)
ATD	AT	Différent de SP18	0,5
…/…	…/…	…/…	…/…

Table 55 Code prestation de dépassement à générer en cas de Victime d'Attentat

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T55.csv » du package documentaire

Format de cette table

Acte support			
Type de Nomenclature	**Groupe fonctionnel Général**	**Groupe fonctionnel Détail**	**Code prestation du dépassement à xgénérer**
*	Soins Dentaires	*	DDT
…/…	…/…	…/…	…/…

Légende :

* : toute valeur

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

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T60.csv » du package documentaire

Format de cette table

Prestation saisie par le PS					
Code prestation	**Type de nomenclature**	**Présence Code affiné**	**Type de conditionnement**	**Qualificatif de la dépense**	**Code de la prestation à générer**
PH1	cf. table 1	OUI*	Petit	toute valeur	**HD1**
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…

A noter que l'entête de cette table dans le fichier csv se réduit à la seule ligne présentée en bleu.

Légende

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

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

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T61.csv » du package documentaire

Format de cette table

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

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

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T63.csv » du package documentaire

Format de cette table

Condition	Limite d'âge	Unité
Inférieur	3	ans
…/…	…/…	…/…

Table 65 Table de validité des modes de prescription

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T65.csv » du package documentaire

Format de cette table

Mode de prescription	Libellé court	Libellé long	Date d'effet	Date fin
F	NS CIF	non substituable (CIF)	01/01/2020	
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…

Table 66 Table de compatibilité entre le mode de prescription et l'indicateur de substitution pour délivrance du princeps

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T66.csv » du package documentaire

Format de cette table

Mode de prescription	Indicateur de substitution
blanc	N
…/…	…/…

Table 70 Consultations Obligatoires Enfant

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T70.csv » du package documentaire

Format de cette table

Age min		Spécialité PS	Code conventionnel	Contrat PS	Caisse de rattachement du PS	Choix PS	Médecin traitant	Code prestation
nb	unité					Saisie PS	Saisie PS	
0	**jours**	**01,22,23, 12**	**0,1,2,3**	**TOUS**	Toutes	SO	so	**Non déterminé**
./.	**.../...**	**.../...**	**.../...**	**.../...**	**.../...**	**.../...**	**.../...**	**.../...**

Légende

BR_R_noDep : Choix du code prestation avec tarif revalorisé mais sans dépassement possible

BR_noR_Dep : Choix du code prestation avec tarif non revalorisé mais dépassement possible

Annexe 3

Formats et procédures d'échange des fichiers de conventions et de regroupements normés

Intégrant l'Addendum n°8

GIE SESAM-Vitale
5, boulevard Marie & Alexandre Oyon - 72 019 LE MANS CEDEX 2 - www.sesam-vitale.fr
SIRET : 391 722 881 00052 - APE : 6202A - RCS LE MANS : 391 722 881 - N° TVA : FR 753 917 22881

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

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

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

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

Sommaire

1 Introduction 4

2 Procédure de récupération des fichiers normés 5

2.1 Introduction (à titre informatif) 5
2.2 Chargement des fichiers normés (à titre informatif) 6
2.3 Réception des fichiers normés sur le poste du Professionnel de Santé par messagerie SMTP 6
2.3.1 Principes 6

3 Format d'échange des fichiers normés 8

3.1 Format général des fichiers normés 8
3.2 Type de valeur 8
3.3 Format d'échange 8
3.3.1 Fichiers de conventions normés 8
3.3.2 Fichiers de regroupements normés 9
3.3.3 Fichiers de correspondance normés 9

4 Définitions et règles de gestion des données contenues dans les fichiers normés 10

4.1 Légende 10
4.2 Règles sur le périmètre d'application d'une convention 10
4.3 Gestion séparée 10
4.3.1 Fichiers de conventions normés 10
4.3.2 Fichiers de regroupements normés 13
4.4 Gestion unique 14
4.4.1 Règles de renseignement des données code régime, code caisse, code centre et « MUTNUM » 14
4.4.2 Fichiers de conventions normés 14
4.4.3 Fichiers de regroupements normés 17
4.4.4 Fichiers de correspondance normés 19

5 Règles de filtrage et d'importation des fichiers normés et mise à jour des tables de conventions 21

5.1 Identification unique d'une convention ou d'une ligne de regroupement 21
5.1.1 Composition des clés composites 21
5.1.2 Principes sur les clés composites 21
5.2 Règles sur le filtrage des conventions 22
5.3 Règles de gestion des codes actions 22
5.3.1 Table des conventions 22
5.3.2 Table des regroupements 22
5.4 Mise à jour de la table des conventions 23
5.5 Mise à jour de la table des regroupements 23

1 Introduction

Cette annexe est dédiée aux fichiers et aux procédures pour la mise à jour des tables de conventions nécessaires pour la transmission de la part complémentaire dans la facture.

Ce document indique :

- le format et la définition des données des fichiers normés de convention, de regroupement et de correspondance,
- les procédures sur la réception des fichiers normés de convention et de regroupement sur le poste PS par messagerie SMTP,
- les moyens d'identification unique d'une convention et d'une ligne de regroupement,
- les règles de filtrage des fichiers normés de convention et de regroupement,
- les règles d'importation des fichiers normés de convention et de regroupement dans les tables du Professionnel de Santé,

afin que le progiciel du Professionnel de Santé puisse réaliser de manière correcte la mise à jour des tables de conventions, de regroupements et de correspondance.

Les corrections apportées par rapport à la notice de mise en œuvre des tables des conventions (document référencé PDT-CDC-043 publié en mai 2004) sont surlignées.

2 Procédure de récupération des fichiers normés

2.1 Introduction (à titre informatif)

Dans la suite de ce paragraphe, le terme générique « signataire de convention » désigne l'entité qui gère les éléments de la table des conventions, pour un signataire donné. Ce peut être le signataire lui-même, ou un organisme désigné par le signataire de la convention.

Dans le cadre de ses relations conventionnelles le Professionnel de Santé gère ses tables de conventions pour calculer la part complémentaire ou télétransmettre des DRE. Il doit :

- 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.

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. Ce processus est décrit à titre informatif dans le paragraphe 2.2 de ce document.

- 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 :

  Le progiciel récupère ces fichiers pour mettre à jour les tables de conventions et regroupements. Ce processus est spécifié dans le paragraphe 2.3 de ce document.

Processus de récupération des fichiers normés par le Professionnel de Santé

1. Initialisation de la télétransmission des fichiers normés

   Dans cette phase, le Professionnel de Santé s'inscrit à son initiative auprès du signataire pour recevoir les fichiers normés.

   Pour cela :

   - soit il s'inscrit sur le serveur du signataire en fournissant ses coordonnées ;
   - soit il communique au signataire (par téléphone, par fax, par e-mail, …) le nom de sa boîte aux lettres SESAM-Vitale.

   Ensuite il inscrit le signataire dans la liste des adresses des émetteurs de confiance habilités à lui transmettre des fichiers normés (sur son poste).

   Il peut éventuellement, à cette occasion, mettre à jour ses tables des conventions et des regroupements.

2. Mises à jour automatiques : Télétransmission des mises à jour des fichiers normés.

   Dans cette phase, le Professionnel de Santé est invité par le signataire à mettre à jour sa table de conventions et 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.

   Par exemple pour répondre à des besoins de mise à jour exceptionnels, le signataire peut inviter le Professionnel de Santé à se connecter de nouveau sur son site internet pour récupérer la nouvelle table de convention ou regroupement pour une mise à jour.

   Le signataire peut également envoyer au Professionnel de Santé un message dans sa boîte à lettres SESAM-Vitale contenant les fichiers normés. En particulier, il peut y avoir plusieurs mises à jour de la table de regroupements dans l'année pour une convention donnée. Ces mises à jour doivent être intégrées rapidement par le Professionnel de Santé.

2.2 Chargement des fichiers normés (à titre informatif)

Le signataire met à disposition du Professionnel de Santé les fichiers normés sur un site distant ou sur un autre support.

Le Professionnel de Santé les enregistre sous un répertoire spécifique et dédié aux fichiers normés. C'est à partir de ce répertoire que sera lancée la procédure de filtrage/importation/mise à jour des tables.

2.3 Réception des fichiers normés sur le poste du Professionnel de Santé par messagerie SMTP

2.3.1 Principes

Dans le cas de l'envoi via la BAL SESAM-Vitale du Professionnel de Santé des fichiers normés pour la mise à jour des tables, les principes suivants doivent être appliqués :

1. La gestion des émetteurs de confiance :

   Le Professionnel de Santé doit pouvoir répertorier les adresses SMTP des émetteurs dits « émetteur de confiance » de fichiers normés dont il accepte de recevoir des messages. Il doit ainsi gérer une table des émetteurs de confiance qui autorise la récupération sur son poste, de la pièce jointe du message SMTP contenant le fichier normé.

2. Le traitement du message :

   A chaque réception de message SMTP contenant le fichier normé, le progiciel doit vérifier que l'émetteur du message est identifié dans la liste des adresses d'émetteurs de confiance.

   - Si oui, le progiciel détache la pièce jointe et l'enregistre dans le répertoire dédié aux fichiers normés. Et il informe le Professionnel de Santé de la réception du fichier normé et lui propose d'effectuer la mise à jour de ses tables.
   - Sinon, le progiciel avertit le Professionnel de Santé qu'il a reçu un message d'un émetteur ne faisant pas partie de sa liste des émetteurs de confiance. Dans ce cas, les fichiers normés ne sont pas pris en compte.

3. La définition de l'enveloppe du message SMTP est décrite dans l'annexe 4 du Cahier des Charges SESAM-Vitale.
4. La différenciation d'un fichier normé à un autre se fait soit :

   par le nom du fichier qui respectera toujours la structure suivante :

   - Le premier caractère indique s'il s'agit d'un fichier de convention normé « C » ou d'un fichier de regroupement normé « R » (suivi d'un séparateur '-') ;
   - Les caractères suivants indiquent le signataire (suivi d'un séparateur '-') ;
   - Les caractères alphanumériques suivants indiquent le numéro d'ordre (suivi d'un séparateur '-') ;
   - Les caractères suivants sont facultatifs et propres aux signataires de conventions, ils indiquent le type de Professionnel de Santé concerné ;
   - L'extension du fichier normé est « .csv ».

   Soit par le dernier caractère du champ « Subject » précisant le type de fichier joint :

   - 'C' = fichier de convention, ou 'R' = fichier de regroupement.

Le contrôle de la structure du nom du fichier n'est pas soumis à l'agrément.

Le format d'un fichier de conventions ou de regroupements normé ne contient aucun élément d'intégrité, aucun compteur, aucun émetteur, aucun destinataire.

3 Format d'échange des fichiers normés

Ce chapitre décrit le format d'échange des fichiers normés fournis par les organismes d'Assurance Maladie.

Les descriptions des données mentionnées dans le format d'échange des fichiers normés peuvent être reprises pour les données contenues dans les tables présentes sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé.

3.1 Format général des fichiers normés

Les fichiers normés sont au format CSV, en utilisant le séparateur point-virgule (« ; »).

Chaque fichier normé est contenu dans un fichier.

Les fichiers normés ont un séparateur de ligne en CR + LF.

3.2 Type de valeur

Les données dans les fichiers normés peuvent avoir les types suivants :

- alphanumérique (A) : lettres majuscules (A – Z) et chiffres (0 – 9) ;
- étendu (E) : ensemble des caractères affichables (codes ASCII 32 à 255) hormis le point-virgule (;) ;
- numérique (N) : chiffres (0-9) ;
- numérique avec caractères génériques (G) : chiffres (0-9) et « ? ».

Une donnée non renseignée est représentée par une chaîne vide, c'est-à-dire aucun caractère.

3.3 Format d'échange

3.3.1 Fichiers de conventions normés

Le format d'échange du fichier de conventions normé est le suivant :

N°	Données	Taille maxi	Type
1	Code action	1	A
Informations accompagnant les données de la convention			
2	Liste de codes catégorie	-	E
3	Liste des spécialités	-	E
4	Référence de convention	10	A
5	Message destiné au Professionnel de Santé pour l'aider dans sa mise à jour de la convention	250	E
Données de la convention			
6	Identifiant de l'organisme signataire	10	A
7	Libellé de l'organisme signataire	30	E
8	Indicateur de convention groupée	1	N
9	Type de convention	2	A
10	Critère secondaire	9	E

N°	Données	Taille maxi	Type
11	Type d'accord (TP / Hors TP)	1	A
12	Numéro d'organisme complémentaire	10	A
13	Libellé de l'organisme complémentaire	30	E
14	Indicateur de désactivation des STS	1	N
15	Code aiguillage STS	1	A
16	Indicateur d'usage de l'attestation papier	1	N
17	Indicateur d'acceptation d'une DRE d'annulation	1	N
18	Indicateur d'acceptation d'un DRE de rectification	1	N
19	Opérateur de règlement	10	A
20	Code routage	2	A
21	Identifiant de l'hôte	3	A
22	Nom de domaine	20	E

3.3.2 Fichiers de regroupements normés

Le format d'échange du fichier de regroupements normé est le suivant :

N°	Données	Taille maxi	Type
1	Code action	1	A
Informations accompagnant les données de regroupement			
2	Liste de codes catégorie	-	E
3	Liste des spécialités	-	E
Données de regroupement			
4	Numéro d'organisme complémentaire	10	A
5	Libellé de l'organisme complémentaire	30	E
6	Type de convention	2	A
7	Libellé du type de convention	30	E
8	Critère secondaire	9	E
9	Identifiant de l'organisme signataire	10	A
10	Libellé de l'organisme signataire	30	E

3.3.3 Fichiers de correspondance normés

Le format d'échange du fichier de correspondance normé est le suivant :

N°	Données	Taille maxi	Type
1	« MUTNUM »	8	G
2	Code organisme obligatoire associé : Code grand régime + code caisse gestionnaire + code centre gestionnaire	9	G
3	Numéro de l'organisme complémentaire	10	A
4	Libellé de l'organisme complémentaire	30	E

4 Définitions et règles de gestion des données contenues dans les fichiers normés

Ce chapitre a pour but de donner les règles de gestion des données contenues dans les fichiers normés. Ces règles peuvent s'appliquer aux données des tables utilisées pour la recherche de la convention applicable.

4.1 Légende

- « O » : donnée obligatoire
- « F » : donnée facultative
- « NU » : donnée non utilisée

4.2 Règles sur le périmètre d'application d'une convention

Pour chaque ligne des fichiers de conventions et de regroupements normés, il est précisé les Professionnels de Santé concernés dans les colonnes « Liste de codes catégorie » et « Liste des spécialités » :

Liste de codes catégorie	Liste des spécialités	Règle
Aucun code catégorie	Aucun code spécialité	La convention s'applique à tous les Professionnels de Santé sauf mention particulière dans le message destiné au Professionnel de Santé
Au moins un code catégorie	Aucun code spécialité	La convention s'applique aux seules catégories mentionnées
Aucun code catégorie	Au moins un code spécialité	La convention s'applique aux seules spécialités mentionnées
Au moins un code catégorie	Au moins un code spécialité	La convention s'applique aux seules catégories et spécialités mentionnées

4.3 Gestion séparée

4.3.1 Fichiers de conventions normés

N°	Données	Présence	Règle de gestion
1	Code action	O	Ce code est l'expression des organismes d'Assurance Maladie par rapport à la fourniture précédente des données d'une convention. Liste de valeurs : • « C » Création : la convention est nouvelle • « M » Modification : la convention a fait l'objet d'une modification • « S » Suppression : la convention n'est plus en vigueur « I » Sans changement : la convention n'a pas fait l'objet de modification. NB : Le code action est renseigné sur toutes les lignes du fichier normé.

N°	Données	Présence	Règle de gestion
Informations accompagnant les données de la convention Ces informations sont des renseignements complémentaires accompagnant les données de la convention et peuvent ne pas être valorisées par les organismes d'Assurance Maladie. Elles constituent une aide pour le Professionnel de Santé à la sélection des conventions qui le concernent.			
2	Liste de codes catégorie	F	Voir règle § 4.2 sur le périmètre d'application. Liste de codes catégorie séparés par des virgules. Chaque code correspond à la 3ème position du n° d'identification du Professionnel de Santé (n° ADELI ou n° FINESS). Liste de valeurs : • Etablissement « 0 » (hors périmètre SESAM-Vitale actuel sauf Centre de Santé) • Médecin « 1 » • Pharmacie « 2 » • Laboratoire « 3 » • Chirurgiens Dentiste « 4 » • Sage-femme « 5 » • Infirmière « 6 » • Masseur-Kiné « 7 » • Pédicure « 8 » • Orthophoniste ou orthoptiste « 9 »
3	Liste des spécialités	F	Voir règle § 4.2 sur le périmètre d'application. Liste de codes spécialité séparés par des virgules.
4	Référence de convention	F	Réservé à un usage futur
5	Message	F	
Données de la convention			
6	Identifiant de l'organisme signataire	O	
7	Libellé de l'organisme signataire	F	
8	Indicateur de convention groupée	NU	Donnée non renseignée
9	Type de convention	F	Différent de « RO »
10	Critère secondaire	F	3 caractères au format libre
11	Type d'accord	O	• « T » : Tiers payant • « H » : Hors tiers payant
12	Numéro d'organisme complémentaire	NU	Donnée non renseignée
13	Libellé de l'organisme complémentaire	NU	Donnée non renseignée
14	Indicateur de désactivation des STS	O	• « 0 » : STS activé • « 1 » : STS désactivé

N°	Données	Présence	Règle de gestion
15	Code aiguillage STS	O en Tiers-Payant F en Hors Tiers-Payant	• « R » : STS-A8 • « M » : STS-FNMF • « 4 » : STS-FFSA • « 8 » : STS-CTIP
16	Indicateur d'usage de l'attestation papier	O	• « 0 » : Attestation indispensable pour obtenir les valeurs SESAM-Vitale • « 1 » : Prise en compte des données dans la table des conventions
17	Indicateur d'acceptation d'une DRE d'annulation	O	• « 0 » : Non acceptation • « 1 » : Acceptation
18	Indicateur d'acceptation d'une DRE de rectification	O	Donnée non utilisée
19	Opérateur de règlement	F	
20	Code routage	O en Tiers payant F en hors Tiers payant	
21	Identifiant de l'hôte	O en Tiers payant F en hors Tiers payant	
22	Nom de domaine	O en Tiers payant F en hors Tiers payant	

Exemple d'une convention groupée

```
C;;;;;MMMM;Organisme X;;;;H;;;0;M;0;0;0;;XR;001;DRE.RSS.FR
```

Dans cet exemple,
1. Code action = « C » ➔ Nouvelle Convention
2. Liste de codes catégorie : non renseigné
3. Liste des spécialités : non renseigné
4. Référence de convention : non renseigné
5. Message : non renseigné
6. Identifiant de l'organisme signataire = « MMMM »
7. Libellé de l'organisme signataire = « Organisme X »
8. Indicateur de convention groupée : non renseigné
9. Type de convention : non renseigné
10. Critère secondaire : non renseigné
11. Type d'accord = « H » ➔ Hors tiers Payant
12. Numéro d'organisme complémentaire : non renseigné
13. Libellé de l'organisme complémentaire : non renseigné
14. Indicateur de désactivation des STS = « 0 » ➔ STS activés
15. Code aiguillage STS = « M » ➔ STS-FNMF
16. Indicateur d'usage de l'attestation papier = « 0 » ➔ Attestation indispensable pour obtenir les valeurs SESAM-Vitale
17. Indicateur d'acceptation d'une DRE d'annulation = « 0 » ➔ Non acceptation de la DRE d'annulation
18. Indicateur d'acceptation d'une DRE de rectification = « 0 » ➔ Non acceptation de la DRE de rectification
19. Opérateur de règlement : non renseigné
20. Code routage = « XR »
21. Identifiant de l'hôte = « 001 »
22. Nom de domaine = « DRE.RSS.FR »

4.3.2 Fichiers de regroupements normés

N°	Donnée	Présence	Règle de gestion
1	Code action	O	Ce code est l'expression des organismes d'Assurance Maladie par rapport à la fourniture précédente des données d'une convention. Liste de valeurs : • « C » Création : l'organisme est nouveau dans la convention • « M » Modification : l'organisme a fait l'objet d'une modification • « S » Suppression : l'organisme ne fait plus partie de la convention • « I » Sans changement : l'organisme n'a pas fait l'objet de modification NB : Le code action est renseigné sur toutes les lignes du fichier normé.
Informations accompagnant les données de regroupement Ces informations sont des renseignements complémentaires accompagnant les données de regroupement et peuvent ne pas être valorisées par les organismes d'Assurance Maladie.			
2	Liste de codes catégorie	F	Voir règle § 4.2 sur le périmètre d'application. Liste de codes catégorie séparés par des virgules. Chaque code correspond à la 3ème position du n° d'identification du Professionnel de Santé (n° ADELI ou n° FINESS). Liste de valeurs : • Etablissement « 0 » (hors périmètre SESAM-Vitale actuel sauf Centre de Santé) • Médecin « 1 » • Pharmacie « 2 » • Laboratoire « 3 » • Dentiste « 4 » • Sage-femme « 5 » • Infirmière « 6 » • Masseur-Kiné « 7 » • Pédicure « 8 » • Orthophoniste ou orthoptiste « 9 »
3	Liste des spécialités	F	Voir règle § 4.2 sur le périmètre d'application. Liste de codes spécialité séparés par des virgules.
Données de regroupement			
4	Numéro d'organisme complémentaire	O	
5	Libellé de l'organisme complémentaire	F	
6	Type de convention	F	Différent de « RO »
7	Libellé du type de convention	F	

N°	Donnée	Présence	Règle de gestion
8	Critère secondaire	F	3 caractères au format libre
9	Identifiant de l'organisme signataire	O	
10	Libellé de l'organisme signataire	F	

Exemple d'un regroupement

```
C;;;12345679;Organisme ZZZ;XX;Convention XX;YYY;MMMM;Organisme
MMMM
```

Dans cet exemple,
1. Code action = « C » ➔ Nouvel organisme regroupé
2. Liste de codes catégorie : non renseigné
3. Liste des spécialités : non renseigné
4. Numéro d'organisme complémentaire = « 12345679 »
5. Libellé de l'organisme complémentaire = « Organisme ZZZ »
6. Type de convention = « XX »
7. Libellé du type de convention = « Convention XX »
8. Critère secondaire = « YYY »
9. Identifiant de l'organisme signataire = « MMMM »
10. Libellé de l'organisme signataire = « Organisme MMMM »

4.4 Gestion unique

4.4.1 Règles de renseignement des données code régime, code caisse, code centre et « MUTNUM »

Les données qui contiennent le « code régime - code caisse - code centre » ou le « MUTNUM » peuvent être exprimées en utilisant le caractère générique « ? ».

Le code régime (deux premiers caractères) contenu dans le champ « code régime - code caisse - code centre » n'utilise jamais les caractères génériques.

Exemples :

- 94??????? ➔ Toutes les caisses et centres gestionnaires du régime 94
- 021?????? ➔ Tous les centres gestionnaires dont le code caisse commence par 1 pour le régime 02
- 04???2??? ➔ Toutes les caisses dont le code centre commence par 2 pour le régime 04

4.4.2 Fichiers de conventions normés

N°	Donnée	Présence	Règle de gestion
1	Code action	O	Ce code est l'expression des organismes d'Assurance Maladie par rapport à la fourniture précédente des données d'une convention. Liste de valeurs : • « C » Création : la convention est nouvelle • « M » Modification : la convention a fait l'objet d'une modification • « S » Suppression : la convention n'est plus en vigueur • « I » Sans changement : la convention n'a pas fait l'objet de modification NB : Le code action est renseigné sur toutes les lignes du fichier normé.
Informations accompagnant les données de la convention Ces informations sont des renseignements complémentaires accompagnant les données de la convention et peuvent ne pas être valorisées par les organismes d'Assurance Maladie. Elles constituent une aide pour le Professionnel de Santé à la sélection des conventions qui le concernent.			
2	Liste de codes catégorie	F	Voir règle § 4.2 sur le périmètre d'application. Liste de codes catégorie séparés par des virgules. Chaque code correspond à la 3ème position du n° d'identification du Professionnel de Santé (n° ADELI ou n° FINESS). Liste de valeurs : • Etablissement « 0 » (hors périmètre SESAM-Vitale actuel sauf Centre de Santé) • Médecin « 1 » • Pharmacie « 2 » • Laboratoire « 3 » • Dentiste « 4 » • Sage-femme « 5 » • Infirmière « 6 » • Masseur-Kiné « 7 » • Pédicure « 8 » • Orthophoniste ou orthoptiste « 9 »
3	Liste des spécialités	F	Voir règle § 4.2 sur le périmètre d'application. Liste de codes spécialité séparés par des virgules.
4	Référence de convention	F	Réservé à un usage futur
5	Message	F	
Données de la convention			
6	Identifiant de l'organisme signataire	O	
7	Libellé de l'organisme signataire	F	

N°	Donnée	Présence	Règle de gestion
8	Indicateur de convention groupée	O	
9	Type de convention	O	Valeur « RO »
10	Critère secondaire	O	Code régime, code caisse, code centre. Cette zone peut contenir des caractères génériques.
11	Type d'accord	O	• « T » : Tiers payant • « H » : Hors tiers payant
12	Numéro d'organisme complémentaire	F	
13	Libellé de l'organisme complémentaire	F	
14	Indicateur de désactivation des STS	O	• « 0 » : STS activé • « 1 » : STS désactivé
15	Code aiguillage STS	F	• « R » : STS-A8 • « M » : STS-FNMF • « 4 » : STS-FFSA • « 8 » : STS-CTIP
16	Indicateur d'usage de l'attestation papier	NU	Donnée non renseignée
17	Indicateur d'acceptation d'une DRE d'annulation	NU	Donnée non renseignée
18	Indicateur d'acceptation d'un DRE de rectification	NU	Donnée non renseignée
19	Opérateur de règlement	NU	Donnée non renseignée
20	Code routage	NU	Donnée non renseignée
21	Identifiant de l'hôte	NU	Donnée non renseignée
22	Nom de domaine	NU	Donnée non renseignée

Exemple de convention non groupée

```
M;1;01,12;;Convention signée entre l'organisme ZZZZ et les
médecins généralistes et les pédiatres;NNNN;Organisme
ZZZZ;0;RO;02????????;T;123456789;Organisme UUUU;0;R;;;;;;;
```

Dans cet exemple,

1. Code action = « M » ➔ Modification: la convention a fait l'objet d'une modification
2. Liste de codes catégories = « 1 » ➔ Médecin
3. Liste des spécialités = « 01,12 » ➔ Médecine générale, Pédiatrie
4. Référence de convention : non renseigné
5. Message = « Convention signée entre l'organisme ZZZZ et les médecins généralistes et les pédiatres »
6. Identifiant de l'organisme signataire = « NNNN »
7. Libellé de l'organisme signataire = « Organisme ZZZZ »
8. Indicateur de convention groupée = « 0 » ➔ Convention non groupée
9. Type de convention = « RO »

10. Critère secondaire = « 02??????? » ➔ Toutes les caisses et tous les centres du régime 02
11. Type d'accord = « T » ➔ Tiers payant
12. Numéro d'organisme complémentaire= « 123456789 »
13. Libellé de l'organisme complémentaire = « Organisme UUUU »
14. Indicateur de désactivation des STS = « 0 » ➔ STS activés
15. Code aiguillage STS = « R » ➔ STS-A8
16. Indicateur d'usage de l'attestation papier : non renseigné
17. Indicateur d'acceptation d'une DRE d'annulation : non renseigné
18. Indicateur d'acceptation d'une DRE de rectification : non renseigné
19. Opérateur de règlement : non renseigné
20. Code routage : non renseigné
21. Identifiant de l'hôte : non renseigné
22. Nom de domaine : non renseigné

4.4.3 Fichiers de regroupements normés

N°	Donnée	Présence	Règle de gestion
1	Code action	O	Ce code est l'expression des organismes d'Assurance Maladie par rapport à la fourniture précédente des données d'une convention. Liste de valeurs : • « C » Création : l'organisme est nouveau dans la convention • « M » Modification : l'organisme a fait l'objet d'une modification • « S » Suppression : l'organisme ne fait plus partie de la convention • « I » Sans changement : l'organisme n'a pas fait l'objet de modification NB : Le code action est renseigné sur toutes les lignes du fichier normé
Informations accompagnant les données de regroupement Ces informations sont des renseignements complémentaires accompagnant les données de regroupement et peuvent ne pas être valorisées par les organismes d'Assurance Maladie.			

N°	Donnée	Présence	Règle de gestion
2	Liste de codes catégorie	F	Voir règle § 4.2 sur le périmètre d'application. Liste de codes catégorie séparés par des virgules Chaque code correspond à la 3ème position du n° d'identification du Professionnel de Santé (n° ADELI ou n° FINESS). Liste de valeurs : • Etablissement « 0 » (hors périmètre SESAM-Vitale actuel sauf Centre de Santé) • Médecin « 1 » • Pharmacie « 2 » • Laboratoire « 3 » • Dentiste « 4 » • Sage-femme « 5 » • Infirmière « 6 » • Masseur-Kiné « 7 » • Pédicure « 8 » • Orthophoniste ou orthoptiste « 9 »
3	Liste des spécialités	F	Voir règle § 4.2 sur le périmètre d'application. Liste de codes spécialité séparés par des virgules.
Données de regroupement			
4	Numéro d'organisme complémentaire	O	
5	Libellé de l'organisme complémentaire	F	
6	Type de convention	O	Valeur « RO »
7	Libellé du type de convention	F	
8	Critère secondaire	O	Code régime, code caisse, code centre. Cette zone peut contenir des caractères génériques.
9	Identifiant de l'organisme signataire	O	
10	Libellé de l'organisme signataire	O	

Exemple d'un regroupement

```
C;1;01,12;12345679;Organisme ZZZ;RO;Convention
UU;02???????;02;Organisme VVVV
```

Dans cet exemple,
1. Code action = « C » ➔ Nouvel organisme regroupé
2. Liste des codes catégorie = « 1 » ➔ Médecin
3. Liste des spécialités = « 01,12 » ➔ Médecine générale, Pédiatrie
4. Numéro d'organisme complémentaire = « 12345679 »
5. Libellé de l'organisme complémentaire = « Organisme ZZZ »
6. Type de convention = « RO »

7. Libellé du type de convention = « Convention UU »
8. Critère secondaire = « 02???????? »
9. Identifiant de l'organisme signataire = « 02 »
10. Libellé de l'organisme signataire = « Organisme VVVV »

4.4.4 Fichiers de correspondance normés

N°	Données	Présence	Règle de gestion
1	« MUTNUM »	O	Peut contenir des caractères génériques
2	Code organisme obligatoire associé	O	Peut contenir des caractères génériques
3	Numéro d'organisme complémentaire	O	
4	Libellé de l'organisme complémentaire	O	

Exemples de cas de correspondance

N° exemple	« MUTNUM »	Code organisme obligatoire associé	Numéro d'organisme complémentaire	Signification
Ex. 1	12345679	030051300	97654321	Pour le couple « MUTNUM », organisme RO, un numéro de complémentaire
Ex. 2	12345678	02??1????	87654321	Pour un ensemble d'organisme RO, un même « MUTNUM » est associé à un même numéro de complémentaire
Ex. 3	??8?????	94???????	77654321	Pour un régime RO, un ensemble de « MUTNUM » sont associés à un même numéro de complémentaire
Ex. 4	????????	02??????	11111111	Quel que soit le « MUTNUM », pour un ensemble d'organismes du régime, le numéro de complémentaire est le même.
Ex 5	123??67?	02??1 ????	23456789	Pour un ensemble d'organisme RO, un sous ensemble de « MUTNUM » est associé à un numéro d'organisme complémentaire.

Exemple 1 : pour le couple « MUTNUM », organisme RO, un numéro de complémentaire

```
12345679;030051300;97654321;Organisme MMMM
```

Dans cet exemple,
1. Le « MUTNUM » = « 12345679 »
2. Le code organisme obligatoire = « 030051300 »
3. Le numéro d'organisme complémentaire = « 97654321 »
4. Le libellé de l'organisme complémentaire = « Organisme MMMM »

Exemple 4 : quel que soit le « MUTNUM », pour un ensemble d'organismes d'un régime, le numéro de complémentaire est le même

```
????????;02???2???;11111111;Mutuelle Y
```

Dans cet exemple,
1. Le « MUTNUM » = « ???????? »
2. Le code organisme obligatoire = « 02???2??? »
3. Le numéro d'organisme complémentaire = « 11111111 »
4. Le libellé de l'organisme complémentaire = « Mutuelle Y »

5 Règles de filtrage et d'importation des fichiers normés et mise à jour des tables de conventions

Le progiciel doit réaliser l'importation des fichiers de conventions et de regroupements normés dans les tables du Professionnel de Santé, à partir du répertoire dédié au stockage des fichiers de conventions et de regroupements normés.

Pour réaliser l'importation des fichiers normés, le progiciel dispose des règles précisées dans les paragraphes suivants.

5.1 Identification unique d'une convention ou d'une ligne de regroupement

Des clés composites permettant d'identifier de façon unique et sans ambiguïté une ligne de convention ou une ligne de regroupement sont instaurées.

Ces clés composites permettent notamment au progiciel la mise à jour des tables de conventions et de regroupements du Professionnel de Santé.

5.1.1 Composition des clés composites

Les données constituant les clés composites sont des données contenues dans les tables ou les fichiers normés, qui sont fixes et ne sont jamais modifiables pour une ligne de convention ou une ligne de regroupement données.

La composition des clés composites pour chacune des tables est la suivante :

Pour la table des conventions :

> **« Signataire + type de convention + critère secondaire + numéro d'organisme complémentaire + type d'accord »**

Pour la table des regroupements :

> **« Signataire + type de convention + critère secondaire + numéro d'organisme complémentaire »**

5.1.2 Principes sur les clés composites

1. Lorsqu'une convention est modifiée, ce sont les propriétés de la convention qui sont modifiées. La clé composite ne doit jamais être modifiée. Les propriétés modifiables d'une convention sont toutes les autres données pouvant constituer une convention, exclusion faite des données de la clé composite (la même règle s'applique pour la table des regroupements).

2. Certains champs composant les clés composites peuvent être non renseignés, mais ils sont quand même significatifs. Dans le format d'échange des fichiers normés, un champ non renseigné est un champ qui ne contient aucun caractère.

5.2 Règles sur le filtrage des conventions

Le progiciel ne remonte que les conventions qui correspondent au Professionnel de Santé, qu'il s'agisse des fichiers de conventions normés ou des fichiers de regroupements normés.

Cette action s'exerce par l'intermédiaire d'un filtre sur la catégorie et/ou la spécialité du Professionnel de Santé. Ces données sont présentes dans le format d'échange des fichiers normés et font parties des informations accompagnant les données de la convention et de regroupement (cf. § 4.1.2).

Ce filtre s'exerce une fois que le progiciel a récupéré, sur le poste du Professionnel de Santé, les fichiers normés, avant de réaliser l'importation dans les tables du Professionnel de Santé.

5.3 Règles de gestion des codes actions

5.3.1 Table des conventions

Pour l'importation d'un fichier de conventions normé, il y a deux actions possibles du progiciel sur la table des conventions du Professionnel de Santé :

- **Mise à jour** d'une ligne de convention

  La mise à jour correspond à une création, une modification ou aucun changement. Tout dépend de la situation dans la table des conventions. Par exemple, un fichier normé dans lequel une convention a été créée, peut se traduire, non pas par une création en table, mais par une modification de la convention sur le poste du Professionnel de Santé si celui-ci l'avait ajoutée manuellement auparavant.

- **Suppression** d'une ligne de convention

Le progiciel doit solliciter l'accord du Professionnel de Santé pour confirmer les mises à jour et les suppressions des lignes de conventions dans sa table. Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de donner son accord de façon unitaire ligne à ligne, ou de façon globale pour toute la table.

Si l'accord est donné de manière unitaire, le Professionnel de Santé doit pouvoir visualiser et contrôler les informations contenues dans la table au regard du contenu du fichier normé.

Code action dans le fichier de convention normé	Situation dans la table des conventions	Action du progiciel
« C », « M » ou « I »	Convention absente	**Propose la mise à jour**
« C », « M » ou « I »	Convention présente	**Propose la mise à jour** (en cas de saisie manuelle préalable du PS, permet de le conforter dans la conformité des données saisies)
« S »	Convention absente	Rien à signaler (RAS)
« S »	Convention présente	**Propose la suppression**

5.3.2 Table des regroupements

Pour l'importation d'un fichier de regroupements normé, il y a deux actions possibles du progiciel sur la table des regroupements du Professionnel de Santé :

- **Mise à jour** d'une ligne de regroupement

  La mise à jour correspond à une création, une modification ou pas de changement. Tout dépend de la situation dans la table des regroupements. Par exemple, un fichier normé dans lequel un organisme complémentaire a été ajouté, peut se traduire, non pas par une création en table, mais par un remplacement de la ligne de regroupement sur le poste du Professionnel de Santé si celui-ci l'avait ajoutée manuellement auparavant.

- **Suppression** d'une ligne de regroupement

Le progiciel doit informer au préalable le Professionnel de Santé des mises à jour et des suppressions des lignes de regroupements dans sa table.

Code action dans le fichier de regroupement normé	Situation dans la table des regroupements	Action du progiciel
« C », «M » ou « I »	Organisme absent	**Effectue automatiquement** la mise à jour
« C », « M » ou « I »	Organisme présent	**Effectue automatiquement la mise à jour**
« S »	Organisme absent	Rien à signaler (RAS)
« S »	Organisme présent	**Effectue automatiquement la suppression**

5.4 Mise à jour de la table des conventions

- Soit la mise à jour est réalisée par saisie manuelle telle que décrite dans le corps du document.
- Soit la mise à jour est réalisée par un fichier de conventions normé telle que décrite dans le corps du document et cette annexe 3.

Le progiciel doit réaliser l'importation des fichiers de conventions normés dans la table du Professionnel de Santé, à partir du répertoire dédié au stockage des fichiers de conventions et de regroupements normés.

5.5 Mise à jour de la table des regroupements

- Soit la mise à jour est réalisée par saisie manuelle telle que décrite dans le corps du document.
- Soit la mise à jour est réalisée par un fichier de regroupements normé telle que décrite dans le corps du document et cette annexe 3.

Le progiciel doit réaliser l'importation des fichiers de regroupements normés dans la table du Professionnel de Santé, à partir du répertoire dédié au stockage des fichiers de conventions et de regroupements normés.

Annexe 4

Télécommunications (sur Réseau IP) et chiffrement de pièce jointe

Intégrant l'Addendum n°8

Mise à jour Janvier 2024

GIE SESAM-Vitale
5, boulevard Marie & Alexandre Oyon - 72 019 LE MANS CEDEX 2 - www.sesam-vitale.fr
SIRET : 391 722 881 00052 - APE : 6202A - RCS LE MANS : 391 722 881 - N° TVA : FR 753 917 22881

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

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

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

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

Sommaire

1 Présentation 5

2 Architecture du réseau 6

3 Conformité aux standards Internet 7

4 Nature des flux 8

5 Compression 9

6 Chiffrement de pièce jointe 10

6.1 Présentation 10
6.2 Chiffrement de la pièce jointe 12
6.2.1 Règles de gestion 12
6.2.2 Modalité technique de chiffrement 13
6.2.3 Contrôle de validité des certificats 13
6.3 Administration des éléments de sécurité 15
6.3.1 Gestion des autorités de certification 15
6.3.2 Gestion des certificats 16
6.3.3 Gestion de la CRL 16

7 Profil des messages réels SMTP 18

7.1 Les messages SMTP contenant les fichiers de factures 18
7.1.1 Profil des messages SMTP 18
7.1.2 Constitution du message SMTP au format MIME à partir du fichier de factures 19
7.1.3 Structures du message SMTP MIME 21
7.2 Les messages SMTP contenant les ARL 25
7.2.1 Profil des messages SMTP 25
7.2.2 Structure du message SMTP 25
7.3 Les messages SMTP contenant les flux de Rejet / Signalement / Paiement 29
7.3.1 Profil des messages SMTP 29
7.3.2 Structure du message SMTP 29
7.4 Les messages SMTP contenant les rapports de réclamation 32
7.4.1 Profil des messages SMTP 32
7.4.2 Structures du message SMTP MIME 34
7.5 Les messages SMTP d'accusé de réception des rapports de réclamation 36
7.5.1 Profil des messages SMTP 36
7.5.2 Structures du message SMTP MIME 37

8 Profil des messages test SMTP 39

9 Profil des messages de démonstration SMTP 41

10 Profil des messages de service SMTP du réseau 42

10.1 Les messages SMTP indiquant un AR_P 42
10.1.1 Profil des messages SMTP 42
10.1.2 Structure des messages SMTP 42

11 Profil des messages de service SMTP de l'Assurance Maladie 44

11.1 Les messages SMTP indiquant une anomalie de structure SMTP 44
11.1.1 Profil des messages SMTP 44
11.1.2 Liste des codes rejets générés par les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire et complémentaire 45
11.1.3 Structure du message SMTP 45
11.2 Les messages SMTP indiquant un fichier rejeté 48
11.2.1 Profil des messages SMTP 48

11.2.2 Liste des codes rejets générés par les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire et complémentaire ... 48
11.2.3 Structure du message SMTP ... 49
11.3 Les messages SMTP indiquant une erreur de chiffrement ... 52
11.3.1 Profil des messages SMTP ... 52
11.3.2 Liste des codes rejets générés par les organismes d'Assurance Maladie ... 52
11.3.3 Structure du message SMTP ... 53
11.4 Description et format de la pièce jointe dans le cas d'anomalie de structure SMTP, de fichier rejeté ou d'erreur de chiffrement ... 56
11.4.1 Description du contenu du fichier joint ... 56
11.4.2 Composition du fichier joint ... 56
11.4.3 Exemple de pièce jointe vers le PS ... 57

12 Profil des messages SMTP concernant les incréments DLOI ... 58

12.1 Messages SMTP de demande d'incrément de dLOI ... 58
12.1.1 Profil des messages SMTP ... 58
12.1.2 Constitution du message SMTP signé ... 59
12.1.2.1 Premier format de signature S/MIME ... 59
12.1.2.2 Deuxième format de signature S/MIME ... 60
12.1.3 Signature du message ... 60
12.1.4 Structure du message SMTP signé ... 61
12.2 Message SMTP contenant le fichier d'incrément dLOI signé ... 64
12.2.1 Profil des messages SMTP ... 64
12.2.2 Structure du message SMTP ... 65
12.3 Message SMTP indiquant une impossibilité fonctionnelle (ARAN) ... 67
12.3.1 Profil des messages SMTP ... 67
12.3.2 Liste des codes retour générés ... 67
12.3.3 Structure du message SMTP ... 68

13 Profil du message de service SMTP contenant les fichiers normés ... 70

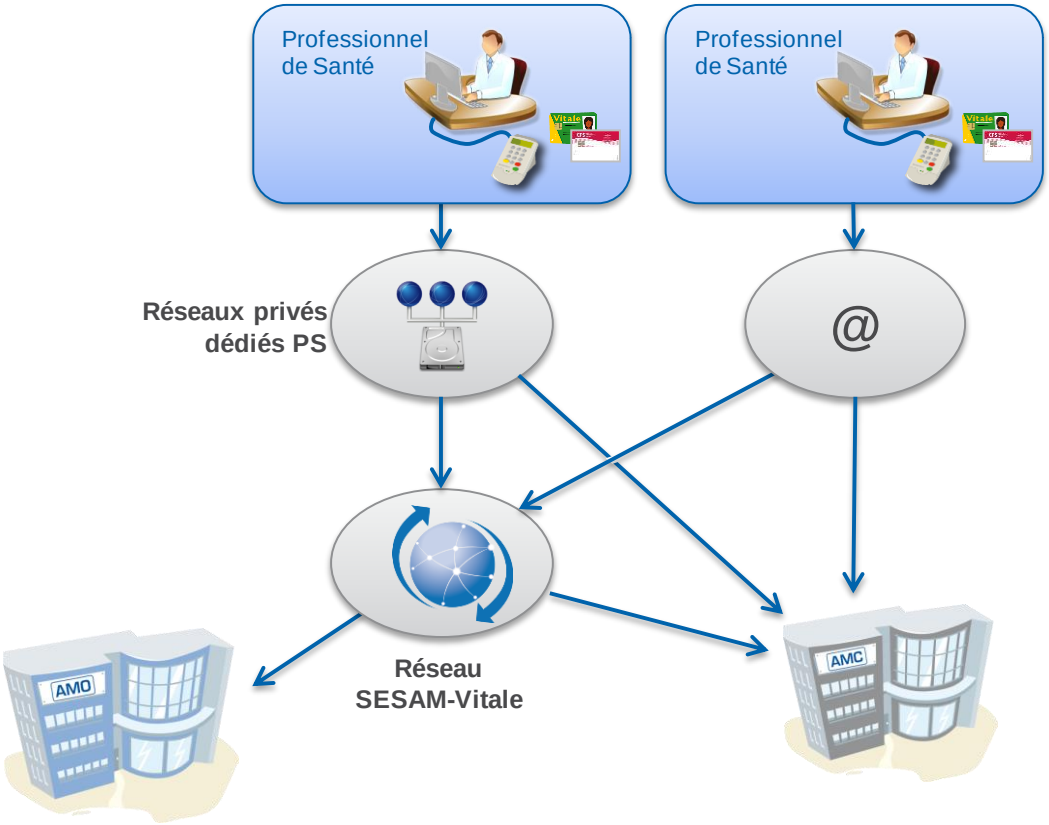
13.1 Profil des messages SMTP ... 70
13.2 Structure du message SMTP ... 71
13.3 Format des fichiers normés ... 74

14 Profil des messages de service SMTP de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation 75

14.1 Les messages SMTP indiquant une anomalie de structure SMTP ... 75
14.1.1 Profil des messages SMTP ... 75
14.1.2 Liste des codes rejets ... 76
14.1.3 Structure du message SMTP ... 77
14.2 Les messages SMTP indiquant un fichier rejeté ... 79
14.2.1 Profil des messages SMTP ... 79
14.2.2 Liste des codes rejets ... 79
14.2.3 Structure du message SMTP ... 80
14.3 Les messages SMTP indiquant une erreur de chiffrement ... 82
14.3.1 Profil des messages SMTP ... 82
14.3.2 Liste des codes rejets ... 82
14.3.3 Structure du message SMTP ... 83

1 Présentation

L'architecture globale de l'envoi et de la réception des flux de facturation du système SESAM-Vitale est illustrée par la figure ci-après.



Cette figure intègre les différentes possibilités pour un PS d'utiliser les réseaux existants.

Les Professionnels de Santé transmettent les Feuilles de soins Electroniques nécessaires au remboursement à destination des organismes d'Assurance Maladie Obligatoire via un réseau tiers[1] de messagerie qui est obligatoirement relié au Réseau SESAM-Vitale. Le Réseau SESAM-Vitale est un réseau de messagerie basé sur les protocoles SMTP et TCP/IP.

Les Professionnels de Santé transmettent les Demandes de Remboursements Electroniques nécessaires au remboursement à destination des organismes d'Assurance Maladie Complémentaire soit directement par un réseau tiers[1], soit via le Réseau SESAM-Vitale.

Le Poste de Travail du Professionnel de Santé peut récupérer dans sa boîte aux lettres des flux retour des organismes assurances Maladie qui sont non chiffrés (ARL, flux « Rejet/Signalement/Paiement » et messages de service correspondant à l'ensemble des factures du Professionnel de Santé, quel que soit le mode de saisie (Factures électroniques ou papier).

Les Professionnels de Santé transmettent les rapports de réclamation au CESI soit directement par un réseau tiers[1], soit via le Réseau SESAM-Vitale.

[1] Ce qui nécessite le paramétrage libre de la configuration d'accès au réseau et aux serveurs de FAI standards.

2 Architecture du réseau

En fonction du choix fait par le Professionnel de Santé, une boîte aux lettres peut être associée à chaque situation d'exercice et de facturation et à l'opposition incrémentale ou à toutes les situations d'exercice et de facturation et à l'opposition incrémentale.

La boîte aux lettres du Professionnel de Santé gérée par un réseau tiers (FAI).

3 Conformité aux standards Internet

Les réseaux s'appuient sur les standards Internet décrits dans des « Request For Comments ».

Le chiffrement de pièce jointe est conforme à la RFC 5652.

Les certificats de clé publique des organismes destinataires sont conformes au RFC 2459 (X509 V3).

A ce titre, le Poste de Travail du Professionnel de Santé devra être conforme notamment avec les standards TCP/IP, ESMTP, MIME, POP3 et S/MIME.

Le mécanisme d'avis de non remise est conforme aux RFC 1891, 1893 et 1894.

Cette spécification technique est basée sur les travaux de l'IETF relatifs au transport par messagerie des flux EDI (cf. RFC 1767).

4 Nature des flux

Les flux SESAM-Vitale entre les Professionnels de Santé et les organismes d'Assurance Maladie sont actuellement constitués :

- des Feuilles de Soins Electroniques symbolisées par **FSE**,
- des Demandes de remboursements Electroniques symbolisées par **DRE**,
- des retours NOEMIE-PS comprenant les Accusés de Réception Logique (**ARL**) et les flux Rejet/Signalement/Paiement (**RSP**),
- des messages de service symbolisé par **SERVICE**.
- des rapports de réclamation symbolisés par **CESI**.

Seuls les flux de FSE et de DRE, ainsi que les rapports de réclamation, sont chiffrés, qu'il s'agisse de messages réels, de test ou de démonstration.

Les flux d'administration du système SESAM-Vitale sont actuellement constitués :

- des messages de fichiers de conventions et de regroupements normés, symbolisés par **CONV**,
- des fichiers concernant les incréments de la LOI, symbolisées par **dLOI**.

Le présent document présente les profils des messages réels, des messages test, des messages de démonstration et des messages de service.

- L'implémentation des spécifications relatives aux messages dits « réels », de « test », de « démonstration », et de « service » est requise pour l'obtention de l'agrément SESAM-Vitale.
- L'implémentation des spécifications relatives aux messages concernant les incréments dLOI est requise pour l'obtention de l'agrément SESAM-Vitale.

Les messages contenant la liste d'opposition ou les fichiers normés de conventions et de regroupement sont techniquement assimilés aux messages de services.

D'autres flux s'ajouteront à cette liste au fur et à mesure des évolutions du système SESAM-Vitale.

5 Compression

Le progiciel « Pharmacien » compresse obligatoirement les fichiers de factures (FSE et DRE) avant de les télétransmettre aux organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire. Pour les autres catégories de progiciel de santé, la compression est fortement conseillée.

Le progiciel compresse obligatoirement le rapport de réclamation avant de le télétransmettre au CESI.

De même, le progiciel accepte les fichiers retour compressés des organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, car un Professionnel de santé qui télétransmet des flux compressés à une assurance maladie reçoit en retour de cet organisme des flux compressés. Mais le progiciel doit aussi savoir traiter la réception de flux non compressés.

Le principe de compression s'applique pour les flux à destination :

- Des organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, les flux contenant les factures, qu'elles soient réelles, de tests ou de démonstrations.
- Des Professionnels de Santé, les flux contenant les ARL, les R/S/P et les incréments dLOI de la liste d'opposition incrémentale (LOI).
- Du CESI (pour les rapports de réclamation).

Impacts sur le profil des messages SMTP

Le champ « Content-Description » des messages SMTP possède un troisième sous-champ valorisé à « **Z** » qui indique la compression.

Exemple :

- Pour les flux à destination des organismes d'assurance maladie obligatoire, le champ « Content-Description » sera valorisé à « FSE/B2/**Z** ».

Impacts sur la structure des messages SMTP

L'algorithme de compression à utiliser est référencé dans la RFC 1952 « GZIP file format specification version 4.3 » ou supérieure. Il peut notamment être implémenté en utilisant les fonctions de compression au format GZIP présentes dans la librairie publique ZLIB 1.1.3 (ou supérieure) disponible sur multi-plateformes (cf. http://www.gzip.org/zlib/ pour disposer des spécifications techniques, des sources et des binaires pour les plateformes les plus utilisées).

Particularité pour les messages SMTP liés à la liste d'opposition incrémentale

- Le fichier de demande envoyé par le Professionnel de Santé ne doit pas être compressé.
- Par contre, le fichier des incréments de la liste d'opposition (LOI) reçu par le Professionnel de Santé est toujours compressé, le champ « Content-Description » sera valorisé à « REPONSE/dLOI/**Z** »

6 Chiffrement de pièce jointe

6.1 Présentation

Contexte

Les évolutions contenues dans ce chapitre ont pour objectif :

- De décrire la mise en œuvre du chiffrement de pièce jointe lors des échanges entre le PS et l'assurance maladie, chiffrement qui vient en remplacement du chiffrement de transport qui était optionnel dans les versions précédentes du cahier des charges SESAM-Vitale 1.40.
- D'assurer ainsi la confidentialité des données patients (en dehors des données déjà chiffrées) échangées entre le PS et l'assurance maladie, dont le NIR, en conformité avec les exigences de la CNIL, tout en permettant aux OCT d'assurer la continuité des services offerts à leurs clients.

NB : la transmission des rapports de réclamation se fait directement vers le CESI, sans passer par les OCT.

Principes généraux du chiffrement

Le chiffrement de la pièce jointe contenant le fichier de lots de FSE ou de DRE transmis par messagerie se fait en utilisant :

- une clé AMO pour chiffrer le fichier de FSE à destination des AMO,
- une clé AMC pour chiffrer le fichier de DRE à destination des AMC,
- une clé OCT pour chiffrer le fichier à destination d'un OCT

Ce principe de chiffrement est illustré par le schéma suivant :

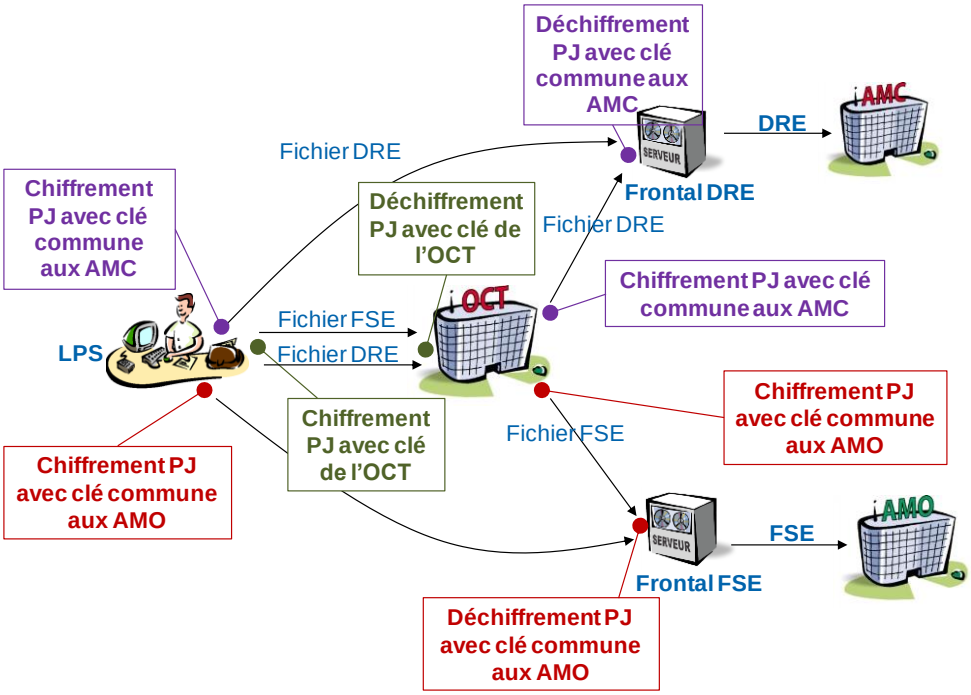


Figure 1 : Principe de chiffrement des pièces jointes

Le chiffrement de la pièce jointe s'applique également aux rapports de réclamation transmis par messagerie en utilisant une clé spécifique au CESI.

Nouvelles fonctionnalités

La mise en œuvre du chiffrement de pièce jointe introduit les nouvelles fonctionnalités suivantes :

- Chiffrement de pièces jointes, comprenant les points suivants :
  - Vérification de la validité des certificats avant usage.
  - Chiffrement des PJ des messages avec le certificat AMO de l'IGC OSI (pour les FSE).
  - Chiffrement des PJ des messages avec le certificat AMC de l'IGC OSI (pour les DRE).
  - Chiffrement des PJ des messages avec le certificat OCT de l'IGC de l'OCT pour les flux à destination des OCT.
  - Chiffrement des PJ des rapports de réclamation avec le certificat CESI de l'ICG OSI.
- Gestion de la sécurité, comprenant les points suivants :
  - Stockage (en général dans un magasin de certificats) des 2 et/ou 3 certificats (AMO/AMC/CESI et/ou OCT) et d'au moins 2 à 4 autorités de certification (pour gérer l'autorité de l'assurance maladie et de l'OCT, ainsi que la période de migration vers une nouvelle AC lors des renouvellements).
  - Accès à l'annuaire LDAP du GIE SV pour la récupération des certificats et des Listes de Révocation de Certificats (CRL).
- Gestion de nouveaux messages de service :
  - Nouveaux messages de services envoyés par les frontaux de l'AM dans le cas de renouvellements/problèmes de certificats.

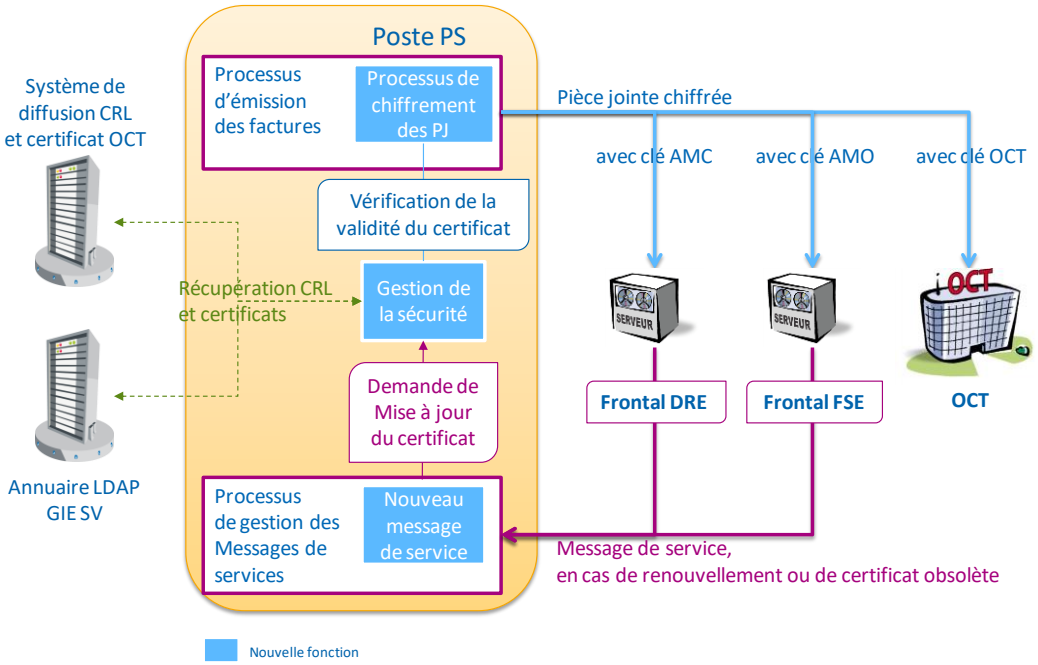


Figure 2 : Nouvelles fonctionnalités à mettre en œuvre

6.2 Chiffrement de la pièce jointe

6.2.1 Règles de gestion

L'émetteur chiffre le fichier logique ou la pièce jointe compressée en appliquant l'algorithme de chiffrement décrit ci-après (cf. §6.2.2).

Les certificats à utiliser doivent au préalable avoir été vérifiés selon la procédure décrite ci-après (cf. §6.2.3)

Les fichiers de FSE à destination des AMO doivent être chiffrés avec la clé AMO (certificat amo_pj.reel@reel.rss.fr)

Les fichiers de DRE à destination des AMC doivent être chiffrés avec la clé AMC (certificat amc_pj.reel@reel.rss.fr)

Les fichiers transmis à destination d'un OCT doivent être chiffrés avec la clé fournie par l'OCT destinataire.

Les fichiers de rapport de réclamation à destination du CESI doivent être chiffrés avec la clé du CESI (certificat cesi_pj.reel@reel.rss.fr).

Impacts sur le profil des messages SMTP

Le champ « Content-Description » des messages SMTP possède un troisième sous-champ valorisé à « **K** » qui indique le chiffrement de pièce jointe.

Exemple :

- Pour les flux à destination des organismes d'assurance maladie obligatoire, le champ « Content-Description » sera valorisé à « FSE/B2/**K** » ou « FSE/B2/**ZK** » si la pièce jointe est également compressée.

Cas particulier

[CP1] Flux de test ou flux de démonstration

Les fichiers de FSE à destination des AMO doivent être chiffrés avec la clé AMO de test (certificat amo_pj.test@test.rss.fr)

Les fichiers de DRE à destination des AMC doivent être chiffrés avec la clé AMC de test (certificat amc_pj.test@test.rss.fr)

Le rapport de réclamation à destination du CESI doit être chiffré avec la clé du CESI (certificat cesi_pj.test@test.rss.fr)

[CP2] CRL présente mais périmée (date de validité dépassée)

Le contrôle de non révocation des certificats se fait avec la CRL présente sur le poste et est non bloquant pour l'émission des flux SMTP.

Cas d'erreur

[CE1] Le certificat à utiliser est non valide

Le processus s'arrête et ne peut être repris qu'une fois le certificat mis à jour (cf. §6.2.3)

[CE2] Absence d'une CRL sur le poste émetteur

Le processus s'arrête et ne peut être repris qu'une fois la CRL installée sur le poste (cf. 6.3.3)

6.2.2 Modalité technique de chiffrement

Description

Le chiffrement d'un document possède les caractéristiques suivantes (basées sur la RFC 5652[2] - PKCS#7) :

1. le chiffrement du document s'effectue en utilisant l'algorithme AES 128 bits en mode CBC (clé de session de 128 bits) ;
2. la clé de session est chiffrée avec la clé publique RSA du destinataire du document (clé publique de 2048 bits) ;
3. les clés publiques sont certifiées, les certificats sont au format X509 V3.

Chaque document est chiffré à l'aide d'une clé de session qui elle-même est chiffrée à l'aide de la clé publique du destinataire du document. Cette clé publique est certifiée par une autorité de certification et est donc contenu dans le certificat correspondant.

Chaque résultat du chiffrement constitue le document sous forme « binaire » (pas d'encodage base 64 bits), auquel est ajoutée l'extension « .pkcs7 ».

Exemple

L'exemple ci-après illustre une possibilité de mettre en œuvre le chiffrement d'un document en utilisant le produit OpenSource OpenSSL.

Dans cet exemple :

- le document à chiffrer est indiqué sous « NomDuFichierAChiffrer »
- le certificat contenant la clé publique du destinataire est indiqué sous « Certificat.pem[3] »

La commande permettant d'obtenir le chiffrement du document est la suivante :

« *OpenSSL> cms -encrypt -in NomDuFichierAChiffrer* -binary *-aes-128-cbc -outform der -out NomDuFichierAChiffrer.pkcs7 Certificat.pem* »

6.2.3 Contrôle de validité des certificats

Certificats assurance maladie

Les certificats assurance maladie suivants sont utilisés pour chiffrer les fichiers transmis directement vers les frontaux de l'assurance maladie :

[2] http://datatracker.ietf.org/doc/rfc5652/

[3] Pour être utilisé avec OpenSSL, le certificat doit être mis au format « .pem »

- Un certificat AMO pour le chiffrement des fichiers de lots de FSE
- Un certificat AMC pour le chiffrement des fichiers de lots de DRE
- Un certificat CESI pour le chiffrement des fichiers de rapport de réclamation

L'AC utilisée est l'AC-FACTURATION de l'IGC OSI du GIE SESAM-Vitale.

Les certificats sont disponibles dans l'annuaire LDAP X500 à l'adresse suivante :

- ldap://annuaire.sesam-vitale.fr/cn=xxx_pj.reel@reel.rss.fr,ou=AC-FACTURATION,ou=AC-SESAM-VITALE-2034,o=sesam-vitale,c=fr?userCertificate;binary

où « xxx_pj.reel@reel.rss.fr» vaut :

- amo_pj.reel@reel.rss.fr pour le certificat AMO
- amc_pj.reel@reel.rss.fr pour le certificat AMC
- cesi_pj.reel@reel.rss.fr pour le certificat CESI

Le LPS doit vérifier que dans le certificat récupéré, l'extension « *SubjectAltName* » contient les libellés précédents.

Cas particulier

[CP1] Flux de test ou flux de démonstration

Les certificats de tests ont pour libellés :

- amo_pj.test@test.rss.fr pour le certificat AMO
- amc_pj.test@test.rss.fr pour le certificat AMC
- cesi_pj.test@test.rss.fr pour le certificat CESI
  - Le certificat CESI de tests est disponible à l'adresse suivante : ldap://annuaire.sesam-vitale.fr/cn=cesi_pj.test@test.rss.fr,ou=AC-FACTURATION-TEST,ou=AC-SESAM-VITALE-TEST-2034,o=sesam-vitale,c=fr

Cas des PS utilisant les services d'un OCT

Les fichiers doivent être chiffrés lors de leur transmission entre le PS et l'OCT avec un certificat fourni par l'OCT.

Les modalités de récupération de ce certificat et des éléments de sécurité associés (AC, CRL) sont de la responsabilité de l'OCT et ne sont pas décrites dans ce document.

Vérification du certificat

Les vérifications à effectuer par le LPS sur un certificat sont les suivantes :

- contrôle de parenté (chaine de confiance) du certificat[4]
- vérification de la validité de la chaîne de confiance (certificats des autorités intermédiaire et racine (ROOT))
- date de début et de fin de validité du certificat correcte (incluant la date du jour) ;
- certificat non révoqué (certificat non présent dans la liste de révocation des certificats) ;
- contrôle du nom du propriétaire du certificat.
- vérification du Key Usage (extension critique). Le Key Usage doit contenir
  - Digital Signature
  - KeyEncipherment
  - NonRepudiation

Gestion de la CRL

Le LPS vérifie que le certificat n'est pas dans la liste de révocation avant de chiffrer les documents.

En cas de liste de révocation non présente, le LPS doit considérer le certificat comme non valide.

En cas de liste de révocation périmée sur le poste PS, la vérification du certificat doit se faire à partir de la liste présente sur le poste PS.

6.3 Administration des éléments de sécurité

6.3.1 Gestion des autorités de certification

Il est recommandé que le Professionnel de Santé puisse s'assurer de la mise à jour des autorités de certification.

Le LPS doit être en mesure de gérer au moins deux autorités de certification en parallèle pour assurer les périodes de migration d'une autorité vers une autre ou pour gérer l'autorité d'un OCT en plus de l'autorité de l'assurance maladie.

Ces autorités peuvent être mises à jour au travers des procédures de mise à jour du LPS, soit directement par le PS au travers de l'IHM du LPS.

Les modalités de récupération et d'installation d'une nouvelle autorité de certification sur le poste PS sont laissées à la discrétion de l'éditeur.

Les autorités utilisées pour certifier les certificats de l'assurance maladie sont les suivantes :

- AC de production
  - Certificat de l'AC-FACTURATION : ldap://annuaire.sesam-vitale.fr/cn=AC-FACTURATION,ou=AC-FACTURATION,ou=AC-SESAM-VITALE-2034,o=sesam-vitale,c=fr?cACertificate;binary

[4] Le certificat est signé par un certificat « intermédiaire » lui-même signé par un certificat « ROOT ».

- Certificat de l'AC-SESAM-VITALE-2034 : ldap://annuaire.sesam-vitale.fr/cn= AC-SESAM-VITALE-2034,ou=AC-SESAM-VITALE-2034,o=sesam-vitale,c=fr?cACertificate;binary

6.3.2 Gestion des certificats

Récupération du certificat

A une clé publique est associé un certificat, qui atteste que la clé publique est bien liée au destinataire. Ce certificat permet la vérification de la propriété d'une clé publique pour prévenir la contrefaçon des clés.

Une connexion à un annuaire public est nécessaire pour récupérer un nouveau certificat et l'intégrer dans l'annuaire local sur l'équipement informatique du LPS[5]. La récupération d'un certificat est nécessaire dans les cas suivants :

- initialement lorsque le LPS met en place la solution de chiffrement,
- par la suite, lorsque le certificat est périmé : le LPS récupère le nouveau certificat environ 15 jours avant la date de fin de validité,
- par la suite, lorsque le certificat est révoqué (en cas de clé privée dévoilée),
- sur réception d'un message de service chiffrement 4005, 4015 ou 4025.

Recommandations

Il est recommandé que les certificats utilisés sur l'équipement informatique du LPS soient stockés dans un magasin local, ceci afin d'éviter de surcharger inutilement les annuaires publics disponibles sur Internet.

Les certificats doivent être vérifiés avant leur enregistrement dans le magasin local (cf. §6.2.3)

Lors de la mise à jour d'un certificat dans ce magasin local, les anciens certificats correspondant au même destinataire doivent être supprimés.

6.3.3 Gestion de la CRL

Récupération de la CRL

L'adresse de récupération de la liste de révocation des certificats de l'AC-FACTURATION est disponible dans le champ du certificat « point de distribution de la liste de révocation des certificats » et est du type :

- ldap://annuaire.sesam-vitale.fr/cn=AC-FACTURATION,ou=AC-FACTURATION,ou=AC-SESAM-VITALE-2034,o=sesam-vitale,c=fr/certificateRevocationList

Vérification de la CRL

Les vérifications à effectuer par le LPS sur la CRL sont les suivantes :

- Vérification de la signature de la CRL par la bonne autorité de certification (AC)

[5] Plusieurs certificats **valides** peuvent être disponibles dans l'annuaire pour un même destinataire. Dans ce cas, l'équipement informatique doit être capable de récupérer le plus récent.

- Vérification de la date de validité de la CRL

Recommandations

Les recommandations de récupération des CRLs reposent sur les principes suivants d'utilisation :

- **limitation du téléchargement** aux CRLs correspondant aux certificats susceptibles d'être acceptés par l'application ;
- **fréquence** de téléchargement des CRLs **en rapport avec la fréquence de publication** de celles-ci ;
- **variabilité des horaires de téléchargement** des CRLs lorsque celui-ci est automatisé (notamment pour que toutes les instances d'un même produit installé chez différents clients ne téléchargent pas les CRLs en même temps : prévoir par exemple un étalement de téléchargement « aléatoire » sur plusieurs heures) ;
- **limitation des durées de connexion** au temps nécessaire au téléchargement des CRLs (pas de maintien de session après un (ou une tentative de) téléchargement).

Le standard de référence décrivant le format des CRLs est le RFC 5280. Toutefois, la fréquence de publication est laissée libre à chaque IGC. Toute CRL contient obligatoirement la date/heure de la publication de la CRL suivante (extension nextUpdate) permettant ainsi à un vérificateur de récupérer la nouvelle CRL avant l'expiration de la CRL en cours.

La méthode suivante est recommandée pour assurer la bonne gestion de la CRL de l'AC-FACTURATION de l'assurance maladie sur l'équipement de l'émetteur des flux :

- Un chargement hebdomadaire est mis en place pour la CRL en exploitation. La CRL est publiée tous les jours approximativement à la même heure – vers 0h00. Le chargement peut donc commencer à partir de 2h00. La première requête doit être planifiée aléatoirement sur plusieurs heures (8 heures minimum) après 2h00 jusque 22h00 (algorithme intégré dans le logiciel par son éditeur devant garantir qu'il y a une répartition de charge chez ses clients).
- S'il se produit un problème lors du chargement *(problème technique ou chargement de la même CRL)* :
  - relancer le chargement tous les jours selon les mêmes règles que précédemment,
  - si le problème persiste toujours, afficher un message d'alerte au Professionnel de Santé lui demandant de contacter le fournisseur de sa solution avant l'expiration de la CRL. Ce dernier doit analyser la source du problème et contacter si besoin le centre de service du GIE SESAM-Vitale.

7 Profil des messages réels SMTP

Ces profils sont susceptibles d'évoluer lors de la prise en compte de nouveaux flux de données SESAM-Vitale.

Le progiciel de Santé détermine que le flux à transmettre est réel à l'aide des données restituées par les Services SESAM-Vitale lors de la constitution des lots qui seront intégrés dans le fichier joint au message à transmettre. La donnée Type de flux en sortie de la fonction Formater Lot est restituée avec la même valeur pour tous les lots du fichier à transmettre. Lorsque cette valeur est 'R', le fichier à transmettre est un flux réel (cf. annexe 1-A, § 4.1).

7.1 Les messages SMTP contenant les fichiers de factures

Les messages SMTP contenant les fichiers de factures sont transmis au format MIME.

7.1.1 Profil des messages SMTP

Les messages SMTP transmis par le Professionnel de Santé doivent respecter le format MIME.

Le progiciel du Professionnel de Santé doit également respecter ces formats lors de la procédure d'agrément.

Les règles suivantes spécifiques à SESAM-Vitale s'appliquent à ces messages SMTP :

- un message SMTP contient un seul fichier tel que généré par le progiciel du Professionnel de Santé en utilisant le Module des services SESAM-Vitale[6] ;
- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse du Professionnel de Santé émetteur du message SMTP (fournie lors de l'abonnement du PS au RSS ou à un réseau d'accès tiers)
- le champ destinataire ("To") contient l'adresse de l'organisme d'Assurance Maladie récepteur du message SMTP :
  - Pour les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire le champ destinataire ("To") est du type XXYYY@YYY.XX.rss.fr[7] où :
    - XX désigne le code grand régime ;
    - YYY désigne l'organisme destinataire (déduit à partir des règles spécifiées dans l'Annexe1-A0, groupe 1310) ;
  - Pour les organismes d'Assurance Maladie Complémentaire les éléments d'adressage sont fournis en sortie de la fonction « mise en lot » des Services SESAM-Vitale (Cf. annexe 1.A).
    - Cette fonction donne la partie droite et la partie gauche de @ ;

[6] Tous les fichiers reçus par les organismes d'Assurance Maladie doivent être obligatoirement constitués d'une seule en-tête de fichier, d'un ou plusieurs lots de factures électroniques de même type (DRE ou FSE) et d'une seule fin de fichier.

[7] Il est recommandé au progiciel du Professionnel de Santé de récupérer le couple XXYYY dans une donnée qui les contient déjà (ex : champ "numéro destinataire" de la fonction "Mise en forme en-tête et fin de fichier - cf. annexe 1-A).

- le champ relatif au sujet[8] du message SMTP ("Subject") contient la référence "SV**vvvvvv**[9] /exercice/compostage/nnnnn" pour les flux de FSE ou DR**vvvvvv**/exercice/compostage/nnnnn pour les flux de DRE, où :
  - SVvvvvvv (ou DRvvvvvv) est une chaîne de 8 caractères, où **vvvvvv** est représenté pour ce Cahier des Charges SESAM-Vitale par **140800**; La valeur **140800** est fournie par les API SSV en sortie de la fonction Formater Lot dans le champ 7 du groupe 13 pour un fichier de FSE et dans le champ 7 du groupe 93 pour un fichier de DRE.
  - « exercice »[10] contient le numéro émetteur correspondant au fichier transmis (cf. annexe 1 - fonction "Mise en forme en-tête et fin de fichier) ;
  - « compostage » est un champ obligatoire qui permet d'identifier de manière unique chaque message SMTP pour un émetteur donné (format fixe "AAAAMMJJHHMMSSxxxxx" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2), compteur (5)[11] ;
  - « nnnnn » est le nombre de FSE (ou de DRE) contenues dans le fichier inclus dans le message SMTP (chaîne de caractères numériques, format fixe aligné à droite ; par exemple : "00025") ;
  - le délimiteur entre chaque champ est le caractère "/" ;
- le champ relatif au type du contenu ("Content-Type") contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "Application/EDI-consent" ;
- le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "FSE/B2" pour les flux de FSE ou DRE/DR pour les flux de DRE ;
- Un avis de non-remise du message SMTP est systématiquement demandé au réseau de messagerie (RFC 1891, 1893 et 1894).[12]

7.1.2 Constitution du message SMTP au format MIME à partir du fichier de factures

Les règles suivantes spécifiques à SESAM-Vitale s'appliquent à ces messages SMTP :

- un message SMTP contient un seul fichier tel que généré par le progiciel du Professionnel de Santé en utilisant le Module des services SESAM-Vitale[13] ;
- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse du Professionnel de Santé émetteur du message SMTP (fournie lors de l'abonnement du PS à l'opérateur de messagerie)

[8] En cas de dysfonctionnement lors de l'échange des messages SMTP, ce champ peut servir à l'opérateur du RSS et au Professionnel de Santé à retrouver les messages égarés ou sources de problèmes (traçabilité). Il est donc recommandé au progiciel du Professionnel de Santé de le conserver et d'en permettre une restitution facile à l'utilisateur.

[9] Le contenu de cette référence est susceptible d'évoluer en fonction des nouvelles versions de Cahier des Charges SESAM-Vitale.

[10] Lorsque cette fonction existe, ce champ peut être utilisé pour le retrait sélectif des messages dans une boite aux lettres.

[11] En cas de retransmission du même fichier, le champ compostage doit être différent du message SMTP précédent.

[12] Etant donné que le couple "Sujet du message" et "Champ expéditeur" identifie un message de façon unique sur le réseau, il est recommandé que les progiciels des Professionnels de Santé utilisent la valeur de l'attribut "Subject" pour l'attribut "ENVID".

[13] Tous les fichiers reçus par les organismes d'Assurance Maladie doivent être obligatoirement constitués d'une seule en-tête de fichier, d'un ou plusieurs lots de factures électroniques de même type (DRE ou FSE) et d'une seule fin de fichier.

- le champ destinataire ("To") contient l'adresse de l'organisme d'Assurance Maladie récepteur du message SMTP :
  - Pour les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire le champ destinataire ("To") est du type XXYYY@YYY.XX.rss.fr[14] où :
    - XX désigne le code grand régime ;
    - YYY désigne l'organisme destinataire (déduit à partir de la table de correspondance fournie par le manuel de programmation et les données contenues en carte Vitale) ;
  - Pour les organismes d'Assurance Maladie Complémentaire les éléments d'adressage sont fournis en sortie de la fonction « mise en lot » des Services SESAM-Vitale (Cf. annexe 1.A).
    - Cette fonction donne la partie droite et la partie gauche de @ ;
- le champ relatif au sujet[15] du message SMTP ("Subject") contient la référence "SV**vvvvvv**[16]/exercice/compostage/nnnnn" pour les flux de FSE ou DR**vvvvvv**/exercice/compostage/nnnnn pour les flux de DRE, où :
  - SVvvvvvv (ou DRvvvvvv) est une chaîne de 8 caractères, où vvvvvv est représenté pour ce Cahier des Charges SESAM-Vitale par **140800**; La valeur **140800** est fournie par les API SSV en sortie de la fonction Formater Lot dans le champ 7 du groupe 13 pour un fichier de FSE et dans le champ 7 du groupe 93 pour un fichier de DRE.
  - « exercice »[17] contient le numéro émetteur correspondant au fichier transmis (cf. annexe 1 - fonction "Mise en forme en-tête et fin de fichier) ;
  - « compostage » est un champ obligatoire qui permet d'identifier de manière unique chaque message SMTP pour un émetteur donné (format fixe "AAAAMMJJHHMMSSxxxxx" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2), compteur (5)[18] ;
  - « nnnnn » est le nombre de FSE (ou de DRE) contenues dans le fichier inclus dans le message SMTP (chaîne de caractères numériques, format fixe aligné à droite ; par exemple : "00025") ;
  - le délimiteur entre chaque champ est le caractère "/" ;
- le champ relatif au type du contenu ("Content-Type") contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "Application/EDI-consent" ;
- le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "FSE/B2" pour les flux de FSE ou DRE/DR pour les flux de DRE ;

[14] Il est recommandé au progiciel du Professionnel de Santé de récupérer le couple XXYYY dans une donnée qui les contient déjà (ex : champ "numéro destinataire" de la fonction "Mise en forme en-tête et fin de fichier - cf. annexe 1-A).

[15] En cas de dysfonctionnement lors de l'échange des messages SMTP, ce champ peut servir à l'opérateur de messagerie et au Professionnel de Santé à retrouver les messages égarés ou sources de problèmes (traçabilité). Il est donc recommandé au progiciel du Professionnel de Santé de le conserver et d'en permettre une restitution facile à l'utilisateur.

[16] Le contenu de cette référence est susceptible d'évoluer en fonction des nouvelles versions de Cahier des Charges SESAM-Vitale.

[17] Lorsque cette fonction existe, ce champ peut être utilisé pour le retrait sélectif des messages dans une boîte aux lettres.

[18] En cas de retransmission du même fichier, le champ compostage doit être différent du message SMTP précédent.

- Un avis de non-remise du message SMTP est systématiquement demandé au réseau de messagerie (RFC 1891, 1893 et 1894).[19]

7.1.3 Structures du message SMTP MIME

La structure du message SMTP doit être conforme aux formats SMTP et MIME. Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

[19] Etant donné que le couple "Sujet du message" et "Champ expéditeur" identifie un message de façon unique sur le réseau, il est recommandé que les progiciels des Professionnels de Santé utilisent la valeur de l'attribut "Subject" pour l'attribut "ENVID".

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*adresse émetteur du PS*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*adresse destinataire AMO ou AMC*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	• **SVvvvxxx/exercice/compostage/nnnnn pour les flux de FSE** • **DRvvvxxx/exercice/compostage/nnnnn pour les flux de DRE**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	**multipart/mixed;boundary=**délimiteur	
LIGNE VIDE			O			

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
	[En-têtes]	Type de contenu	O	**Content-Type:**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding:**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Description du contenu	O	**Content-Description:**	*nature/norme*	*nature* : • **FSE** : *nature* = **FSE** • **DRE** : *nature* = **DRE** *norme* : • **FSE** : *norme* = **B2** • **DRE** : *norme*= **DR**
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
	Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	**`Date:`**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**`From:`**	*adresse émetteur du PS*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**`To:`**	*adresse destinataire OCT*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**`Message ID`**		
		Objet du message	O	**`Subject:`**	• **`SVvvvxxx/exercice/compostage/nnnnn pour les flux de FSE`** • **`DRvvvxxx/exercice/compostage/nnnnn pour les flux de DRE`**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**`Mime-Version:`**	***version***	*version* = **`1.0`**
		Type du contenu	O	**`Content-Type:`**	*Type*/*Sous-type*;*paramètre*	*Type* = **`Application`** *Sous-type* = **`EDI-consent`**
		Encodage du contenu	O	**`Content-Transfer-Encoding:`**	*Encodage*	*Encodage* = **`BASE64`**
		Description du contenu	O	**`Content-Description:`**	*nature*/*norme*	*nature* : • **`FSE`** : *nature* = **`FSE`** • **`DRE`** : *nature* = **`DRE`** *norme* : • **`FSE`** : *norme* = **`B2`** • **`DRE`** : *norme*= **`DR`**
LIGNE VIDE			O			
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		

7.2 Les messages SMTP contenant les ARL

7.2.1 Profil des messages SMTP

Le progiciel du Professionnel de Santé doit également respecter ces formats lors de la procédure d'agrément.

Les règles suivantes spécifiques à SESAM-Vitale s'appliquent à ces messages SMTP :

- un message contient un seul fichier NOEMIE-PS (une seule référence 930) comprenant un ou plusieurs Accusés de Réception Logique ;
- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse de l'organisme d'Assurance Maladie émetteur du message SMTP ;
- le champ destinataire ("To") contient l'adresse du Professionnel de Santé récepteur du message SMTP ; l'adresse du Professionnel de Santé destinataire d'un message contenant un flux NOEMIE-PS est identique à l'adresse contenue dans le champ expéditeur du message contenant le fichier traité, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
- le champ relatif à l'identifiant original (« in-reply-to »), s'il est renseigné, contient la valeur du champ sujet (« subject ») du message SMTP correspondant contenant le fichier, initialement émis par le Professionnel de Santé et éventuellement d'autres caractères. Il convient donc de rechercher la valeur du champ « subject » sans se limiter à une simple comparaison de leurs valeurs. Dans ce cas, un message SMTP contenant des ARL ne se rapporte qu'à un seul message SMTP contenant un fichier.
- le champ relatif au sujet du message SMTP ("Subject") contient la référence "SV/exercice/compostage" pour les flux émis par les AMO (ou DR/exercice/compostage pour les flux émis par les AMC) où le champ exercice est identique à celui contenu dans le message correspondant au fichier, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
- le champ relatif au type du contenu ("Content-Type") contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "Application/EDI-consent" ;
- le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est :
  - "ARL/NOEMIE" pour les flux non compressés émis par les AMO ;
  - ARLDRE/NOEMIE pour les flux non compressés émis par les AMC ;
  - "ARL/NOEMIE/**Z**" pour les flux compressés émis par les AMO ;
  - ARLDRE/NOEMIE/**Z** pour les flux compressés émis par les AMC ;

Il est recommandé que le progiciel du Professionnel de Santé contrôle tous les messages contenant des ARL afin de détecter tout doublon éventuel de messages SMTP.

7.2.2 Structure du message SMTP

Les messages SMTP transmis au Professionnel de Santé respectent les formats SMTP et MIME.

Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*adresse émetteur AM*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*adresse destinataire PS*	
	Champ référence	Identifiant du message initial	O	**In-reply-to**	**Champ subject initial**	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	**SV/exercice/compostage pour les flux émis par les AMO** **DR/exercice/compostage pour les flux émis par les AMC**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	**multipart/mixed;boundary=**délimiteur	
LIGNE VIDE			O			

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
	[En-têtes]	Type de contenu	O	**Content-Type:**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding:**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Description du contenu	O	**Content-Description:**	*nature/norme (fichier non compressé)* *nature/norme/Z (fichier compressé)*	*nature* = **ARL ou ARLDRE,** *norme* = **NOEMIE**
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
	Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*adresse émetteur AM*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*adresse destinataire PS*	
	Champ référence	Identifiant du message initial	O	**In-reply-to**	**Champ subject initial**	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	**SV/exercice/compostage pour les flux émis par les AMO** **DR/exercice/compostage pour les flux émis par les AMC**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding:**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Description du contenu	O	**Content-Description:**	*nature/norme (fichier non compressé)* *nature/norme/Z (fichier compressé)*	***nature* = ARL ou ARLDRE,** ***norme* = NOEMIE**

LIGNE VIDE			O		
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHIER	

7.3 Les messages SMTP contenant les flux de Rejet / Signalement / Paiement

7.3.1 Profil des messages SMTP

Le progiciel du Professionnel de Santé doit également respecter ces formats lors de la procédure d'agrément.

Les règles suivantes spécifiques à SESAM-Vitale s'appliquent à ces messages SMTP :

- un message contient un seul fichier NOEMIE-PS de Rejet/Paiement/Signalement (une seule référence hors référence 930) ;
- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse de l'organisme d'Assurance Maladie émetteur du message SMTP ;
- le champ destinataire ("To") contient l'adresse du Professionnel de Santé récepteur du message SMTP ; l'adresse du Professionnel de Santé destinataire d'un message contenant un flux Noémie-PS est identique à l'adresse contenue dans le champ expéditeur du message contenant le fichier traité, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
- le champ relatif au sujet du message SMTP ("Subject") contient la référence "SV/exercice/compostage" pour les flux émis par les AMO (ou DR/exercice/compostage pour les flux émis par les AMC) où le champ exercice est identique à celui contenu dans le message correspondant au fichier initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
- le champ relatif au type du contenu ("Content-Type") contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "Application/EDI-consent" ;
- le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est :
  - "RSP/NOEMIE" pour les flux non compressés émis par les AMO ;
  - "RSPDRE/NOEMIE" pour les flux non compressés émis par les AMC ;
  - "RSP/NOEMIE/**Z**" pour les flux compressés émis par les AMO ;
  - "RSPDRE/NOEMIE/**Z**" pour les flux compressés émis par les AMC.

Il est recommandé que le progiciel du Professionnel de Santé contrôle tous les messages contenant des fichiers "Rejet/Signalement/Paiement" afin de détecter tout doublon éventuel de messages SMTP.

7.3.2 Structure du message SMTP

Les messages SMTP transmis au Professionnel de Santé respectent les formats SMTP et MIME.

Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*adresse émetteur AMO*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*adresse destinataire PS*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	**SV/exercice/compostage pour les flux émis par les AMO** **DR/exercice/compostage pour les flux émis par les AMC**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	**multipart/mixed;boundary=**délimiteur	
LIGNE VIDE			O			

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
	[En-têtes]	Type de contenu	O	**Content-Type:**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding:**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Description du contenu	O	**Content-Description:**	*nature/norme (fichier non compressé)* *nature/norme/Z (fichier compressé)*	*nature* = **RSP ou RSPDRE** *norme* = **NOEMIE**
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
	Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*adresse émetteur AMO*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*adresse destinataire PS*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	**SV/exercice/compostage pour les flux émis par les AMO** **DR/exercice/compostage pour les flux émis par les AMC**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding:**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Description du contenu	O	**Content-Description:**	*nature/norme (fichier non compressé)* *nature/norme/Z (fichier compressé)*	***nature*** **= RSP ou RSPDRE** ***norme*** **= NOEMIE**
LIGNE VIDE			O			
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		

7.4 Les messages SMTP contenant les rapports de réclamation

7.4.1 Profil des messages SMTP

Les messages SMTP transmis par le Professionnel de Santé doivent respecter le format MIME.

Le progiciel du Professionnel de Santé doit également respecter ces formats lors de la procédure d'agrément.

Les règles suivantes spécifiques à SESAM-Vitale s'appliquent à ces messages SMTP :

- un message SMTP contient un seul fichier de rapport de réclamation ;
- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse du Professionnel de Santé émetteur du message SMTP pour les rapports de réclamation,
- le champ destinataire ("To") contient l'adresse de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI, récepteur du message SMTP : "cesi.rXX@cesi.rss.fr", où XX est égal au code région du lieu d'exercice du PS. Exemple : "cesi.r01@cesi.rss.fr". Les codes régions sont définis dans le Code Officiel Géographique de l'INSEE 2016. Pour les flux de test, l'adresse est la suivante : "cesi.test@cesi.rss.fr".
- le champ relatif au sujet[20] du message SMTP ("Subject") contient la référence "RRvvvvvv[21] /exercice/compostage" où :
  - RRvvvvvv est une chaîne de 8 caractères, où **vvvvvv** est représenté pour ce Cahier des Charges SESAM-Vitale par **140800** ; La valeur **140800** est fournie par les API SSV en sortie de la fonction Formater Lot dans le champ 7 du groupe 13 pour un fichier de FSE et dans le champ 7 du groupe 93 pour un fichier de DRE.
  - « exercice »[22] contient le Numéro de facturation du Professionnel de Santé ;
  - « compostage » est un champ obligatoire qui permet d'identifier de manière unique chaque message SMTP pour un émetteur donné (format fixe "AAAAMMJJHHMMSSxxxxx" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2), compteur (5)[23] ;
  - le délimiteur entre chaque champ est le caractère "/" ;
- le champ relatif au type du contenu ("Content-Type") contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "Application/EDI-consent" ;
- le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est " CESI/XML/ZK" ;

[20] En cas de dysfonctionnement lors de l'échange des messages SMTP, ce champ peut servir à l'opérateur du RSS et au Professionnel de Santé à retrouver les messages égarés ou sources de problèmes (traçabilité). Il est donc recommandé au progiciel du Professionnel de Santé de le conserver et d'en permettre une restitution facile à l'utilisateur.

[21] Le contenu de cette référence est susceptible d'évoluer en fonction des nouvelles versions de Cahier des Charges SESAM-Vitale.

[22] Lorsque cette fonction existe, ce champ peut être utilisé pour le retrait sélectif des messages dans une boite aux lettres.

[23] En cas de retransmission du même fichier, le champ compostage doit être différent du message SMTP précédent.

- Un avis de non-remise du message SMTP est systématiquement demandé au réseau de messagerie (RFC 1891, 1893 et 1894).[24]

[24] Etant donné que le couple "Sujet du message" et "Champ expéditeur" identifie un message de façon unique sur le réseau, il est recommandé que les progiciels des Professionnels de Santé utilisent la valeur de l'attribut "Subject" pour l'attribut "ENVID".

7.4.2 Structures du message SMTP MIME

La structure du message SMTP doit être conforme aux formats SMTP et MIME. Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*Adresse SMTP du PS pour la gestion des rapports de réclamation*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*Adresse destinataire*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	**RRvvvvvv/exercice/compostage**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	**multipart/mixed;boundary=**délimiteur	
LIGNE VIDE			O			

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
	[En-têtes]	Type de contenu	O	**Content-Type:**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding:**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Description du contenu	O	**Content-Description:**	*nature/norme*	*nature* : • **CESI** *norme* : • **XML** *compression / chiffrement* : • ZK
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
	Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	**`Date:`**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**`From:`**	*Adresse SMTP du PS pour la gestion des rapports de réclamation*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**`To:`**	*Adresse destinataire*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**`Message ID`**		
		Objet du message	O	**`Subject:`**	**`RRvvvvvv/exercice/compostage`**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**`Mime-Version:`**	***version***	*version* = **`1.0`**
		Type du contenu	O	**`Content-Type:`**	*Type*/*Sous-type*;*paramètre*	*Type* = **`Application`** *Sous-type* = **`EDI-consent`**
		Encodage du contenu	O	**`Content-Transfer-Encoding:`**	*Encodage*	*Encodage* = **`BASE64`**
		Description du contenu	O	**`Content-Description:`**	*nature*/*norme*	*nature* : • **`CESI`** *norme* : • **`XML`** *compression / chiffrement* : • ZK
LIGNE VIDE			O			
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		

7.5 Les messages SMTP d'accusé de réception des rapports de réclamation

7.5.1 Profil des messages SMTP

Les règles suivantes spécifiques à SESAM-Vitale s'appliquent à ces messages SMTP :

- un message ne contient aucune pièce jointe ;
- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse de l'infrastructure d'accueil[25] émetteur du message SMTP ;
- le champ destinataire ("To") contient l'adresse du Professionnel de Santé récepteur du message SMTP ; cette adresse est identique à l'adresse contenue dans le champ expéditeur du message contenant le rapport de réclamation traité, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
- le champ relatif à l'identifiant original (« in-reply-to »), contient la valeur du champ sujet (« subject ») du message SMTP correspondant contenant le rapport de réclamation, initialement émis par le Professionnel de Santé.
- le champ relatif au sujet du message SMTP ("Subject") contient la référence "RR/exercice/compostage" où
  - le champ exercice est identique à celui contenu dans le message correspondant au fichier, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
  - le champ compostage contient la date et l'heure de création du message de retour au format "AAAAMMJJHHMMSSxxxxx" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2), compteur (5) ;
- le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "ARLRR".

[25] des rapports de réclamation à destination du CESI.

7.5.2 Structures du message SMTP MIME

Les messages SMTP transmis au Professionnel de Santé respectent les formats SMTP et MIME.

Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	**`Date:`**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**`From:`**	*Adresse de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**`To:`**	*Adresse destinataire PS*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**`Message ID`**		
		Objet du message	O	**`Subject:`**	**`RRvvvvvv/exercice/compostage`**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**`Mime-Version:`**	***version***	*version* = **`1.0`**
		Type du contenu	O	**`Content-Type:`**	**`multipart/mixed;boundary=`**délimiteur	
LIGNE VIDE			O			

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
	[En-têtes]	Type de contenu	O	**`Content-Type:`**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **`Application`** *Sous-type* = **`EDI-consent`**
		Encodage du contenu	O	**`Content-Transfer-Encoding:`**	*Encodage*	*Encodage* = **`BASE64`**
		Description du contenu	O	**`Content-Description:`**	*nature*	*ARLRR*
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
	Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	**`Date:`**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**`From:`**	*Adresse de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**`To:`**	*Adresse destinataire PS*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**`Message ID`**		
		Objet du message	O	**`Subject:`**	**`RRvvvvvv/exercice/compostage`**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**`Mime-Version:`**	***version***	*version* = **`1.0`**
		Type du contenu	O	**`Content-Type:`**	*Type*/*Sous-type*;*paramètre*	*Type* = **`Application`** *Sous-type* = **`EDI-consent`**
		Encodage du contenu	O	**`Content-Transfer-Encoding:`**	*Encodage*	*Encodage* = **`BASE64`**
		Description du contenu	O	**`Content-Description:`**	*nature*	*ARLRR*
LIGNE VIDE			O			
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		

8 Profil des messages test SMTP

Les progiciels des Professionnels de Santé devront obligatoirement être capables de générer des flux de tests ayant les caractéristiques définies ci-dessous.

Ce mode test correspond à l'élaboration de factures électroniques à partir de support Vitale et CPS de test.

Les profils des messages test se différencient des profils des messages réels par le contenu du champ "Content-Description".

Le progiciel de santé détermine que le flux à transmettre est de test à l'aide des données restituées par les Services SESAM-Vitale lors de la constitution des lots qui seront intégrés dans le fichier joint au message à transmettre. La donnée Type de flux en sortie de la fonction Formater Lot est restituée avec la même valeur pour tous les lots du fichier à transmettre. Lorsque cette valeur est 'T', le fichier à transmettre est un flux de test (cf. annexe 1-A, § 4.1).

Les messages SMTP dits de « test » différent des flux dits « réels » par le contenu du champ "Content-Description" qui contient la nature et la norme de l'objet transporté selon les règles suivantes :

- Pour les flux à destination ou émis par les organismes d'assurances maladies obligatoires :

Type de message SMTP de test	Champ « Content-Description »	
	Pas de compression	Compression
Message SMTP de test contenant un fichier de lots de FSE	"FSETEST/B2**/K** " ;	"FSETEST/B2/**ZK**" ;
Message SMTP de test contenant les flux ARL	"ARLTEST/NOEMIE"	"ARLTEST/NOEMIE/**Z**"
Message SMTP de test contenant les flux R/S/P	"RSPTEST/NOEMIE"	"RSPTEST/NOEMIE/**Z**"

- Pour les flux à destination des organismes d'assurances maladies complémentaires :

Type de message SMTP de test	Champ « Content-Description »	
	Pas de compression	Compression
Message SMTP de test contenant un fichier de lots des DRE	"DRETEST/DR**/K** " ;	"DRETEST/DR/**ZK**" ;
Message SMTP de test contenant les flux ARL	"ARLDRETEST/NOEMIE"	"ARLDRETEST/NOEMIE/**Z**"
Message SMTP de test contenant les flux R/S/P	"RSPDRETEST/NOEMIE"	"RSPDRETEST/NOEMIE/**Z**"

- Pour les flux à destination du CESI :

Type de message SMTP de test	Champ « Content-Description »
Message SMTP de test contenant un fichier de rapport de réclamation	CESITEST/XML/ZK

Type de message SMTP de test	Champ « Content-Description »
Message SMTP de test contenant les flux d'accusé de réception des rapports de réclamation	ARLRRTEST

9 Profil des messages de démonstration SMTP

Les progiciels des Professionnels de Santé devront obligatoirement être capables de générer des flux de démonstration ayant les caractéristiques définies ci-dessous.

Lors de l'utilisation d'un support Vitale de démonstration avec une CPS réelle, le progiciel du Professionnel de Santé doit reconnaître le support Vitale de démonstration sur la base des informations « code régime » et « code caisse » (01 et 999) et doit afficher au Professionnel de Santé qu'il est en train d'effectuer un flux de démonstration.

Les profils des messages utilisés dans le cadre de démonstration se différencient des profils des messages réels par le contenu du champ "Content-Description".

Le progiciel de santé détermine que le flux à transmettre est de démonstration à l'aide des données restituées par les Services SESAM-Vitale lors de la constitution des lots qui seront intégrés dans le fichier joint au message à transmettre. La donnée Type de flux en sortie de la fonction Formater Lot est restituée avec la même valeur pour tous les lots du fichier à transmettre. Lorsque cette valeur est 'D', le fichier à transmettre est un flux de démonstration (cf. annexe 1-A, § 4.1).

Les messages SMTP dits de « démonstration » diffèrent des flux dits « réels » par le contenu du champ "Content-Description" qui contient la nature et la norme de l'objet transporté selon les règles suivantes :

- Pour les flux à destination ou émis par les organismes d'assurances maladies obligatoires :

Type de message SMTP de démonstration	Champ « Content-Description »	
	Pas de compression	Compression
Message SMTP de démonstration contenant un fichier de FSE	"FSEDEMO/B2**/K** " ;	"FSEDEMO/B2/**ZK**" ;
Message SMTP de démonstration contenant les flux ARL	"ARLDEMO/NOEMIE"	"ARLDEMO/NOEMIE/**Z**"

- Pour les flux à destination ou émis par les organismes d'assurances maladies complémentaires :

Type de message SMTP de démonstration	Champ « Content-Description »	
	Pas de compression	Compression
Message SMTP de démonstration contenant un fichier de DRE	"DREDEMO/DR**/K** " ;	"DREDEMO/DR/**ZK**" ;
Message SMTP de démonstration contenant les flux ARL	"ARLDREDEMO/NOEMIE"	"ARLDREDEMO/NOEMIE/**Z**"

10 Profil des messages de service SMTP du réseau

Les règles définies ci-dessous ne s'appliquent que pour les messages en provenance de l'opérateur du réseau de messagerie.

10.1 Les messages SMTP indiquant un AR_P

Le message de service dit « AR_P » sera émis par l'opérateur de messagerie sur demande de l'assurance maladie lors d'une indisponibilité temporaire des serveurs de l'assurance maladie (cas de blocages exceptionnels).

Les messages SMTP respectent les formats SMTP et MIME.

10.1.1 Profil des messages SMTP

- Il y a autant de messages SMTP que de fichiers générés
- Le champ expéditeur ("FROM") contient l'adresse du système de messagerie émetteur ;
- Le champ destinataire ("TO") contient l'adresse du Professionnel de Santé (ou de l'OCT) à l'origine du flux sauvegardé. (champ from du message d'origine)
- Le champ sujet ("subject ") contient la référence "AR_P/XX/DDDDDDDDDDDDDDDDDDDDD"

  Où

  - AR_P : est une chaîne constante
  - XX : contient la valeur **SV** dans le cas d'un message initial de FSE et **DR** dans le cas d'un message initial de DRE (premier sous champ du subject d'origine)
  - DDDDDD : est une chaîne, de longueur variable, contient l'adresse du destinataire du message d'origine (organisme AMO ou AMC).
- Le champ ("In-Reply-To ") contient le champ subject du message d'origine et éventuellement d'autres caractères. Il convient donc de rechercher la valeur du champ « subject » sans se limiter à une simple comparaison de leurs valeurs.
- Le champ relatif au type de contenu ("Content-Type") contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est ("Application/EDI-consent").
- Le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est :

SERVICE/AR_PROVISOIRE

10.1.2 Structure des messages SMTP

Les messages SMTP transmis au Professionnel de santé respectent les formats SMTP et MIME.

Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP (single part)

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*adresse émetteur*	adresse du système de messagerie
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*adresse destinataire*	Adresse PS OCT
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	AR_P/XX/DDD(n)	cf description ci-dessus
		Référence du message d'origine	O	**In-Reply-To**		Champ subject du message d'origine
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	***Type/sous-Type***	Application/EDI-consent
		Encodage du contenu	O	Content-Transfer-Encoding:	*Encodage*	*Encodage* = BASE64
		Description du contenu	O	**Content-Description:**	*nature/norme*	*nature* = **SERVICE** *norme* = AR_PROVISOIRE
Ligne vide			O			

11 Profil des messages de service SMTP de l'Assurance Maladie

Le progiciel du Professionnel de Santé doit également respecter ces formats lors de la procédure d'agrément.

Un message de service sera envoyé par les régimes d'Assurance Maladie, si dans le champ 'sujet' du message allé, est indiqué la référence « SV***vvvvvv***[26]/.. » pour les flux à destination des AMO ou « DR***vvvvvv***[27]/.. » pour les flux à destination des AMC. La valeur de la référence **vvvvvv** est fournie par les API SSV en sortie de la fonction « Formater_Lot » dans le champ 7 du groupe 13 pour un fichier de FSE et dans le champ 7 du groupe 93 pour un fichier de DRE.

Un fichier trace[28] détaillant le motif du rejet est systématiquement joint aux messages de service. Ce fichier peut permettre aux éditeurs de progiciel de santé d'analyser l'incident avec l'aide du support technique du GIE SESAM-Vitale.

11.1 Les messages SMTP indiquant une anomalie de structure SMTP

11.1.1 Profil des messages SMTP

Les règles suivantes spécifiques à SESAM-Vitale s'appliquent à ces messages SMTP :

- le message contient une pièce jointe (Fiche détaillée de l'incident) ;
- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse de l'organisme d'Assurance Maladie émetteur du message SMTP ;
- le champ destinataire ("To") contient l'adresse du Professionnel de santé récepteur du message SMTP ; l'adresse du Professionnel de santé destinataire d'un message signalant une anomalie SMTP est identique à l'adresse contenue dans le champ expéditeur du message initialement transmis par ce même Professionnel de santé ;
- le champ relatif au sujet du message ("Subject") contient la référence "SV/exercice[29]/compostage/**code rejet**" pour les flux émit par les AMO et DR/exercice[30]/compostage/**code rejet**" pour les flux émit par les AMC ;
- le champ relatif à l'identifiant original ("In-Reply-To") contient le champ sujet du message initialement transmis par le Professionnel de Santé et éventuellement d'autres caractères. Il convient donc de rechercher la valeur du champ « subject » sans se limiter à une simple comparaison de leurs valeurs ;
- le champ relatif au type du contenu ("Content-Type") contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "Application/EDI-consent" ;

[26] Le contenu de cette référence est susceptible d'évoluer en fonction des nouvelles versions de Cahier des Charges SESAM-Vitale.

[27] Le contenu de cette référence est susceptible d'évoluer en fonction des nouvelles versions de Cahier des Charges SESAM-Vitale.

[28] Le descriptif complet de ce fichier trace est inclus dans la documentation des Fournitures SESAM-Vitale.

[29] Si ce champ est renseigné dans le message aller correspondant.

[30] Si ce champ est renseigné dans le message aller correspondant.

- le champ relatif à la description du contenu (« Content-Description ») contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est « SERVICE/REJET_SMTP ».

11.1.2 Liste des codes rejets générés par les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire et complémentaire[31]

Code Rejet	Libellés
1010	*Le fichier pièce jointe déclaré n'existe pas*
1020	*Pas de pièce jointe*
1030	*Plus d'une pièce jointe*
1031	*Mauvais format de compression pour la pièce jointe*
1032	*Chiffrement PJ : Content-Description indiquant un flux chiffré qui ne l'est pas*
1040	*Content- Type différent de "APPLICATION/EDI-consent"*
1050	*Content- Description inconnu ou non autorisé*
1060	*Sujet non conforme*
1061	*1er sous-champ inconnu ou non autorisé*
1062	*2 ième sous-champ du sujet absent ou de longueur différente de 14 caractères*
1063	*3 ème sous-champ du sujet absent ou de longueur différente de 19 caractères*
1064	*Date et heure compostage non valides*
1065	*4 ième sous-champ du sujet absent ou de longueur différente de 5 caractères*
1066	*4 ième sous-champ non numérique ou incohérent*
1070	*Sujet identique (message déjà transmis)*
9999	*autre erreur*

11.1.3 Structure du message SMTP

Les messages SMTP transmis au Professionnel de Santé respectent les formats SMTP et MIME.

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

[31] La liste des erreurs est non exhaustive.

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*adresse émetteur AMO*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*adresse destinataire PS*	
	Champ référence	Identifiant du message initial	O	**In-Reply-To**	Champ *subject initial*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	**SV/exercice/compostage/code rejet pour les flux émis par les AMO** **DR/exercice/compostage/code rejet pour les flux émis par les AMC**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	**multipart/mixed;boundary=**délimiteur	
LIGNE VIDE			O			

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
	[En-têtes]	Type de contenu	O	**Content-Type:**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding:**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Description du contenu	O	**Content-Description:**	*nature/norme*	*nature* = **SERVICE** *norme* = **REJET_SMTP**
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
	Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*adresse émetteur AMO*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*adresse destinataire PS*	
	Champ référence	Identifiant du message initial	O	**In-Reply-To**	Champ *subject initial*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	**SV/exercice/compostage/code rejet pour les flux émis par les AMO** **DR/exercice/compostage/code rejet pour les flux émis par les AMC**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**

		Encodage du contenu	O	**`Content-Transfer-Encoding:`**	*Encodage*	*Encodage* = **`BASE64`**
		Description du contenu	O	**`Content-Description:`**	*nature/norme*	*nature* = **`SERVICE`** *norme* = **`REJET_SMTP`**
LIGNE VIDE			O			
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		

11.2 Les messages SMTP indiquant un fichier rejeté

11.2.1 Profil des messages SMTP

Les règles suivantes spécifiques à SESAM-Vitale s'appliquent à ces messages SMTP :

- le message contient une pièce jointe (Fiche détaillé de l'incident) ;
- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse de l'organisme d'Assurance Maladie émetteur du message SMTP ;
- le champ destinataire ("To") contient l'adresse du Professionnel de santé récepteur du message SMTP ; l'adresse du Professionnel de santé destinataire d'un message contenant un fichier rejeté est identique à l'adresse contenue dans le champ expéditeur du message contenant le fichier traité, initialement transmis par ce même Professionnel de santé ;
- le champ relatif au sujet du message ("Subject") contient la référence "SV/exercice/compostage/**code rejet**" pour les flux émit par les AMO et DR/exercice/compostage/**code rejet**" pour les flux émit par les AMC ;
- le champ relatif au type du contenu ("Content-Type") contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "Application/EDI-consent" ;
- le champ relatif à l'identifiant original ("In-Reply-To") contient le champ sujet du message initialement transmis par le Professionnel de Santé et éventuellement d'autres caractères. Il convient donc de rechercher la valeur du champ « subject » sans se limiter à une simple comparaison de leurs valeurs ;
- le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "SERVICE/REJET_FICHIER".

11.2.2 Liste des codes rejets générés par les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire et complémentaire[32]

Code Rejet	Libellés
2010	*incohérence du marquage des flux*
2011	*flux réel contenant un numéro de facturation de test*
2012	*Marquage du type de facture et/ou du type de lot erroné*
2020	*marquage des flux incorrect*
2030	*erreur de séquencement dans les types B2*
2040	*Incohérence sur le numéro AMC*
2110	*T000 : type émetteur différent de TP,TE, SI ou OT*
2111	*T000 : numéro d'émetteur non numérique*
2112	*T000 : numéro d'émetteur différent du champ exercice*
2113	*T000 : type+numéro de destinataire inconnu pour ce frontal*

[32] La liste des erreurs est non exhaustive.

Code Rejet	Libellés
2114	*Pour FSE : T000 : application différente de TR et TO* *Pour DRE : T000 : application différente de 98 et 99*
2115	*T000 : identification du fichier non renseignée*
2116	*T000 : date de création du fichier pas au format date*
2117	*T000 : norme différente de IF, MK, OO, OY, PE, TA, LB, PH, FR, ER, CP, CS ou CT*
2118	*Pour FSE : T000 : version norme différente de B2* *Pour DRE : T000 : version norme différente de DR*
2119	*T000 : compactage différent de 0 et espace*
2120	*T000 : cryptage différent de 0 ,1 ou 1 espace*
2121	*T000 : champ longueur différent de 128*
2122	*T000 : numéro de destinataire non numérique*
2123	*T000 : Zone Mise en Œuvre Sécurité différent de 3 espaces*
2124	*T000 : incohérence de l'adresse destinataire avec le numéro destinataire renseigné dans le fichier B2*
2210	*T999 : type émetteur différent du type 000*
2211	*T999 : numéro émetteur différent du type 000*
2212	*T999 : type destinataire différent du type 000*
2213	*T999 : numéro destinataire différent du type 000*
2214	*T999 : application différente de celle du type 000*
2215	*T999 : identification du fichier différente de celle du type 000*
2216	*T999 : nombre d'enregistrements incorrect*
2217	*T999 : nombre de lots incorrect*
2218	*T999 : nombre d'enregistrement non numérique*
2219	*T999 : nombre de lots non numérique*
2300	*Pour la FSE : nombre de FSE incorrect par rapport au sous champ du sujet du message SMTP* *Pour la DRE : nombre de DRE incorrect par rapport au sous champ sujet du message SMTP*
3004	*date de création du lot non conforme*
9999	*autre erreur*

11.2.3 Structure du message SMTP

Les messages SMTP transmis au Professionnel de Santé respectent les formats SMTP et MIME.

Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*adresse émetteur AMO*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*adresse destinataire PS*	
	Champ référence	Identifiant du message initial	O	**In-Reply-To**	Champ *subject initial*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	**SV/exercice/compostage/code rejet pour les flux émis par les AMO** **DR/exercice/compostage/code rejet pour les flux émis par les AMC**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	**multipart/mixed;boundary=**délimiteur	
LIGNE VIDE			O			

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
	[En-têtes]	Type de contenu	O	**Content-Type:**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding:**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Description du contenu	O	**Content-Description:**	*nature/norme*	*nature* = **SERVICE** *norme* = **REJET_FICHIER**
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
	Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*adresse émetteur AMO*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*adresse destinataire PS*	
	Champ référence	Identifiant du message initial	O	**In-Reply-To**	Champ *subject initial*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	**SV/exercice/compostage/code rejet pour les flux émis par les AMO** **DR/exercice/compostage/code rejet pour les flux émis par les AMC**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**

		Encodage du contenu	O	**`Content-Transfer-Encoding:`**	*Encodage*	*Encodage* = **`BASE64`**
		Description du contenu	O	**`Content-Description:`**	*nature*/*norme*	*nature* = **`SERVICE`** *norme* = **`REJET_FICHIER`**
LIGNE VIDE			O			
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		

11.3 Les messages SMTP indiquant une erreur de chiffrement

11.3.1 Profil des messages SMTP

Les règles suivantes s'appliquent à ces messages SMTP :

- le message contient une pièce jointe (Fiche détaillée de l'incident) ;
- le champ expéditeur (« *From* ») contient l'adresse de l'organisme d'assurance maladie émettrice du message SMTP ;
- le champ destinataire (« *To* ») contient l'adresse Professionnel de Santé destinataire du message SMTP ; l'adresse du destinataire d'un message signalant une erreur de chiffrement est identique à l'adresse contenue dans le champ expéditeur du message initialement transmis par ce Professionnel de Santé ;
- le champ relatif au sujet du message (« *Subject* ») contient la référence « SV/exercice[33]/compostage/code rejet » pour les flux émit par les AMO et DR/exercice/compostage/code rejet " pour les flux émit par les AMC ;
- le champ relatif à l'identifiant original (« *In-Reply-To* ») contient le champ sujet du message initialement transmis par le Professionnel de Santé et éventuellement d'autres caractères. Il convient donc de rechercher la valeur du champ « subject » sans se limiter à une simple comparaison de leurs valeurs ;
- le champ relatif au type du contenu (« *Content-Type* ») contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est « Application/EDI-consent ».
- le champ relatif à la description du contenu (« Content-Description ») contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est « SERVICE/REJET_FICHIER ».

11.3.2 Liste des codes rejets générés par les organismes d'Assurance Maladie[34]

Code Rejet	Libellés
4005	*Pièce jointe chiffrée en erreur*
4015	*Pièce jointe chiffrée warning*
4025	*Pièce jointe non chiffrée*

Remarques importantes :

Le message 4005 indique la raison pour laquelle le flux n'a pas été déchiffré, le flux est donc rejeté.

Le système d'accueil des flux de l'organisme d'assurance maladie n'arrive pas à déchiffrer le flux : en particulier, le certificat peut être révoqué au niveau du frontal de l'AM.

[33] Si ce champ est renseigné dans le message aller correspondant.

[34] La liste des erreurs est non exhaustive.

=> Le Professionnel de Santé doit réémettre le flux à l'identique en utilisant le bon certificat.

Le message 4015 indique que le flux a été déchiffré mais qu'il existe un certificat plus récent.

Le système d'accueil des flux de l'organisme d'assurance maladie a déchiffré le flux, mais le certificat est périmé. Ce message de service est un avertissement.

=> Le Professionnel de Santé devra utiliser le nouveau certificat dans ses prochaines télé-transmissions à l'organisme d'assurance maladie.

Le message 4025 indique que le flux reçu n'était pas chiffré alors qu'il devait l'être obligatoirement.

=> Le Professionnel de Santé doit réémettre le flux à l'identique en chiffrant la pièce jointe.

Avant toute intégration d'un nouveau certificat dans l'annuaire local, il convient de vérifier la validité du certificat (cf. §6.2.3), notamment en cas de changement d'autorité de certification, la nouvelle autorité devra être installée sur le poste (cf. §6.3.1) en préalable à toute intégration d'un nouveau certificat issu de cette autorité.

11.3.3 Structure du message SMTP

Les messages SMTP transmis au Professionnel de Santé respectent les formats SMTP et MIME.

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date :**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From :**	*adresse émetteur caisse gestionnaire*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To :**	*adresse destinataire Professionnel de Santé*	
	Champ référence	Identifiant du message initial	O	**In-Reply-To**	*champ subject initial*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject :**	**SV/exercice/compostage/code rejet ou DR/exercice/compostage/code rejet**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version :**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type :**	**multipart/mixed ;boundary=**délimiteur	
LIGNE VIDE			O			

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
	[En-têtes]	Type de contenu	O	**Content-Type :**	*Type/Sous-type ;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding :**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Disposition du contenu	O	**Content-Disposition:**		*nature* = **SERVICE** *norme* = **REJET_FICHIER**
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
	Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date :**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From :**	*adresse émetteur caisse gestionnaire*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To :**	*adresse destinataire Professionnel de Santé*	
	Champ référence	Identifiant du message initial	O	**In-Reply-To**	*champ subject initial*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject :**	SV/exercice/compostage/code rejet Ou DR/exercice/compostage/code rejet	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version :**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type :**	*Type/Sous-type ;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding :**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Disposition du contenu	O	**Content-Disposition :**		*nature* = **SERVICE**

					norme = **REJET_FICHIER**
LIGNE VIDE			O		
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHIER	

11.4 Description et format de la pièce jointe dans le cas d'anomalie de structure SMTP, de fichier rejeté ou d'erreur de chiffrement

11.4.1 Description du contenu du fichier joint

Ce fichier est au format ASCII, et comporte plusieurs rubriques, chacune de ces rubriques étant délimitée par un en-tête entre crochets.

Chacun des éléments d'une rubrique est composé d'une ligne constituée de 3 champs :

- Nom de l'élément.
- Séparateur : le signe égal =
- Le contenu proprement dit de l'élément.

Selon la cause du rejet, tous les champs ne sont pas renseignés. Dans ce cas, les champs vides sont absents du fichier de diagnostic du rejet.

11.4.2 Composition du fichier joint

Le fichier joint est composé des rubriques :

- 1 rubrique Fichier ;
- 1 rubrique Diagnostic.

Rubrique Fichier

Libellé	Signification	Présence pour rejet PS
[FICHIER]		O
DATE_REC	Date de réception	O
HEURE_REC	Heure de réception	O

Rubrique Diagnostic

Libellé	Signification	Présence pour rejet PS
[DIAG]		O
DATE_REJET	Date du rejet	O
HEURE_REJET	Heure du rejet	O
CODE_REJET	Tableau liste des codes rejets	O
LIB_REJET	Tableau liste des codes rejets	O
DESC_CHAMP	Description du champ erroné	O
VAL_CHAMP	Valeur du champ erroné	O
OFFSET	Position du champ erroné	O
TYPE_ENR	Type de l'enregistrement erroné	O

Libellé	Signification	Présence pour rejet PS
MOTIF	Motif de l'erreur : • non numérique • absent • incorrect • non au format • incohérent	O

11.4.3 Exemple de pièce jointe vers le PS

```
[FICHIER]
DATE_REC=10/03/1999
HEURE_REC=15:25:12

[DIAG]
DATE_REJET=10/03/1999
HEURE_REJET=15:25:15
CODE_REJET=2110
LIB_REJET= T000: type émetteur différent de TP,TE,SI,CP ou OT
DESC_CHAMP=TypeEmet.
VAL_CHAMP=RE
OFFSET=1223
TYPE_ENR=000
MOTIF=incorrect
```

12 Profil des messages SMTP concernant les incréments DLOI

Ce chapitre s'adresse aux éditeurs développant des progiciels destinés aux catégories de Professionnels de Santé concernées par la liste d'opposition (cf. chapitre 4.2.6.3. relatif à la liste d'opposition dans ce Cahier des Charges SESAM-Vitale).

Dans le cas ou le Professionnel de santé a recours à un organisme tiers (ex : Organisme Concentrateur Technique), les messages SMTP concernant les incréments dLOI de la liste d'opposition incrémentale seront transmis par cet organisme tiers.

Le Professionnel de Santé recevra le fichier des incréments de la liste d'opposition incrémentale obligatoirement compressé.

12.1 Messages SMTP de demande d'incrément de dLOI

Le progiciel envoie automatiquement et chaque jour une demande d'incrément (dLOI) dans un message SMTP signé.

12.1.1 Profil des messages SMTP

Ces messages SMTP respectent le format MIME et l'extension S/MIME.

Le progiciel doit également respecter ce format lors de la procédure d'agrément.

Les règles suivantes s'appliquent à ces messages SMTP :

- le message contient une seule pièce jointe (la demande de dLOI) ;
- le champ expéditeur (« *From* ») contient l'adresse du Professionnel de Santé émetteur du message SMTP ;
- le champ destinataire (« *To* ») contient l'adresse de l'organisme destinataire du message SMTP (le distributeur d'opposition) ;
- le champ relatif au sujet du message (« *Subject* ») contient : « LOI/compostage »
  - « compostage » est un champ obligatoire qui permet d'identifier de manière unique chaque message SMTP pour un émetteur donné (format fixe "AAAAMMJJHHMMSSxxxxx" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2), compteur (5)[35] ;
- le champ relatif au type du contenu (« *Content-Type* ») contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est « Application/EDI-consent ».
- le champ relatif à l'encodage du contenu (« *Content-Transfer-Encoding* ») contient l'encodage : la valeur de ce champ est « BASE64 » ;
- le champ relatif à la description du contenu (« Content-Description ») contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est « DEMANDE/dLOI ».
  - *Nature : DEMANDE*
  - *Norme : dLOI*

[35] En cas de retransmission du même fichier, le champ compostage doit être différent du message SMTP précédent.

12.1.2 Constitution du message SMTP signé

Il existe deux formats de signature S/MIME.

Suivant les outils de signature utilisés sur le progiciel, l'un ou l'autre de ces formats peut être utilisé. Cf. RFC 2633.

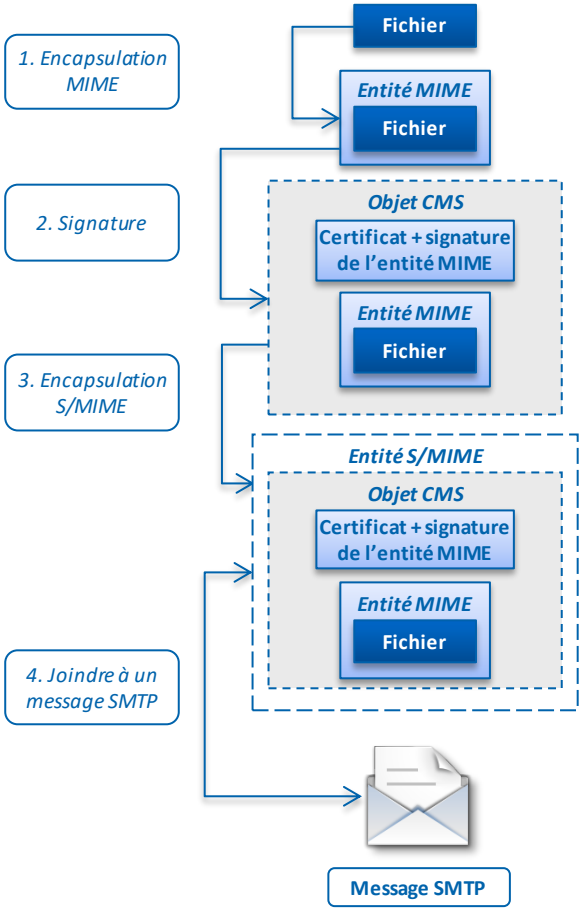
12.1.2.1 Premier format de signature S/MIME

(1) Le fichier de demande dLOI est encapsulé dans une entité MIME.

(2) L'entité MIME est signée conformément à la RFC 2633 suivant le format application/pkcs7-mime with SignedData ; l'entité MIME signée (Algorithme de hachage SHA-1 et Algorithme de signature RSA) ainsi que le certificat de signature X509 sont regroupés dans un objet CMS.

(3) L'objet CMS est encapsulé dans une entité S/MIME ; cette entité S/MIME a une structure « single part ».

(4) L'entité S/MIME est attachée à un message SMTP. **Le message SMTP contient une et une seule entité S/MIME.**



- le champ relatif au type du contenu (« *Content-Type* ») contient le type et le sous-type de l'objet transporté et les paramètres nécessaires ; les valeurs de ce champ sont :
  - *Content-Type* = application/pkcs7-mime
  - *smime-type* = signed-data
  - *name* = smime.p7m
- le champ relatif à l'encodage du contenu (« *Content-Tranfer-Encoding* ») contient l'encodage : la valeur de ce champ est « BASE64 » ;

- le champ relatif à la disposition du contenu (« *Content-Disposition* ») contient :
  - *Content-Disposition* = attachment.
  - *Filename* = smime.p7m

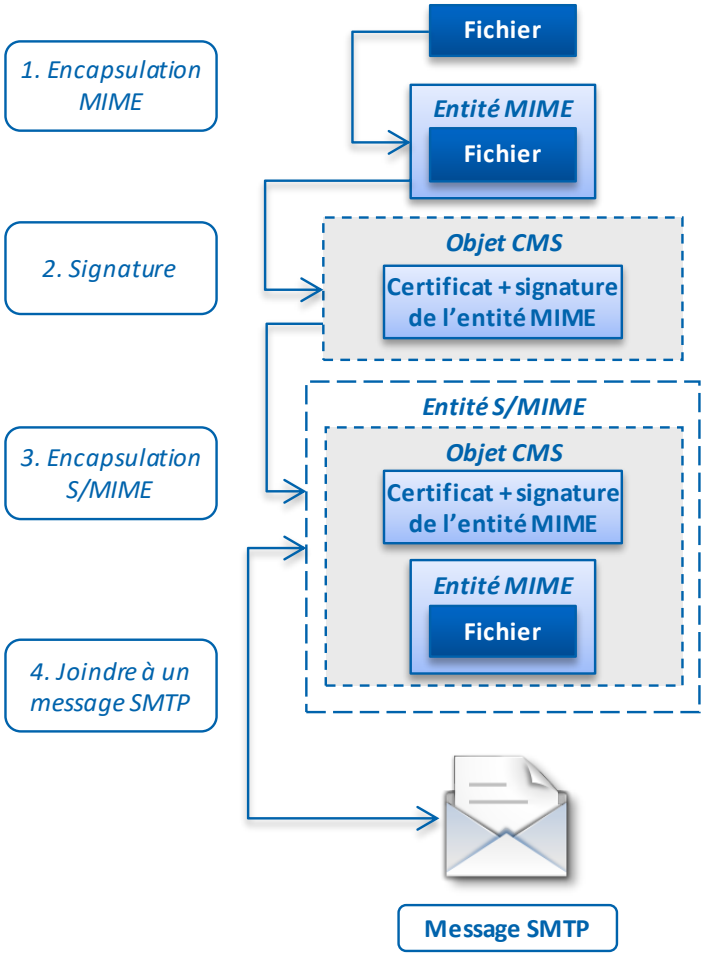
12.1.2.2 Deuxième format de signature S/MIME

(1) Le fichier de demande dLOI est encapsulé dans une entité MIME.

(2) L'entité MIME est signée conformément à la RFC 2633 suivant le format Signing Using the multipart/signed ; la signature (Algorithme de hachage SHA-1 et Algorithme de signature RSA) ainsi que le certificat de signature X509 sont regroupés dans un objet CMS.

(3) L'objet CMS est encapsulé dans une entité S/MIME avec le fichier de demande dLOI au format MIME ; cette entité S/MIME a une structure « multipart ».

(4) L'entité S/MIME est attachée à un message SMTP. **Le message SMTP contient une et une seule entité S/MIME.**



12.1.3 Signature du message

Le progiciel doit signer le message de demande d'incrément à partir de la carte CPS seule du Professionnel de Santé. (seules les cartes CPS sont acceptées).

Pour cela, il est possible d'utiliser des outils OSM homologués par le GIP-CPS ou la librairie crypto (PKCS#11) du GIP CPS associée à une librairie de gestion des formats S/MIME (exemple en Java, librairie « bouncy castle, site web : http://www.bouncycastle.org/).

12.1.4 Structure du message SMTP signé

La structure du message SMTP signée doit être conforme aux formats SMTP et S/MIME. Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Entité MIME contenant le fichier de demande de dLOI

Type de contenu	O	**Content-Type :**	*Type/Sous-type ;paramètre*	*Type* = **text** *Sous-type* = **plain**
Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding :**	*Encodage*	*Encodage* = **7bit**
	O			
Contenu du message	O	FICHIER		*Description de la demande*

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date :**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From :**	*adresse émetteur Professionnel de Santé*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To :**	*adresse destinataire du distributeur d'opposition*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject :**	**dLOI/compostage**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version :**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type :**	*Type/Sous-type ;paramètre*	*Content-Type* = **application/pkcs7-mime** *smime-type* = **signed-data** *name* = **smime.p7m**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding :**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Description du contenu	O	**Content-Description :**	*nature/norme*	*nature* = **DEMANDE** *norme* =**dLOI**
		Disposition du contenu	O	**Content-Disposition :**		*Content-Disposition* = **attachment** *Filename* = **smime.p7m**
LIGNE VIDE			O			
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	OBJET signé (CMS) contenant le fichier demande de dLOI		

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date :**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From :**	*adresse émetteur Professionnel de Santé*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To :**	*adresse destinataire du distributeur d'opposition*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject :**	**dLOI/compostage**	

	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version :**	***Version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type :**	**multipart/signed;** *protocol*= application/pkcs7-signature; *micalg* = sha1;**boundary=**délimiteur	
LIGNE VIDE			O			

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
	[En-têtes]	Type de contenu	O	**Content-Type :**	*Type/Sous-type ;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding :**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Description du contenu	O	**Content-Description :**	*nature/norme*	*nature* = **DEMANDE** *norme* =**dLOI**
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		*Description de la demande*
	Délimiteur	Délimiteur	O	--DELIMITEUR--		
	[En-têtes]	Type de contenu	O	**Content-Type :**	*Type/Sous-type ;paramètre*	*Content-Type* = **application/pkcs7-signature** *name* = **smime.p7s**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding :**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Disposition du contenu	O	**Content-Disposition:**		*Content-Disposition* = **attachment** *Filename* = **smime.p7s**
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	OBJET signé (CMS) contenant la signature du fichier de demande de dLOI		
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
	Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		

12.2 Message SMTP contenant le fichier d'incrément dLOI signé

Le fichier d'incrément fourni en pièce jointe est signé par le distributeur d'opposition. Par contre, le message n'est pas signé par le distributeur d'opposition. Le fichier de dLOI est compressé.

La description du format du fichier est décrite dans l'annexe 6.

12.2.1 Profil des messages SMTP

Ces messages SMTP respectent le format MIME.

Le progiciel doit également respecter ces formats lors de la procédure d'agrément.

Les règles suivantes s'appliquent à ces messages SMTP :

- le message contient une seule pièce jointe (la dLOI) ;
- le champ expéditeur (« *From* ») contient l'adresse du distributeur d'opposition ;
- le champ destinataire (« *To* ») contient l'adresse[36] du Professionnel de Santé émetteur du message de demande de dLOI ;
- le champ relatif à l'identifiant original (« *In-Reply-To* ») contient le champ sujet du message initialement transmis par le Professionnel de Santé ;
- le champ relatif au sujet du message (« *Subject* ») contient la référence « dLOI/compostage »
  - « compostage » est un champ obligatoire qui permet d'identifier de manière unique chaque message SMTP pour un émetteur donné (format fixe "AAAAMMJJHHMMSSxxxxx" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2), compteur (5)[37] ;
- le champ relatif au type du contenu (« *Content-Type* ») contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est « Application/EDI-consent ».
- le champ relatif à l'encodage du contenu (« *Content-Tranfer-Encoding* ») contient l'encodage : la valeur de ce champ est « BASE64 » ;
- le champ relatif à la description du contenu (« Content-Description ») contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est « REPONSE/dLOI».
  - *Nature : REPONSE*
  - *Norme : dLOI*

Pour émettre des flux compressés, le champ « Content-Description » des messages SMTP possède un troisième sous-champ valorisé à « **Z** » qui indique la compression. « REPONSE/dLOI/**Z** ».

  - *Compression : Z*

[36] L'adresse du destinataire du message est identique à l'adresse contenue dans le champ [bal_LOI] du fichier de demande joint au message de demande initialement transmis par ce Professionnel de Santé.

[37] En cas de retransmission du même fichier, le champ compostage doit être différent du message SMTP précédent.

12.2.2 Structure du message SMTP

La structure du message SMTP doit être conforme aux formats SMTP et S/MIME. Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*adresse émetteur du distributeur d'opposition*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*adresse destinataire du PS*	
	Champ référence	Identifiant du message initial	O	**In-Reply-To**	*Champ subject du message du PS*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	**dLOI/compostage**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding:**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Description du contenu	O	**Content-Description:**	*nature/norme/compression*	*nature* : REPONSE *norme* : dLOI *compression* =**Z** *(obligatoire)*
LIGNE VIDE			O			
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHIER de dLOI signé		

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*adresse émetteur du distributeur d'opposition*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*adresse destinataire du PS*	
	Champ référence	Identifiant du message initial	O	**In-Reply-To**	*Champ subject du message du PS*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	**dLOI/compostage**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	**multipart/mixed;boundary=**délimiteur	
LIGNE VIDE			O			

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
	[En-têtes]	Type de contenu	O	**Content-Type:**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding:**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Description du contenu	O	**Content-Description:**	*nature/norme/compression*	*nature* : REPONSE *norme* : dLOI *compression* =**Z** *(obligatoire)*
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHIER de dLOI signé		
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
	Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		

12.3 Message SMTP indiquant une impossibilité fonctionnelle (ARAN)

Cette réponse est appelée «accusé de réception applicatif négatif».

12.3.1 Profil des messages SMTP

Ces messages SMTP respectent le format MIME.

Le progiciel doit également respecter la réception de ces formats lors de la procédure d'agrément.

Les règles suivantes s'appliquent à ces messages SMTP :

- le champ expéditeur (« *From* ») contient l'adresse de l'organisme destinataire du message SMTP (soit le distributeur d'opposition)
- le champ destinataire (« *To* ») contient l'adresse[38] du Professionnel de Santé destinataire du message SMTP ;
- le champ relatif à l'identifiant original (« *In-Reply-To* ») contient le champ sujet du message initialement transmis par le Professionnel de Santé ;
- le champ relatif au sujet du message (« *Subject* ») contient notamment « dLOI/compostage/code »
  - « compostage » est un champ obligatoire qui permet d'identifier de manière unique chaque message SMTP pour un émetteur donné (format fixe "AAAAMMJJHHMMSSxxxxx" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2), compteur (5)[39] ;
  - « Code »: le format est xxxx, la liste des codes retour est donnée dans le paragraphe suivant ;
- le champ relatif au type du contenu (« *Content-Type* ») contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est « Application/EDI-consent ».
- le champ relatif à l'encodage du contenu (« *Content-Tranfer-Encoding* ») contient l'encodage : la valeur de ce champ est « BASE64 » ;
- le champ relatif à la description du contenu (« Content-Description ») contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est « REPONSE/ARAN ».
  - *Nature : REPONSE*
  - *Norme : ARAN*

12.3.2 Liste des codes retour générés

Code	Libellé
0100	Le délai est dépassé (nb de dLOI à envoyer trop important)

En cas de réception d'un code inconnu, le Poste de Travail doit le signaler au Professionnel de Santé.

[38] L'adresse du destinataire du message est identique à l'adresse contenue dans le champ [bal_LOI] du fichier de demande joint au message de demande initialement transmis par ce Professionnel de Santé.

[39] En cas de retransmission du même fichier, le champ compostage doit être différent du message SMTP précédent.

Remarque :

D’autres cas fonctionnels d’impossibilité pourront être ajoutés dans l’avenir.

12.3.3 Structure du message SMTP

La structure du message SMTP doit être conforme aux formats SMTP et S/MIME. Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*adresse émetteur du distributeur d'opposition*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*adresse destinataire du PS*	
	Champ référence	Identifiant du message initial	O	**In-Reply-To**	*Champ subject du message du PS*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	**dLOI/compostage/code**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding:**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Description du contenu	O	**Content-Description:**	*nature/norme*	*nature* :REPONSE *norme* :ARAN
LIGNE VIDE			O			

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*adresse émetteur du distributeur d'opposition*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*adresse destinataire du PS*	
	Champ référence	Identifiant du message initial	O	**In-Reply-To**	*Champ subject du message du PS*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	**dLOI/compostage/code**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	**multipart/mixed;boundary=**délimiteur	
LIGNE VIDE			O			

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
	[En-têtes]	Type de contenu	O	**Content-Type:**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding:**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Description du contenu	O	**Content-Description:**	*nature/norme*	*nature* :REPONSE *norme* :ARAN
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O			
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
	Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		

13 Profil du message de service SMTP contenant les fichiers normés

Les messages SMTP transportant les fichiers de conventions et de regroupements normés respectent les formats SMTP et MIME ainsi que les règles suivantes.

Le progiciel du Professionnel de Santé doit également respecter ces formats lors de la procédure d'agrément.

13.1 Profil des messages SMTP

Les règles suivantes spécifiques s'appliquent à ce message SMTP :

- Ce message SMTP contient un seul fichier ;
- le champ expéditeur ("**From**") contient l'adresse de l'émetteur du message SMTP
- le champ destinataire ("**To**") contient l'adresse du Professionnel de Santé récepteur du message SMTP :
- le champ relatif au sujet du message SMTP ("Subject") contient la référence " **CONV/exercice/compostage/n**" où :
  - " **compostage** " est un champ obligatoire qui permet d'identifier de manière unique chaque message SMTP pour un émetteur donné (format fixe "AAAAMMJJHHMMSS" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2) ;
  - " **exercice** " ce champ est le même que celui utilisé dans les messages de factures et les ARL. Il permet ici d'identifier le Professionnel de Santé dans le cas ou plusieurs Professionnels de Santé partagent la même BAL, il contient soit :
    - pour un Professionnel de Santé ou un établissement ou un centre de soins, le numéro d'identification facturation Professionnel de Santé et sa clé (9 caractères)[40],
    - pour autres (sociétés civiles professionnelles, sociétés civiles de moyens), le N° est attribué par l'organisme d'assurance maladie, de préférence le numéro SIRET),
  - "**n**" est un champ qui peut prendre les valeurs suivantes :
  - "C ": cette valeur signifie qu'il y a un fichier de **convention** normé
  - "R ": cette valeur signifie qu'il y a un fichier de **regroupement** normé
  - le délimiteur entre chaque champ est le caractère "/" ;
- le champ relatif au type du contenu ("Content-Type") contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "Application/EDI-consent" ;
- le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "**SERVICE/FICHIER_NORME**" pour les flux de fichiers normés ;

[40] Le champ « exercice » est défini sur 14 caractères dans tous les autres profils des messages de service SMTP. Dans un souci d'harmonisation des formats, le numéro d'identification du Professionnel de Santé est aussi cadré à droite du champ et complété sur 14 caractères avec des zéro à gauche :
Exemple : CONV/00000123456789/20080417070012/C

- le corps du message contient en pièce jointe un fichier.
  - Soit un fichier de convention normé seul,
  - Soit un fichier de regroupement normé seul.

13.2 Structure du message SMTP

Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*adresse émetteur*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*adresse destinataire*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	**CONV/Exercice/Compostage/n**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	**multipart/mixed;boundary=**délimiteur	
LIGNE VIDE			O			

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
	[En-têtes]	Type de contenu	O	**Content-Type:**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-Consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding:**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Description du contenu	O	**Content-Description:**	*nature/norme*	*nature* = **SERVICE** *norme* = **FICHIER_NORME**
		Disposition du contenu	O	**Content-Disposition:**	*Type ;paramètre*	*Type* = **attachment** *paramètre* = **Filename="***nom du fichier de convention normé***"**
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		*- Fichier de convention normé*
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
	Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		

Message SMTP (single part)

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*adresse émetteur*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*adresse destinataire*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	**CONV/Exercice/Compostage/n**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	*TypeISous-type;paramètre*	*Type* = **Application**

						Sous-type = **`EDI-Consent`**
		Encodage du contenu	O	**`Content-Transfer-Encoding:`**	*Encodage*	*Encodage* = **`BASE64`**
		Description du contenu	O	**`Content-Description:`**	*natureInorme*	*nature* = **`SERVICE`** *norme* = **`FICHIER_NORME`**
		Disposition du contenu	O	**`Content-Disposition:`**	*Type ;paramètre*	*Type* = **`attachment`** *paramètre* = **`Filename="`***nom du fichier normé***`"`**
LIGNE VIDE			O			
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	**FICHIER**		*- Fichier de convention normé* *- Ou Fichier de regroupement normé*

13.3 Format des fichiers normés

Le format des fichiers normés est spécifié dans l'annexe 3 du Cahier des Charges SESAM-Vitale.

Le format du nom des fichiers normés est également spécifié dans l'annexe 3 du Cahier des Charges SESAM-Vitale.

L'extension du fichier normé est « **.**csv ».

14 Profil des messages de service SMTP de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation

L'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation renvoie un message de service en cas d'alerte ou de rejet d'un message STMP dont le champ 'sujet' contient la référence « RRvvvvvv[41]/.. ».

Une fiche détaillée de l'incident détaillant le motif de l'alerte ou du rejet est systématiquement jointe aux messages de service. Ce fichier peut permettre aux éditeurs de progiciel de santé d'analyser l'incident avec l'aide du support technique du GIE SESAM-Vitale. Une description de cette fiche est disponible dans le chapitre 11.4.

Pour les messages SMTP indiquant un AR_P, cf. chapitre 10.

14.1 Les messages SMTP indiquant une anomalie de structure SMTP

14.1.1 Profil des messages SMTP

Les règles suivantes spécifiques à SESAM-Vitale s'appliquent à ces messages SMTP :

- le message contient une pièce jointe (Fiche détaillée de l'incident) ;
- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse de l'infrastructure d'accueil[42] émetteur du message SMTP ;
- le champ destinataire ("To") contient l'adresse du Professionnel de Santé récepteur du message SMTP ; cette adresse est identique à l'adresse contenue dans le champ expéditeur du message contenant le rapport de réclamation traité, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
- le champ relatif à l'identifiant original (« in-reply-to »), contient la valeur du champ sujet (« subject ») du message SMTP correspondant contenant le rapport de réclamation, initialement émis par le Professionnel de Santé.
- le champ relatif au sujet du message SMTP ("Subject") contient la référence "RR/exercice/compostage/code rejet" où
  - le champ exercice est identique à celui contenu dans le message correspondant au fichier, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
  - le champ compostage contient la date et l'heure de création du message de retour au format "AAAAMMJJHHMMSSxxxxx" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2), compteur (5) ;
  - le champ code rejet contient un code « ERR-SMTP-XXX » ;
- le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "SERVICE/REJET_SMTP".

[41] Le contenu de cette référence est susceptible d'évoluer en fonction des nouvelles versions de Cahier des Charges SESAM-Vitale.

[42] des rapports de réclamation à destination du CESI.

14.1.2 Liste des codes rejets

Code Rejet	Libellés
1010	Le message reçu ne comporte aucune pièce jointe
1030	Le message reçu comporte plus d'une pièce jointe
1050	Champ de l'entête du message SMTP non conforme
1060	Champ de l'entête du message SMTP non conforme

NB : le code 1060 concerne le champ « subject » et le code 1050 concerne le champ « content-description ».

14.1.3 Structure du message SMTP

Les messages SMTP transmis au Professionnel de Santé respectent les formats SMTP et MIME.

Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*Adresse de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*Adresse destinataire PS*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	**RRvvvvvv/exercice/compostage/code rejet**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	**multipart/mixed;boundary=**délimiteur	
LIGNE VIDE			O			

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
	[En-têtes]	Type de contenu	O	**Content-Type:**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding:**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Description du contenu	O	**Content-Description:**	*nature/norme*	*nature* = **SERVICE** *norme* = **REJET_SMTP**
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
	Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*Adresse de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*Adresse destinataire PS*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	**RRvvvvvv/exercice/compostage/code rejet**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding:**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Description du contenu	O	**Content-Description:**	*nature/norme*	*nature* = **SERVICE** *norme* = **REJET_SMTP**
LIGNE VIDE			O			
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		

14.2 Les messages SMTP indiquant un fichier rejeté

14.2.1 Profil des messages SMTP

Les règles suivantes spécifiques à SESAM-Vitale s'appliquent à ces messages SMTP :

- le message contient une pièce jointe (Fiche détaillée de l'incident) ;
- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse de l'infrastructure d'accueil[43] émetteur du message SMTP ;
- le champ destinataire ("To") contient l'adresse du Professionnel de Santé récepteur du message SMTP ; cette adresse est identique à l'adresse contenue dans le champ expéditeur du message contenant le rapport de réclamation traité, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
- le champ relatif à l'identifiant original (« in-reply-to »), contient la valeur du champ sujet (« subject ») du message SMTP correspondant contenant le rapport de réclamation, initialement émis par le Professionnel de Santé.
- le champ relatif au sujet du message SMTP ("Subject") contient la référence "RR/exercice/compostage/code rejet" où
  - le champ exercice est identique à celui contenu dans le message correspondant au fichier, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
  - le champ compostage contient la date et l'heure de création du message de retour au format "AAAAMMJJHHMMSSxxxxx" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2), compteur (5) ;
  - le champ code rejet contient un code « ERR-… » (sauf « ERR-SMTP… » décrit dans le chapitre 14.1 et « ERR-CHIFR » décrit dans le chapitre 14.3) ;
- le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "SERVICE/REJET_FICHIER".

14.2.2 Liste des codes rejets

Code Rejet	Libellés
1031	La pièce jointe n'a pas pu être décompressée
5000	La taille du rapport de réclamation transmis est trop grande
5001	Le rapport de réclamation transmis n'est pas au format XML
5002	Le format du rapport de réclamation transmis n'est pas conforme aux schémas XML (XSD) acceptés
5003	Le service CESI n'est pas ouvert pour la spécialité du PS émetteur
5004	Le rapport de réclamation n'a pas pu être converti au format PDF
5010	Le rapport de réclamation n'a pas pu être retransmis vers le CESI

[43] des rapports de réclamation à destination du CESI.

14.2.3 Structure du message SMTP

Les messages SMTP transmis au Professionnel de Santé respectent les formats SMTP et MIME.

Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*Adresse de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*Adresse destinataire PS*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	**RRvvvvvv/exercice/compostage/code rejet**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	**multipart/mixed;boundary=**délimiteur	
LIGNE VIDE			O			

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
	[En-têtes]	Type de contenu	O	**Content-Type:**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding:**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Description du contenu	O	**Content-Description:**	*nature/norme*	*nature* = **SERVICE** **norme = REJET_FICHIER**
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
	Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	**`Date:`**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**`From:`**	*Adresse de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**`To:`**	*Adresse destinataire PS*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**`Message ID`**		
		Objet du message	O	**`Subject:`**	**`RRvvvvvv/exercice/compostage/code rejet`**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**`Mime-Version:`**	***version***	*version* = **`1.0`**
		Type du contenu	O	**`Content-Type:`**	*Type*/*Sous-type*;*paramètre*	*Type* = **`Application`** *Sous-type* = **`EDI-consent`**
		Encodage du contenu	O	**`Content-Transfer-Encoding:`**	*Encodage*	*Encodage* = **`BASE64`**
		Description du contenu	O	**`Content-Description:`**	*nature*/*norme*	*nature* = **`SERVICE`** **`norme = REJET_FICHIER`**
LIGNE VIDE			O			
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		

14.3 Les messages SMTP indiquant une erreur de chiffrement

14.3.1 Profil des messages SMTP

Les règles suivantes spécifiques à SESAM-Vitale s'appliquent à ces messages SMTP :

- le message contient une pièce jointe (Fiche détaillée de l'incident) ;
- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse de l'infrastructure d'accueil[44] émetteur du message SMTP ;
- le champ destinataire ("To") contient l'adresse du Professionnel de Santé récepteur du message SMTP ; cette adresse est identique à l'adresse contenue dans le champ expéditeur du message contenant le rapport de réclamation traité, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
- le champ relatif à l'identifiant original (« in-reply-to »), contient la valeur du champ sujet (« subject ») du message SMTP correspondant contenant le rapport de réclamation, initialement émis par le Professionnel de Santé.
- le champ relatif au sujet du message SMTP ("Subject") contient la référence "RR/exercice/compostage/code" où
  - le champ exercice est identique à celui contenu dans le message correspondant au fichier, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
  - le champ compostage contient la date et l'heure de création du message de retour au format "AAAAMMJJHHMMSSxxxxx" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2), compteur (5) ;
  - le champ code contient un code rejet « ERR-CHIFR » ou un code d'alerte « WARN-CHIFR » ;
- le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "SERVICE/REJET_FICHIER".

NB1 : le code rejet « ERR-CHIFR » indique un rejet du fichier.

NB2 : le code d'alerte « WARN-CHIFR » indique que le fichier est accepté.

14.3.2 Liste des codes rejets

Code Rejet	Libellés
4005	La pièce jointe n'a pas pu être déchiffrée
4015	Le rapport de réclamation est correct et a bien été transmis. La pièce jointe a été chiffrée avec un certificat obsolète (il existe un certificat plus récent à utiliser)

[44] des rapports de réclamation à destination du CESI.

14.3.3 Structure du message SMTP

Les messages SMTP transmis au Professionnel de Santé respectent les formats SMTP et MIME.

Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*Adresse de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*Adresse destinataire PS*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	**RRvvvvvv/exercice/compostage/code rejet ou code d'alerte**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	**multipart/mixed;boundary=**délimiteur	
LIGNE VIDE			O			

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
	[En-têtes]	Type de contenu	O	**Content-Type:**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding:**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Description du contenu	O	**Content-Description:**	*nature/norme*	*nature* = **SERVICE** **norme = REJET_FICHIER**
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
	Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*Adresse de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*Adresse destinataire PS*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	**RRvvvvvv/exercice/compostage/ code rejet ou code d'alerte**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding:**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Description du contenu	O	**Content-Description:**	*nature/norme*	*nature* = **SERVICE** **norme = REJET_FICHIER**
LIGNE VIDE			O			
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		

(Page laissé intentionnellement vide.)

Annexe 5

Transmission des flux SESAM-Vitale via les Organismes Concentrateurs Techniques

Intégrant l'Addendum n°8

Mise à jour Janvier 2024

GIE SESAM-Vitale
5, boulevard Marie & Alexandre Oyon - 72 019 LE MANS CEDEX 2 - www.sesam-vitale.fr
SIRET : 391 722 881 00052 - APE : 6202A - RCS LE MANS : 391 722 881 - N° TVA : FR 753 917 22881

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

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

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

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

Sommaire

1 Introduction 4

2 Principes 5

2.1 Principe 1 : réversibilité entre le mode d'échange direct et le mode d'échange via OCT 5
2.2 Principe 2 : libre choix de l'OCT 5

3 Architecture 6

4 Émission des flux aller de facturation SESAM-Vitale vers un OCT 7

4.1 Éclatement des flux à la source 7
4.1.1 Description des flux 7
4.1.2 Message 7
4.2 Transmission d'un fichier unique 8
4.2.1 Description du flux 8
4.2.2 Traitement : Regroupement des lots en fichier 8
4.2.2.1 Critères de constitution du fichier spécifique pour acheminement via l'OCT 8
4.2.2.2 Valeurs des champs du fichier envoyé à l'OCT 9
4.2.3 Message 9
4.3 Extension du mode 1.31 (FSE enrichie) 9
4.3.1 Description du flux 9
4.3.2 Traitement : renseignement des données de la FSE enrichie 10
4.3.3 Message 10
4.4 Remarque générale 11

5 Réception des flux retours de facturation SESAM-Vitale venant de l'OCT 12

5.1 Description du flux retour SESAM-Vitale OCT - PS 12
5.2 Les fichiers d'ARL 12
5.3 Les fichiers RSP 12
5.4 Les fichiers texte 12

6 Gestion des autres flux SESAM-Vitale 13

6.1 Fichier de la liste d'opposition incrémentale (LOI) 13
6.2 Fichier de demande d'incréments dLOI 13
6.3 Fichier des incréments de la liste d'opposition incrémentale (dLOI) 13

7 Profil des messages SMTP 14

7.1 Profil des messages du PS vers l'OCT 14
7.1.1 Nouveau profil de message contenant des lots sécurisés de FSE sécurisées et des lots sécurisés de DRE sécurisées 14
7.2 Profil des messages de l'OCT vers le PS 15
7.2.1 Les fichiers textes 15

Tables des illustrations

FIGURE 1 : ARCHITECTURE AVEC UN ORGANISME CONCENTRATEUR TECHNIQUE 6
FIGURE 2 : ÉCLATEMENT DES FLUX A LA SOURCE 7
FIGURE 3 : TRANSMISSION D'UN FICHIER UNIQUE 8
FIGURE 4 : EXTENSION DU MODE EXISTANT 10

1 Introduction

Cette annexe définit les règles de constitution des flux aller de factures électroniques SESAM-Vitale lorsque le Professionnel de Santé, disposant d'un progiciel de facturation agréé SESAM-Vitale, opte pour une télétransmission via un Organisme Concentrateur Technique. Elle définit également les flux retour SESAM-Vitale transmis via l'Organisme Concentrateur Technique.

Cette annexe ne décrit pas le support de télétransmission entre le Professionnel de Santé et l'Organisme Concentrateur Technique. En revanche, elle donne des informations complémentaires concernant les Organismes Concentrateurs Techniques intégrant un mode d'échange avec le progiciel conforme à l'annexe 4 (messagerie SMTP) du présent Cahier des Charges.

2 Principes

2.1 Principe 1 : réversibilité entre le mode d'échange direct et le mode d'échange via OCT

Le progiciel de santé doit permettre au Professionnel de Santé, de passer d'un mode d'échange via un Organisme Concentrateur Technique (PS => OCT => AM) à un mode d'échange direct (PS => AM) et vice-versa.

Ceci implique que :

- le progiciel de santé soit en conformité avec l'annexe 4 de ce Cahier des Charges.
- l'installation ou la suppression sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé des produits nécessaires à l'Organisme Concentrateur Technique n'interfère pas sur les modules de connexion au réseau de messagerie fournis lors de l'installation du progiciel de facturation agréé SESAM-Vitale.

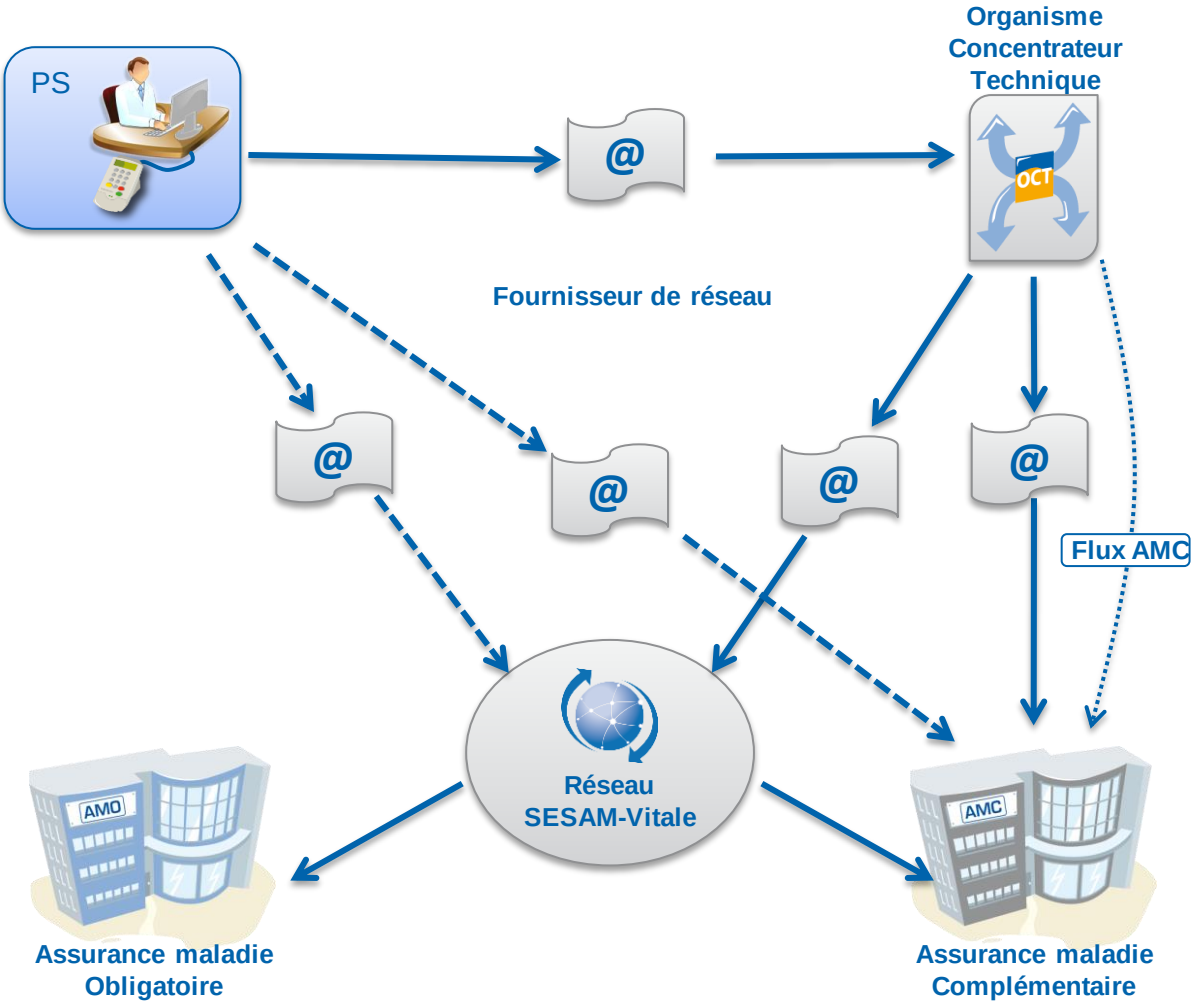
2.2 Principe 2 : libre choix de l'OCT

Le progiciel de santé doit laisser la possibilité technique au Professionnel de Santé de changer librement et facilement d'Organisme Concentrateur Technique.

Ceci nécessite, s'il utilise un mode d'échange avec l'OCT conforme à l'annexe 4 du présent Cahier des Charges (messagerie SMTP), la libre configuration de l'adresse de messagerie de l'Organisme Concentrateur Technique.

3 Architecture

L'architecture globale du système SESAM-Vitale incluant les Organismes Concentrateurs Techniques est illustrée par la figure ci-dessous.



Un trait plein indique un flux SESAM-Vitale passant par un OCT.

Un trait pointillé indique les autres flux SESAM-Vitale qui sont échangé en dehors des OCT.

Un trait en pointillé fin indique un flux AMC hors du périmètre SESAM-Vitale.

Figure 1 : Architecture avec un Organisme Concentrateur Technique

Les fournisseurs de réseaux sont soit :

- un réseau privé dédié ;
- un fournisseur Internet.

4 Émission des flux aller de facturation SESAM-Vitale vers un OCT

Le Professionnel de Santé a 3 possibilités pour envoyer ses flux à l'Organisme Concentrateur Technique.

- Éclatement des flux à la source ;
- Transmission d'un fichier unique ;
- Extension du mode 1.31 (FSE enrichie).

4.1 Éclatement des flux à la source

4.1.1 Description des flux

Le Professionnel de Santé choisit d'envoyer les fichiers de DRE et les fichiers de FSE à son Organisme Concentrateur Technique en suivant les mêmes critères de regroupement fichier donnés par les API SESAM-Vitale.

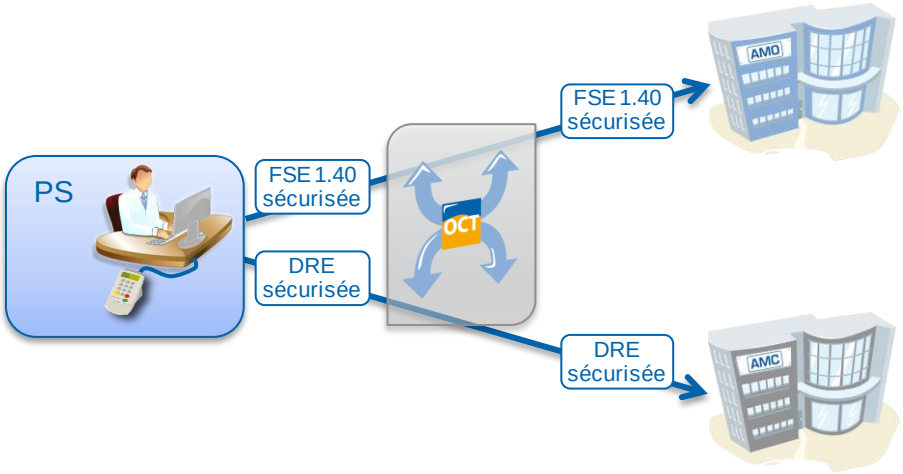


Figure 2 : Éclatement des flux à la source

Dans ce cas la certification des FSE, des DRE et des lots correspondants est effectuée sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé conformément aux spécifications de ce Cahier des Charges.

4.1.2 Message

Ces messages sont structurés selon le protocole SMTP. Les autres protocoles n'ont pas lieu d'être explicités dans ce document.

Les messages sont spécifiés dans l'annexe 4 du Cahier des Charges SESAM-Vitale, la seule différence est au niveau du champ destinataire où il faut spécifier l'adresse électronique de l'Organisme Concentrateur Technique et au niveau du certificat de chiffrement pièce jointe qui est fourni par l'OCT.

4.2 Transmission d'un fichier unique

4.2.1 Description du flux

Le Professionnel de Santé choisit d'envoyer un fichier unique et suivant les cas fonctionnels ce fichier peut contenir des lots de FSE ou des lots de DRE ou les deux.

L'Organisme Concentrateur Technique procédera à un éclatement du fichier.

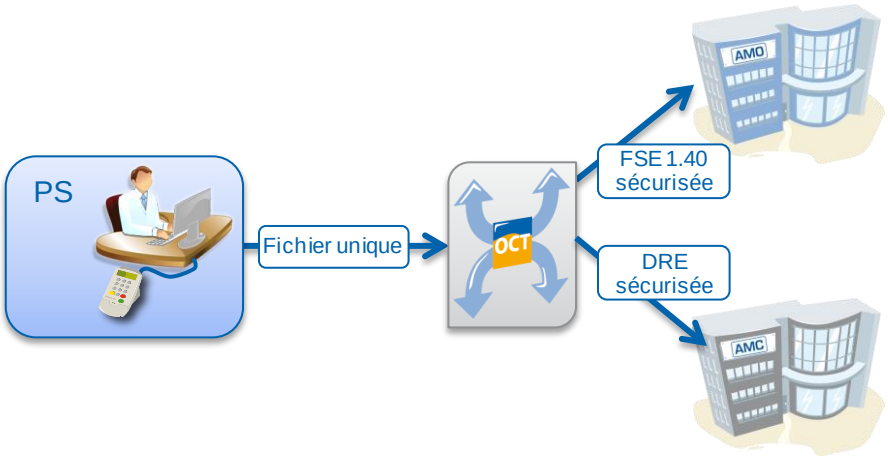


Figure 3 : Transmission d'un fichier unique

Dans ce cas la certification des FSE, des DRE et des lots correspondants est effectuée sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé conformément aux spécifications de ce Cahier des Charges.

4.2.2 Traitement : Regroupement des lots en fichier

4.2.2.1 Critères de constitution du fichier spécifique pour acheminement via l'OCT

Le regroupement des lots de FSE et des lots de DRE peut être réalisé par concaténation de l'ensemble des lots effectués par le Professionnel de Santé. Le fichier ainsi constitué doit être encadré par un enregistrement d'en-tête et de fin de fichier unique et spécifique à l'OCT.

- Constitution et sécurisation de tous les lots.
- Concaténation de tous les lots en un même fichier sans tenir compte du CRF (critère de regroupement en fichier) obtenu en sortie de la fonction SSV_FormaterLot.
- Appel de la fonction SSV_FormaterFichier afin de déterminer l'en-tête et la fin devant encadrer le fichier de lots ainsi constitué.

Certains paramètres en entrée de la fonction sont identiques à ceux définis pour un progiciel issu du Cahier des Charges :

  - la date du fichier
  - le nombre de lots
  - la taille des lots
  - le type émetteur fichier qui doit être égal au type émetteur issu de l'appel à SSV_FormaterLot

  - le numéro émetteur fichier qui doit être égal au numéro de l'émetteur issu de l'appel à SSV_FormaterLot

D'autres paramètres ci-dessous sont spécifiques à cette procédure et définis en accord avec l'OCT :

  - n'importe quel CRF issu d'un appel à SSV_FormaterLot
  - le nom du fichier
  - l'application
  - le type destinataire
  - le numéro du destinataire fichier
  - la zone de message fichier

- Mise à jour du fichier de lots en l'encadrant avec l'en-tête et la fin de fichier issus de la fonction SSV_FormaterFichier
- Envoi de ce fichier en pièce jointe dans un message dont l'adresse de destination est celle de l'OCT (paramétrage dans le progiciel).

4.2.2.2 Valeurs des champs du fichier envoyé à l'OCT

Le tableau ci-dessous indique les valeurs de l'en-tête du fichier créé par le progiciel de santé que recevra l'Organisme Concentrateur Technique.

Les autres valeurs restant inchangées, elles sont déterminées par le progiciel agréé SESAM-Vitale du Professionnel de Santé.

Paramètre	Groupe	Champ	Valeur / proposition
Nom du fichier	12	2	**différent de l'un à l'autre**
Application	12	5	**TO.**
Type destinataire	12	6	**OT** pour Organisme Concentrateur Technique
Numéro destinataire	12	7	**N° d'identifiant unique basé sur le SIREN**, ou N° d'association
Zone de message	14	3	à l'initiative du progiciel

4.2.3 Message

Ces messages sont structurés selon le protocole SMTP. Les autres protocoles n'ont pas lieu d'être explicité dans ce document.

Une enveloppe spécifique pour le message du fichier unique est définie dans le chapitre 6.1 de cette annexe.

4.3 Extension du mode 1.31 (FSE enrichie)

4.3.1 Description du flux

Le Professionnel de Santé choisit d'envoyer une FSE enrichie des données complémentaires à son Organisme Concentrateur Technique. Le fichier envoyé sera constitué dans ce cas de lots de FSE enrichies.

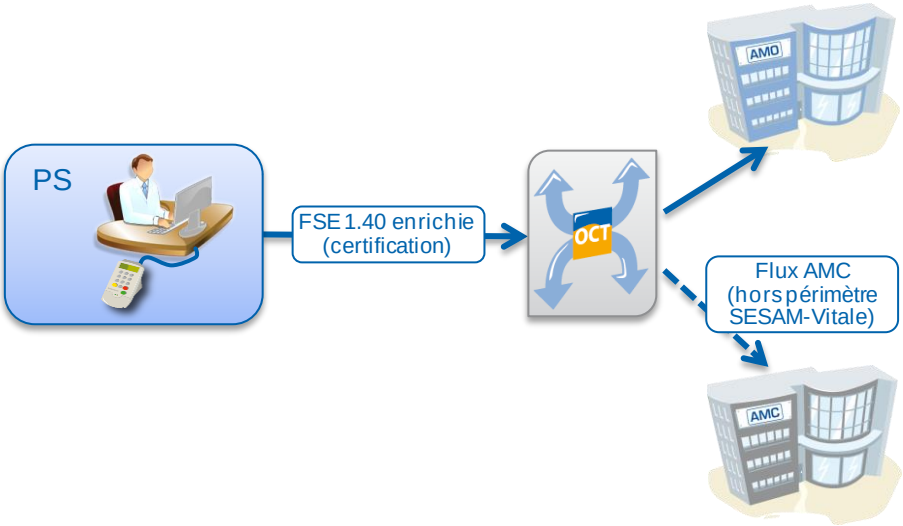


Figure 4 : Extension du mode existant

Dans ce cas la signature des feuilles de soins électroniques et des lots correspondants est effectuée sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé conformément aux spécifications de ce Cahier des Charges.

4.3.2 Traitement : renseignement des données de la FSE enrichie

Si le Professionnel de Santé souhaite que l'Organisme Concentrateur Technique modifie la FSE enrichie et crée un flux complémentaire, dans ce cas il doit transmettre à l'Organisme Concentrateur Technique son autorisation (type de contrat).

- Type de contrat à '99', qui est le champ 1 du groupe 1321 (données complémentaire facture).

Ce cas est possible lorsqu'il n'existe pas de convention de gestion entre l'Assurance Maladie Obligatoire et l'Assurance Maladie Complémentaire (cf. chapitre « Détermination du contexte de facturation au regard de la complémentaire » du corps du Cahier des Charges).

Dans le cas d'une FSE enrichie les seules valeurs possibles pour le groupe 1410 (cadre de remboursement) sont « pas de tiers payant » ou « tiers payant sur part AMO ». L'information de « tiers payant sur part complémentaire » peut être uniquement renseignée dans le groupe 1321 champ 4 et 5.

Pour la transmission des lots de FSE du Poste de Travail du Professionnel de Santé vers les Organismes Concentrateurs Techniques, deux possibilités sont offertes au Professionnel de Santé :

- Soit concaténation de l'ensemble des lots effectués par le Professionnel de Santé et encadrement de la totalité par un enregistrement d'en-tête et de fin de fichier unique et spécifique à l'OCT, les valeurs sont données au § 4.2.2.1.
- Soit regroupement de lot et mise en fichier par caisse destinataire, tel qu'indiquer dans ce Cahier des Charges.

4.3.3 Message

Ces messages sont structurés selon le protocole SMTP. Les autres protocoles n'ont pas lieu d'être explicités dans ce document.

Les messages sont spécifiés dans l'annexe 4 du Cahier des Charges SESAM-Vitale, la seule différence est au niveau du champ destinataire où il faut spécifier l'adresse électronique de l'Organisme Concentrateur Technique et au niveau du certificat de chiffrement pièce jointe qui est fourni par l'OCT.

4.4 Remarque générale

Le Progiciel du Professionnel de Santé ne peut pas en même temps donner l'autorisation à l'OCT d'éclater (type de contrat à 99) et pratiquer l'éclatement à la source sur le PDT (le type de contrat à 99 interdit la création d'une FSE et d'une DRE simultanément et vice-versa).

5 Réception des flux retours de facturation SESAM-Vitale venant de l'OCT

5.1 Description du flux retour SESAM-Vitale OCT - PS

Ce flux correspond à un message SMTP contenant soit :

1. un fichier d'ARL ;
2. un fichier de RSP ;
3. un fichier texte.

5.2 Les fichiers d'ARL

La gestion des ARL doit être effectuée par celui qui a constitué le lot.

5.3 Les fichiers RSP

Rappel concernant les RSP, le progiciel du PS doit être capable de traiter les données constituant la référence 580 de la Norme NOEMIE ainsi que les références 576 et 900 (sauf pour les pharmaciens), ce qui se traduit par la capacité du progiciel à afficher ces données[1]. La gestion des autres références NOEMIE est laissée à la discrétion des éditeurs de progiciel de santé (dans le cas où l'accord entre le Professionnel de Santé et la caisse prévoit une autre référence NOEMIE celle-ci prévaut sur la référence 576).

Les flux de paiement et de rejet en provenance des AMC sont ceux actuellement transmis dans les échanges existant hors du périmètre SESAM-Vitale.

5.4 Les fichiers texte

Afin de limiter les répercussions sur le progiciel du Professionnel de Santé, il a été défini avec les Organismes Concentrateurs Techniques une enveloppe standard pour l'échange des fichiers texte entre l'OCT et le Professionnel de Santé.

Les fichiers texte sont créés, gérés et envoyés par l'Organisme Concentrateur Technique.

[1] L'automatisation de ce traitement est fortement encouragée.

6 Gestion des autres flux SESAM-Vitale

6.1 Fichier de la liste d'opposition incrémentale (LOI)

Les principes et règles concernant l'administration de la liste d'opposition incrémentale sur le progiciel sont donnés dans l'annexe 6 du Cahier des Charges SESAM-Vitale.

6.2 Fichier de demande d'incréments dLOI

Le message contenant la demande d'incrément dLOI est envoyé par Professionnel de Santé à l'OCT. La description de ce message est définie dans l'annexe 4 du Cahier des Charges SESAM-Vitale.

6.3 Fichier des incréments de la liste d'opposition incrémentale (dLOI)

Le message contenant le fichier des incréments (dLOI) de la liste d'opposition incrémentale est envoyé par l'OCT au Professionnel de Santé. La description de ce message est définie dans l'annexe 4 du Cahier des Charges SESAM-Vitale.

7 Profil des messages SMTP

7.1 Profil des messages du PS vers l'OCT

En plus des profils de messages définis dans le chapitre 7 de l'annexe 4 du présent document, il peut exister un autre profil de message.

Lorsque le Professionnel de Santé choisit d'envoyer dans un même fichier des lots de FSE et des lots de DRE vers l'Organisme Concentrateur Technique, si le mode d'échange est conforme à l'annexe 4 (messagerie SMTP), le progiciel utilisera le profil de message décrit ci-dessous.

Le chiffrement de pièce jointe s'applique à la transmission de ces messages conformément à l'annexe 4 en utilisant le certificat de chiffrement de pièce jointe fourni par l'OCT destinataire.

7.1.1 Nouveau profil de message contenant des lots sécurisés de FSE sécurisées et des lots sécurisés de DRE sécurisées

- un message SMTP contient un seul fichier de factures
- le champ expéditeur « **From** » contient l'adresse du Professionnel de Santé émetteur du message SMTP (fournie lors de l'abonnement du PS à son fournisseur de réseau)
- le champ destinataire « **To** » contient l'adresse de l'Organisme Concentrateur Technique récepteur du message SMTP
- le champ relatif au sujet[2] du message SMTP « **Subject** » contient la référence suivante :

  « **SVvvvvvv/exercice/compostage/nnnnn** »

où :

  - SVvvvvvv est une chaîne de 8 caractères, dans laquelle **vvvvvv** représente la version du Cahier des Charges SESAM. Pour ce Cahier des Charges SESAM-Vitale 1.40 addendum n°7 la valeur est **140700**. La valeur **140700** est fournie par les API SSV en sortie de la fonction Formater Lot dans le champ 7 du groupe 13 pour un fichier de FSE et dans le champ 7 du groupe 93 pour un fichier de DRE.
  - « exercice »[3] contient le numéro émetteur correspondant au fichier de factures transmis,
  - « compostage » format fixe « AAAAMMJJHHMMSSxxxxx » constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2), compteur (5)[4],
  - « nnnnn » est le **nombre total de factures** contenues dans le fichier de factures (chaîne de caractères numériques, format fixe aligné à droite ; par exemple : "00025").

- le délimiteur entre chaque champ est le caractère "/" ;

[2] En cas de dysfonctionnement lors de l'échange des messages SMTP, ce champ peut servir à l'opérateur du RSS et au Professionnel de Santé à retrouver les messages égarés ou sources de problèmes (traçabilité). Il est donc recommandé au progiciel du Professionnel de Santé de le conserver et d'en permettre une restitution facile à l'utilisateur.

[3] Lorsque cette fonction existe, ce champ peut être utilisé pour le retrait sélectif des messages dans une boite aux lettres.

[4] En cas de retransmission du même fichier de factures, le champ compostage doit être différent du message SMTP précédent.

- le champ relatif au type du contenu « **Content-Type** » contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est « **Application/EDI-consent** » ;
- le champ relatif à la description du contenu « **Content-Description** » contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est : « **FACTURE/SV** » ;

  Pour rappel (cf. Annexe 4), lorsque la pièce jointe du message est chiffrée, le champ « **Content-Description** » possède un troisième sous-champ valorisé à « **K** » qui indique le chiffrement de pièce jointe. La valeur de ce champ sera alors « **FACTURE/SV/K** » pour un message contenant une pièce jointe chiffrée ou « **FACTURE/SV/ZK** » pour un message contenant une pièce jointe compressée et chiffrée.

7.2 Profil des messages de l'OCT vers le PS

Le Professionnel de Santé peut recevoir en plus des profils de messages définis dans le chapitre 7 de l'annexe 4 du présent document, un autre profil de message.

Ce message comporte un fichier texte. Le progiciel du Professionnel de Santé édite au minimum le message texte.

7.2.1 Les fichiers textes

Le format de l'en-tête SMTP dit de texte est le suivant :

- champ « *Subject* » : **ART/numéro PS**, cadré à droite avec des zéros à gauche **/horodatage** (aaaammjjhhmm)
- champ « *Content-type* » : **Application/EDI-consent**
- champ « *Name* » : <nom du fichier>**.txt** (longueur libre pour le nom du fichier)
- champ « *Content-Transfer-Encoding* » : **BASE64**
- champ « *Content-Description* » : **ART/XX** (2 caractères – « XX » devenant la valeur par défaut pour tout type de PS)

<u>Les différentes valeurs de XX /</u>

IF	infirmiers
MK	masseurs-kinésithérapeutes
OO	orthophonistes
OY	orthoptistes
PE	pédicures
LB	laboratoires de biologie
PH	pharmaciens
FR	produits de la LPP délivrés par professionnel agréé
ER	médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens dentistes et sages-femmes
CP	cliniques privées et hôpitaux
CS	centres de santé (centres de soins infirmiers, cliniques dentaires,…)
CT	centres thermaux (à ne pas utiliser pour les assurés du régime agricole)

Il a donc été convenu d'une enveloppe unique quel que soit l'Organisme Concentrateur Technique pour l'accusé de réception technique des OCT appelé ART.

Annexe 6

Liste d'Opposition Incrémentale

Intégrant l'Addendum n°8

Mise à jour Janvier 2024

GIE SESAM-Vitale
5, boulevard Marie & Alexandre Oyon - 72 019 LE MANS CEDEX 2 - www.sesam-vitale.fr
SIRET : 391 722 881 00052 - APE : 6202A - RCS LE MANS : 391 722 881 - N° TVA : FR 753 917 22881

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

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

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

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

Sommaire

1 Introduction 5

2 Présentation générale 6

2.1 L'installation de la liste d'opposition incrémentale (LOI) sur le poste du Professionnel de Santé 6
2.2 Synthèse des actions 6
2.2.1 Synthèse des actions lors d'une installation de LOI 6
2.2.2 Synthèse des actions pour mettre à jour quotidiennement la LOI 6
2.2.3 Synthèse des actions pour administrer la LOI 7
2.2.4 Synthèse des actions pour la consultation de la LOI 7
2.3 Recommandations pour le Professionnel de Santé 7
2.4 Informations complémentaires aux Professionnels de Santé et aux éditeurs 7

3 Les formats des fichiers 8

3.1 Format du fichier des incréments de la liste d'opposition incrémentale – dLOI 8
3.2 Format du fichier de la liste d'opposition incrémentale – LOI 10
3.3 Format du fichier de Demande de dLOI 11
3.3.1 Description fonctionnelle du fichier de Demande de dLOI 11
3.3.2 Composition du fichier de Demande 11
3.3.3 Exemple de fichier de demande de dLOI 12

4 Description de la mise à jour de la Liste d'Opposition Vitale Incrémentale (LOI) sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé 13

4.1 Diagramme 13
4.2 Charger les incrément(s) dLOI 14
4.2.1 Détection d'un problème dans le destinataire du message SMTP 15
4.2.2 Vérification que le message SMTP contenant un incrément dLOI est bien une réponse à une demande d'incrément dLOI 15
4.2.3 Ordonner les incréments 15
4.2.4 Supprimer les éventuels incréments non applicables 15
4.3 Intégrer incrément(s) dLOI 16
4.3.1 Règle de décompression d'un incrément dLOI 16
4.3.2 Vérification de la signature 16
4.3.3 Appliquer un incrément dLOI sur une liste LOI 17
4.3.3.1 Les principes de l'application d'un incrément 17
4.3.3.2 Code source exemple 18
4.4 Demander incrément(s) dLOI 19
4.4.1 Message SMTP de demande d'incrément(s) dLOI 19
4.4.2 Signature du message SMTP de la demande d'incrément(s) dLOI 19
4.4.3 Nombre de demande par jour 19
4.4.4 Remplir la liste des demandes d'incrément(s) dLOI 19
4.5 Traiter le message ARAN 20
4.5.1 Vérifier que le message ARAN est bien une réponse à une demande d'incrément dLOI 20
4.5.2 Vérifier le code mentionné dans le message SMTP ARAN 20

5 Description de l'administration de la Liste d'Opposition Incrémentale (LOI) 21

5.1 Administrer quotidiennement le Poste de Travail du Professionnel de Santé 21
5.1.1 Récupérer la liste des Certificats Serveurs Révoqués 21
5.1.2 Contrôler le nombre de non-réponse quotidiennes aux différentes demandes d'incrément(s) dLOI 22
5.1.3 Informer en cas de non mise à jour de la LOI au début de chaque mois 22
5.1.4 Sauvegarde/Archive 23
5.2 Administrer ponctuellement le poste de travail du Professionnel de Santé 23
5.2.1 Paramétrer les informations liées à l'opposition sur le poste du Professionnel de Santé 24
5.2.1.1 Configurer la BAL Opposition 24
5.2.1.2 Paramétrer l'adresse du Distributeur d'Opposition 24
5.2.1.3 Paramétrer le nombre maximum de jours acceptable sans réception de dLOI 24

5.2.2 Installer et Renouveler la chaîne de Certification sur le progiciel du Professionnel de Santé 24
5.2.3 Mettre au point l'opposition incrémentale 25
5.2.4 Visualiser la référence de la LOI active 25
5.3 Synthèse des fonctions débrayables 25

6 Description de la consultation de la LOI 26

6.1 Principe de la consultation 26
6.2 Code source exemple 26

7 Définitions techniques des paramètres spécifiques à la LOI 28

Tables des illustrations

FIGURE 1 : PROCESSUS DE MISE A JOUR DES DLOI 14

1 Introduction

Ce document constitue l'annexe 6 du Cahier des Charges SESAM-Vitale 1.40.

Cette annexe dédiée à la liste d'opposition incrémentale (LOI), a pour objet de décrire :

- les règles de mise à jour de la liste d'opposition incrémentale à partir des incréments dLOI, fournis par un distributeur d'opposition ;
- les formats des fichiers (LOI et dLOI) utilisés ;
- les règles d'administration de la liste d'opposition incrémentale sur le progiciel ;
- les règles de consultation de la liste d'opposition incrémentale.

2 Présentation générale

2.1 L'installation de la liste d'opposition incrémentale (LOI) sur le poste du Professionnel de Santé

La gestion de l'opposition par le progiciel devient incrémentale et quotidienne. Une liste d'opposition incrémentale (LOI) des cartes Vitale est donc créée quotidiennement et remplace la liste d'opposition électronique (LOE) dont la fréquence était mensuelle.

Cette liste LOI est mise à jour par le progiciel de manière incrémentale, seul le delta (dLOI) de la liste d'opposition est envoyé quotidiennement au poste du Professionnel de Santé. Le progiciel doit être capable de reconstituer la liste d'opposition incrémentale à partir du ou des incrément(s) (dLOI) reçu(s).

Par ailleurs, l'éditeur doit définir une procédure de mise à disposition de la LOI pour les Professionnels de Santé utilisateurs de son progiciel.

Cette procédure est utilisée uniquement dans les cas :

- de nouvelle installation logicielle ;
- de réception d'un message applicatif négatif SMTP dit ARAN ;
- ou de corruption du fichier LOI sur le Poste de Travail.

La procédure de diffusion de la LOI n'est pas décrite dans le Cahier des Charges SESAM-Vitale, chaque éditeur peut proposer le moyen de son choix pour la mise à disposition de la LOI au Professionnel de Santé.

2.2 Synthèse des actions

2.2.1 Synthèse des actions lors d'une installation de LOI

Lors d'une (première) installation de la nouvelle version du logiciel supportant la LOI et plus généralement lors d'une installation de LOI, l'éditeur doit fournir au Professionnel de Santé la version de LOI la plus récente qu'il détienne.

L'éditeur doit mettre en place une procédure pour sélectionner un fichier LOI préalablement transféré sur le Poste de Travail et le rendre actif, après avoir obligatoirement vérifié sa signature (cf. § 4.3.2).

Le progiciel doit automatiquement envoyer une demande d'incrément afin de mettre à jour sa LOI et ainsi constituer la dernière LOI.

2.2.2 Synthèse des actions pour mettre à jour quotidiennement la LOI

A partir de la LOI active présente sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé, le progiciel doit être capable :

- d'émettre quotidiennement un message SMTP signé non compressé de demande de dLOI vers son distributeur d'opposition *(soit le GIE SESAM-Vitale ou soit un OCT). (Cette fonction doit être débrayable)* ;
- de récupérer les fichiers d'incrément (dLOI) dans sa BAL opposition ;
- de vérifier la concordance entre sa demande de dLOI et le message SMTP de réponse contenant le dLOI reçu du distributeur *(Cette fonction doit être débrayable)* ;
- de décompresser chaque fichier d'incrément (dLOI) ;

- de vérifier la signature de chaque fichier d'incrément ;
- d'ordonner les fichiers d'incrément par rapport au rang inscrit dans le fichier au niveau de la référence de la dLOI ou mentionné dans le nom du fichier ;
- d'intégrer chaque incrément à la LOI active pour reconstituer la nouvelle LOI ;
- de consulter la LOI active, et avertir le cas échéant le Professionnel de Santé que la carte est en opposition ;
- de continuer le processus de facturation avec la liste LOI (n-1) s'il n'arrive pas à intégrer le dernier incrément dLOI. (c'est à dire à reconstituer la liste LOI (n)) ;
- de traiter et de vérifier la concordance entre sa demande de dLOI et le message d'Accusé Réception Applicatif Négatif (ARAN), *(Cette fonction doit être débrayable)*.

2.2.3 Synthèse des actions pour administrer la LOI

Le progiciel doit être capable :

- d'avertir le Professionnel de Santé qu'il n'a pas reçu d'incrément dLOI depuis un certain nombre de jours (ce nombre [NB_JOUR_Max] étant paramétrable) ;
- de paramétrer le nombre maximum de jours sans réponse avant l'avertissement au Professionnel de Santé, [NB_JOUR_Max] ;
- d'avertir le Professionnel de Santé si la liste LOI active possède une date de référence antérieure au 18 du mois précédent ;
- de récupérer la liste quotidienne des certificats serveurs révoqués ;
- de configurer la BAL opposition ;
- de spécifier l'adresse du distributeur d'opposition ;
- d'installer et de renouveler la chaîne de certification servant à vérifier la signature de la LOI et des dLOI;
- de visualiser la référence de la liste d'opposition.

2.2.4 Synthèse des actions pour la consultation de la LOI

Pour la consultation de la liste d'opposition incrémentale, le progiciel exécute les fonctions décrites au § 6 « Description de la consultation de la LOI » basées sur le n° de série de la carte Vitale.

La consultation de la liste d'opposition ne doit pas être effectuée sur les cartes Vitale de démonstration.

2.3 Recommandations pour le Professionnel de Santé

Il est conseillé d'utiliser une BAL opposition distincte de la BAL facturation afin de ne pas perturber les flux financiers.

2.4 Informations complémentaires aux Professionnels de Santé et aux éditeurs

Dans un souci de ne pas surcharger le Distributeur d'Opposition et le réseau de messagerie, il a été décidé de ne pas créer de messages de services indiquant une anomalie de structure SMTP, une anomalie de fichier ou de signature lors d'une demande d'incrément dLOI.

3 Les formats des fichiers

3.1 Format du fichier des incréments de la liste d'opposition incrémentale – dLOI

Description du fichier dLOI

Champ	Format	Valeur	Observation
En-tête			
Taille en-tête	4D		Taille en octets de l'en-tête
Application	20 AN	DLOI	Cadré à gauche complété par des espaces
Version d'application	2D	01	
Référence : Date et rang	12D	AAAAMMJJXXXX	Où AAAAMMJJ représente une date et XXXX un rang.
Format de la liste	4AN	BTMP	Tableau bitmap
Référence de la LOI (n-1)	12D	AAAAMMJJXXXX	Référence de la LOI (n – 1) à laquelle s'applique l'incrément
Référence de la LOI (n)	12D	AAAAMMJJXXXX	Référence de la LOI (n) obtenue après application de l'incrément
Taille signature LOI(n)	4D		Taille (m) en octets de la signature de la LOI(n)
Signature LOI(n)	m O		Signature de la LOI (n) obtenue après application de l'incrément
Liste			
Taille du bitmap	8D		Taille (x) en octets du bitmap

bitmap	x O	Tableau bitmap	Le numéro de série de la carte sert d'index dans le tableau bitmap. L'opposition est codée sur un bit : Valeur 1 : changement d'état de la carte entre la liste LOI(n-1) et la liste LOI(n) Valeur 0 : pas de changement d'état de la carte (cf. 4.3.1 pour les modalités d'application d'un incrément)

Contrôle

Taille contrôle	4D		Taille en octets de la zone contrôle
Taille signature dLOI	4D		Taille (y) en octets de la signature de la dLOI
Signature dLOI	y O		Signature SHA-1/RSA portant sur l'ensemble « en-tête + liste » de la dLOI au format PKCS#1 (cf. 4.4.2 pour les modalités de signature de la liste).
Taille certificat	4D		Taille (z) en octets du certificat
Certificat	z O		Certificat X509 contenant la clé publique permettant de vérifier la signature de l'incrément et de la liste reconstituée.

Avec :

- AN : Alphanumérique (caractères 20h à 7Fh)
- D : Numérique décimal (caractères 30h à 39h)
- O : Octet (caractères 00h à FFh, i.e. quelconque)

3.2 Format du fichier de la liste d'opposition incrémentale – LOI

Description du fichier LOI

Champ	Format	Valeur	Observation
En-tête			
Taille en-tête	4D		Taille en octets de l'en-tête
Application	20 AN	LOI	Cadré à gauche complété par des espaces
Version d'application	2D	01	
Référence : Date et rang	12D	AAAAMMJJXXXX	Où AAAAMMJJ représente une date et XXXX un rang.
Format de la liste	4AN	BTMP	Tableau bitmap
Liste			
Taille du bitmap	8D		Taille (n) en octets du bitmap
bitmap	n O	Tableau bitmap	Le numéro de série de la carte sert d'index dans le tableau bitmap. L'opposition est codée sur un bit : Valeur 1 : la carte est en opposition Valeur 0 : la carte n'est pas en opposition
Contrôle			
Taille contrôle	4D		Taille en octet de la zone contrôle
Taille signature LOI	4D		Taille (m) en octets de la signature
Signature LOI	m O		Signature SHA-1/RSA portant sur l'ensemble « en-tête + liste » au format PKCS#1.
Taille certificat	4D		Taille (x) en octets du certificat
Certificat	x O		Certificat X509 contenant la clé publique permettant de vérifier la signature de la liste.

Avec :

- AN : Alphanumérique (caractères 20h à 7Fh)
- D : Numérique décimal (caractères 30h à 39h)
- O : Octet (caractères 00h à FFh, i.e. quelconque)

3.3 Format du fichier de Demande de dLOI

3.3.1 Description fonctionnelle du fichier de Demande de dLOI

Le fichier joint au message de demande doit contenir les informations fonctionnelles suivantes :

- la référence de la liste (LOI) présente sur le poste du Professionnel de Santé.

  La référence de la liste LOI présente sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé va permettre au distributeur d'opposition de déterminer combien d'incréments dLOI sont nécessaires sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé pour obtenir la LOI à jour : la LOI (n).

- le nom de la Boîte aux lettres dans laquelle le Professionnel de Santé veut recevoir les dLOI.

  Le Poste de Travail du Professionnel de Santé doit permettre une configuration distincte pour une BAL opposition et pour une BAL de facturation. C'est pourquoi, il est nécessaire de fournir cette information dans le fichier joint au message de demande.

- le code du résultat de l'application de l'incrément précédent.

  Ce code permet d'indiquer si le Professionnel de Santé a rencontré des soucis pour l'intégration du précédent incrément.

3.3.2 Composition du fichier de Demande

Ce fichier est écrit en langage XML.

Le fichier joint est composé des rubriques suivantes :

- Une rubrique ou technique ;
- Une rubrique fonctionnelle.

Rubrique technique

Libellé	Signification	Type	Présence
<date_envoi>	Date d'envoi (JJ/MM/AAAA)	Date	Obligatoire
<heure_envoi>	Heure d'envoi (HH:MM)	Date	Obligatoire

Rubrique fonctionnelle

Libellé	Signification	Type	Présence
<ref_LOI>	La référence de la liste (LOI) présente sur le poste du Professionnel de Santé.	Numérique	Obligatoire

Libellé	Signification	Type	Présence
<bal_LOI>	Le nom de la Boîte aux lettres dans laquelle le Professionnel de Santé veut recevoir les dLOI. Remarque : seul ce champ fera foi pour le nom de la BAL apte à recevoir la dLOI. Il ne faut donc pas faire référence automatiquement à la valeur du champ from du message SMTP.	Alphanumérique	Obligatoire
<code_resultat_incr_prec>	Le code du résultat de l'application de l'incrément précédant. Si le Professionnel de Santé a rencontré aucun problème, ce champ est valorisé à : 0 Si le Professionnel de Santé a rencontré un problème, ce champ est valorisé à : 1	Numérique	Obligatoire

3.3.3 Exemple de fichier de demande de dLOI

Fichier donné à titre d'exemple.

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<demande_dLOI xmlns="http://test.GIESESAM-VITALE.fr"
xmlns:xs="http://www.w3org/2001/XMLSchema-instance"
xs:schemaLocation="http://test.GIESESAM-VITALE.fr/schema/message.xsd">
<!--Rubrique technique-->
      <date_envoi>12/07/2007</date_envoi>
      <heure_envoi>14:54</heure_envoi>
<!--Rubrique fonctionnelle-->
      <ref_LOI>200707121001</ref_LOI>
      <bal_LOI>PS.nomfournisseur@domainefournisseur.fr</bal_LOI>
      <code_resultat_incr_prec>0</code_resultat_incr_prec>
</demande_dLOI>
```

4 Description de la mise à jour de la Liste d'Opposition Vitale Incrémentale (LOI) sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé

Le progiciel télécharge de sa BAL Opposition l'ensemble des messages SMTP contenant un incrément dLOI et le récupère.

Ces incréments sont ensuite ordonnés par ordre croissant de leur rang.

Le progiciel intègre les incréments dLOI consécutifs dans la LOI active, en prenant soin de vérifier les signatures associées.

Dès lors qu'il y a un incrément manquant ou bien un problème d'intégration, le progiciel arrête l'intégration des incréments dLOI. Les incréments n'ayant pas été intégrés sont rejetés.

Le progiciel fait une nouvelle demande d'incréments au distributeur d'Opposition à la fin de cette procédure.

Cas particuliers

Si le nombre d'incréments dLOI est jugé trop important par le distributeur d'opposition, un message ARAN est envoyé par le distributeur d'opposition au Poste de Travail du Professionnel de Santé.

Si une demande d'incrément est reçue par le distributeur d'opposition de la part d'un Poste de Travail qui a déjà une LOI active « **à jour** » (i.e. la LOI active est la LOI (n)), aucun message n'est renvoyé au Poste de Travail du Professionnel de Santé.

Cas d'erreurs

Si aucun incrément dLOI n'est disponible chez le distributeur d'opposition pour cause technique, aucun message n'est renvoyé au Poste de Travail.

Si la BAL opposition du Professionnel de Santé contient à la fois des incréments dLOI et un message ARAN, le message ARAN est ignoré et supprimé par le progiciel.

4.1 Diagramme

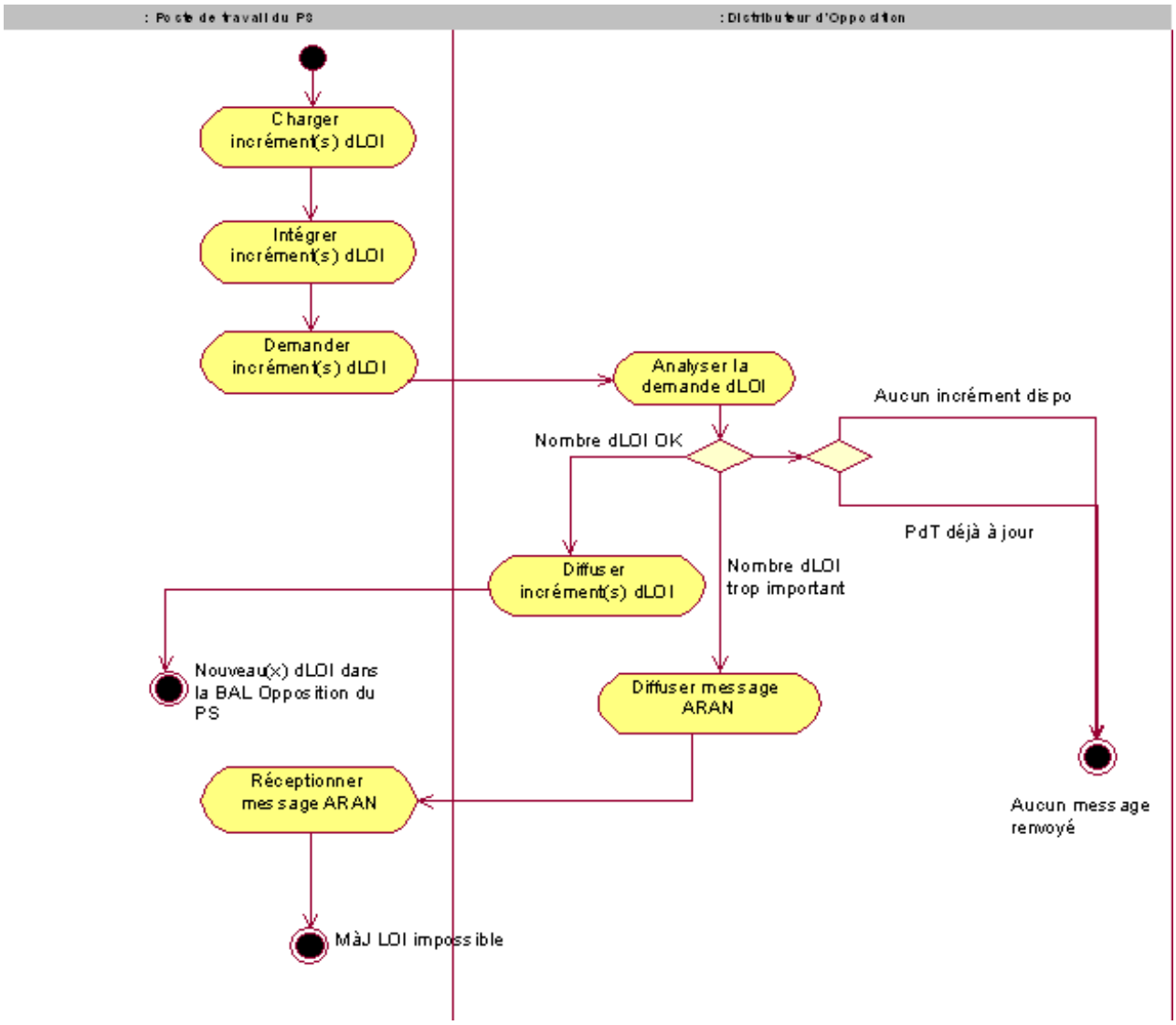


Figure 1 : Processus de mise à jour des dLOI

L'ordonnancement des fonctions de cette fonctionnalité correspond à une situation terrain où le Professionnel de Santé ouvre une session sur son poste et active son progiciel. Son progiciel commence par analyser ses BAL.

4.2 Charger les incrément(s) dLOI

Le progiciel lit la BAL Opposition afin de télécharger l'ensemble des messages SMTP reçu.

Pour chaque message SMTP contenant un incrément dLOI, le progiciel doit vérifier que ce n'est pas un message d'erreur à propos du destinataire d'un des messages de demande d'incrément(s) dLOI (i.e. mauvaise adresse mail du Distributeur d'Opposition).

Si ce n'est pas le cas, il doit vérifier que le message SMTP contenant un incrément dLOI est bien une réponse à une demande d'incrément(s) dLOI. (débrayable)

Le ou les fichier(s) dLOI ainsi obtenu(s) sont alors ordonnés par ordre croissant.

Les éventuels incréments non applicables sont alors supprimés.

4.2.1 Détection d'un problème dans le destinataire du message SMTP

Dans le cas où le progiciel reçoit un mail d'erreur SMTP (i.e. mauvaise adresse mail du Distributeur d'Opposition), il en informe le Professionnel de Santé.

4.2.2 Vérification que le message SMTP contenant un incrément dLOI est bien une réponse à une demande d'incrément dLOI

Le progiciel récupère du message SMTP reçu le champ relatif à l'identifiant original de la demande de dLOI (champ « In-Reply-To »). Il parcourt ensuite la liste des demandes d'incrément(s) dLOI et vérifie si l'une des références de message SMTP de demande d'incrément(s) dLOI est contenue dans le champ de l'identifiant original. Si oui, alors le progiciel continue son traitement.

Cette vérification doit être implémentée par chaque Éditeur mais doit pouvoir être débrayable sur le progiciel.

Cas d'erreurs

Si le message SMTP reçu contenant un incrément dLOI est la réponse à aucune demande d'incrément(s) dLOI.

Le message reçu est rejeté.

4.2.3 Ordonner les incréments

Le nom du fichier compressé dLOI est formaté comme suit :

<référence LOI(n-1)>_<référence LOI(n)>.dloi.gz.

Les références sont de la forme AAAAMMJJXXXX, où AAAAMMJJ représente une date et XXXX un rang.

Le progiciel ordonne les incréments dLOI par ordre croissant, c'est à dire par ordre alphabétique des noms de fichiers.

4.2.4 Supprimer les éventuels incréments non applicables

- Le progiciel supprime tous les incréments dont la référence LOI(n-1) est inférieure à la référence de la LOI active.
- Le progiciel supprime les éventuels incréments reçus en doublon.
- Le nom du fichier du premier incrément de la liste ainsi obtenue étant de la forme <référence LOI(n-1)>_<référence LOI(n)>.dloi.gz, le progiciel doit s'assurer que référence LOI(n-1) = référence de la LOI active sur le Poste de Travail.
- Le progiciel vérifie ensuite la continuité des incréments reçus en s'assurant que leurs références sont consécutives.
- C'est à dire que pour deux incréments ordonnés de type referenceA_referenceB.dloi.gz et referenceC_referenceD.dloi.gz on doit avoir referenceB = referenceC.

  Par exemple :

- Les incréments 200801221001_**200801231002**.dloi.gz et **200801231002**_200801241003.dloi.gz sont consécutifs.
- Les incréments 200801221001_**200801231002**.dloi.gz et **200801241003**_200801251004.dloi.gz ne sont pas consécutifs.

- En cas de rupture de continuité, tous les incréments au-delà du dernier incrément vérifiant les règles ci-dessus sont supprimés.

Ces suppressions sont transparentes pour le Professionnel de Santé et ne doivent pas faire l'objet d'un message d'erreur.

4.3 Intégrer incrément(s) dLOI

Les incréments ordonnés et sélectionnés au § 4.2 sont intégrés séquentiellement de la façon suivante :

- Décompression
- Vérification de signature
- Application de l'incrément

Si l'intégration de l'incrément dLOI s'est bien passée :

  - l'incrément dLOI est effacé,
  - la variable [code_resultat_incr_prec] est positionnée à '0',
  - la LOI obtenue devient active sur le progiciel,
  - Toutes les demandes d'incréments peuvent être supprimées. (cf. § 5.1.4)

Cas d'erreurs

Si l'intégration d'un des incréments n'a pu se réaliser, erreur au § 4.3.1 ou au § 4.3.2 ou au § 4.3.3, alors :

- Les incréments non intégrés dLOI ne sont pas conservés,
- la variable [code_resultat_incr_prec] est positionnée à '1',
- Le progiciel doit avertir le Professionnel de Santé afin qu'il puisse contacter son éditeur et/ou OCT afin de corriger le problème.

Une fois l'ensemble des incréments dLOI intégrés, la liste LOI sur le progiciel est la LOI (n). Il est laissé toute liberté à l'Éditeur d'exploiter la liste LOI (n) telle quelle (format « BITMAP ») ou de la convertir en tout autre format.

Cependant, si l'Éditeur décide d'exploiter la LOI (n) sous un format « différent », il est nécessaire de conserver la LOI (n) format « BITMAP » afin de pouvoir intégrer le prochain incrément dLOI (n+1).

4.3.1 Règle de décompression d'un incrément dLOI

C'est le même algorithme de décompression que celui utilisé pour les fichiers de facturation (cf. Annexe 4 du Cahier des Charges SESAM-Vitale).

4.3.2 Vérification de la signature

Les principes des étapes de la vérification de la signature de la LOI ou des dLOI sont les suivants :

- récupération du certificat contenant la clé publique du bi-clé ayant servi à signer la LOI ou la dLOI dans la zone de contrôle,
- vérification de la validité du certificat :
  - vérification de la date de validité du certificat vis à vis de la date du jour,

  - vérification de la signature du certificat vis à vis de l'autorité de certification (pré-requis, disposer du certificat racine et de l'autorité intermédiaire de l'autorité de certification),
  - vérification de la disponibilité et de la validité de la CRL correspondant à la classe du certificat utilisée : CRL présente sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé et date de validité postérieure ou égale à la date du jour,

  La vérification de la validité du certificat doit se faire sur la chaîne complète, i.e. pour chaque certificat.

  Dans le cas où la CRL est disponible et valide :

  - vérification de la signature de la CRL (cf. document RFC 2459),
  - vérification de la non révocation du certificat : vérifier la non présence du certificat dans la CRL,

  Dans le cas où la CRL n'est pas disponible ou n'est pas valide :

  - la vérification de non révocation du certificat n'est pas faite et n'est pas bloquante pour la suite des opérations,

- récupération de la signature dans la zone de contrôle,
- déchiffrement de la signature avec la clé publique en utilisant l'algorithme RSA. Le résultat est une chaîne de 20 octets,
- calcul d'un condensât sur les zones en-tête et liste avec l'algorithme de hachage SHA-1. Le résultat est une chaîne de 20 octets,
- comparaison des deux chaînes de 20 octets : si égalité, la signature est correcte, sinon la liste ou le fichier dLOI vérifié est corrompu,

Les précisions pour la récupération de la CRL correspondant au certificat utilisé pour la signature des listes sont indiquées au § 5.1.1.

Cet algorithme est également applicable pour la vérification d'un fichier LOI.

4.3.3 Appliquer un incrément dLOI sur une liste LOI

Ce paragraphe décrit comment reconstituer une liste d'opposition LOI(n) à partir de la version précédente LOI(n-1) et l'incrément dLOI(n).

4.3.3.1 Les principes de l'application d'un incrément

- vérification de la signature de l'incrément dLOI reçu,
  - vérification que l'incrément reçu s'applique bien à la liste présente sur le poste :
  - lire la référence de la liste LOI (n-1) dans l'entête de l'incrément,
  - lire la référence de la liste présente sur le poste dans l'entête de celle-ci,
  - si égalité, l'incrément est applicable,
- copier la liste LOI(n-1) dans une nouvelle liste LOI(n),
- dans l'entête de la liste LOI(n), recopier la référence de la LOI(n) depuis l'incrément dLOI(n),
- pour chaque octet du bitmap de la LOI(n), appliquer un XOR (ou logique exclusif) avec l'octet correspondant du bitmap de l'incrément,

- recopier la signature de la LOI(n) dans la zone de contrôle depuis l'entête de l'incrément dLOI(n),
- recopier le certificat de l'incrément dLOI(n) dans la zone de contrôle de la LOI(n),
- vérifier la signature de la LOI(n) ainsi obtenue (cf. § 4.3.2),
- Cette nouvelle liste devient la liste active, la liste LOI(n-1) peut être supprimée.

4.3.3.2 Code source exemple

Ci-après un code source Java exemple illustrant l'implémentation de l'application du XOR sur les bitmaps :

```
////////////////////////////////////////////////////////////////////
/// fonction application d'un XOR entre liste n - 1 et incrément
////////////////////////////////////////////////////////////////////
static final int    BUFFER_SIZE   = 2048;

public static void XOR(File f_in, File f_diff, File f_out)
           throws Exception {
    // ouverture fichier f_in et f_diff en lecture
    // création fichier f_out en écriture
    FileInputStream in = new FileInputStream(f_in);
    FileInputStream dest = new FileInputStream(f_diff);
    RandomAccessFile out = new RandomAccessFile(f_out, "rw");

    //Lecture des infos bitmaps f_in et f_diff
    Lire_InfoBitmap (f_in, bitmap);
    Lire_InfoBitmap (f_diff, bitmap_diff)

    // on "saute" les entêtes de fichiers
    dest.skip(bitmap_diff.offset);
    in.skip(bitmap.offset);

    /// application d'un XOR entre le fichier in et
    /// le fichier diff par bloc
    for (int j = 0;; ++j) {

           /// Création de buffer et initialisation à 0 du contenu
           byte[] i_buf = new byte[BUFFER_SIZE];
           byte[] d_buf = new byte[BUFFER_SIZE];
           byte[] buf = new byte[BUFFER_SIZE];

           // lecture des buffers
           int size = 0;
           int i_offset = in.read(i_buf);
           int d_offset = dest.read(d_buf);

           // si fin des deux fichiers atteint, fin du traitement
           if (i_offset == -1 && d_offset == -1) {
                  break;
           }


           // application du XOR sur chacun des octets des buffers lus
           int max_read = Math.max(d_offset, i_offset);
           for (int i = 0; i < max_read; ++i) {
                  buf[i] = (byte) (i_buf[i] ^ d_buf[i]);

           }

           // écriture du buffer dans le fichier out liste n
           out.seek(bitmap.offset + BUFFER_SIZE * j);
           out.write(buf, 0, max_read);
     }
```

```
    out.close();
}
```

4.4 Demander incrément(s) dLOI

Pour constituer son fichier de demande de dLOI, le progiciel récupère :

- le champ « Référence : Date et rang » de l'en-tête de la liste LOI active ;
- ainsi que le nom de la BAL dans laquelle il souhaite recevoir les dLOI ;
- et le code résultat de l'application de l'incrément précédent [code_resultat_incr_prec],

Il réalise un message SMTP de demande d'incrément(s) dLOI dans le but de remettre à jour sa liste LOI et donc d'avoir la LOI (*n*).

Une fois le message constitué, le progiciel :

- **signe le message** à l'aide de la carte CPS du Professionnel de Santé
- et remplit la liste des demandes d'incrément(s) dLOI.

Cette fonction doit être débrayable, ce qui signifie que le Poste de Travail du Professionnel de Santé peut recevoir un dLOI sans avoir envoyé un message de demande.

Cas d'erreurs

Si, à la suite de l'envoi du message SMTP de demande d'incrément(s) dLOI, un message d'erreur est reçu dans la BAL Opposition, le progiciel en informe le Professionnel de Santé.

4.4.1 Message SMTP de demande d'incrément(s) dLOI

La description du message SMTP de demande d'incrément(s) dLOI est décrite dans le § 12 de l'annexe 4 du CdC SESAM-Vitale.

4.4.2 Signature du message SMTP de la demande d'incrément(s) dLOI

Le calcul de la signature du message SMTP de demande d'incrément(s) dLOI est décrit dans le § 12 de l'annexe 4 du CdC SESAM-Vitale.

4.4.3 Nombre de demande par jour

Le progiciel doit réaliser une demande d'incrément(s) dLOI par jour, même s'il consulte sa BAL Opposition plusieurs fois par jour.

Exception : dans un souci de mise au point de l'opposition incrémentale le Professionnel de Santé peut, manuellement, outrepasser cette règle et forcer le progiciel à faire d'autres demandes dans la même journée.

4.4.4 Remplir la liste des demandes d'incrément(s) dLOI

Le progiciel complète la liste des demandes par :

- la date du jour,
- la référence du message SMTP de demande d'incrément(s) dLOI.

4.5 Traiter le message ARAN

A la réception d'un message SMTP ARAN, le progiciel contrôle que le message ARAN reçu est bien une réponse à une demande d'incrément(s) dLOI. Si oui, alors il analyse le code retour mentionné dans le message.

Si ce code est valide et qu'il indique que la mise à jour de la liste LOI active sur le progiciel est impossible (nombre d'incrément dLOI nécessaire à la mise à jour de la LOI active est trop grand) alors le progiciel :

- informe le Professionnel de Santé du problème,
- conseille au Professionnel de Santé de contacter son Opérateur de diffusion LOI afin de récupérer la LOI *(n)*.

4.5.1 Vérifier que le message ARAN est bien une réponse à une demande d'incrément dLOI

Le progiciel récupère du message ARAN reçu le champ relatif à l'identifiant original « In-Reply-To ». Il parcourt ensuite la liste des demandes d'incrément(s) dLOI et vérifie si l'une des références de message SMTP de demande d'incrément(s) dLOI est contenue dans le champ de l'identifiant original. Si oui, le progiciel supprime la ligne dont la référence est incluse dans l'identifiant original.

Un seul message ARAN est possible pour un message de demande.

Cette vérification doit être implémentée par chaque Éditeur mais doit pouvoir être débrayable sur le progiciel.

Cas d'erreurs

Le message ARAN reçu n'est la réponse d'aucune demande d'incrément(s) dLOI.

Dans ce cas le message ARAN reçu est rejeté.

4.5.2 Vérifier le code mentionné dans le message SMTP ARAN

Le progiciel récupère le code retour mentionné dans le message SMTP ARAN et contrôle que ce code est bien dans la liste des codes ARAN (ex :'0100' signifiant « nombre de dLOI à envoyer trop important »).

Cas d'erreurs

Le code retour mentionné dans le message SMTP ARAN est différent de la liste des codes ARAN (ex :'0100').

En cas de réception d'un code inconnu, le Poste de Travail doit le signaler au Professionnel de Santé.

5 Description de l'administration de la Liste d'Opposition Incrémentale (LOI)

5.1 Administrer quotidiennement le Poste de Travail du Professionnel de Santé

Cette fonctionnalité regroupe les actions qui doivent être réalisées quotidiennement sur le progiciel :

- Récupérer la liste des Certificats Serveurs Révoqués ;
- Contrôler le nombre de non-réponse aux différentes demandes d'incrément(s) dLOI ;
- Informer en cas de non mise à jour de la LOI au début de chaque mois.

5.1.1 Récupérer la liste des Certificats Serveurs Révoqués

Annuaire LDAP

Le GIE SESAM-Vitale a choisi de mettre à disposition les listes de révocation (CRL) dans un annuaire basé sur le protocole LDAP. Ces CRL sont émis par l'IGC OSI du GIE SESAM-Vitale et sont relatifs aux autorités de certification « AC-FACTURATION », « AC_SERVEUR » et « AC-SERVICES-APPLICATIFS ».

Récupération de la CRL

L'adresse de récupération de la liste de révocation des certificats est disponible dans le champ du certificat « **point de distribution de la liste de révocation des certificats** ».

Vérification de la CRL

Les vérifications à effectuer par le LPS sur la CRL sont les suivantes :

- Vérification de la signature de la CRL par la bonne autorité de certification (AC)
- Vérification de la date de validité de la CRL

Recommandations

Les recommandations de récupération des CRLs reposent sur les principes suivants d'utilisation :

- **limitation du téléchargement** aux CRLs correspondant aux certificats susceptibles d'être acceptés par l'application ;
- **fréquence** de téléchargement des CRLs **en rapport avec la fréquence de publication** de celles-ci ;
- **variabilité des horaires de téléchargement** des CRLs lorsque celui-ci est automatisé (notamment pour que toutes les instances d'un même produit installé chez différents clients ne téléchargent pas les CRLs en même temps : prévoir par exemple un étalement de téléchargement « aléatoire » sur plusieurs heures) ;

- **limitation des durées de connexion** au temps nécessaire au téléchargement des CRLs (pas de maintien de session après un (ou une tentative de) téléchargement).

Le standard de référence décrivant le format des CRLs est le RFC 5280. Toutefois, la fréquence de publication est laissée libre à chaque IGC. Toute CRL contient obligatoirement la date/heure de la publication de la CRL suivante (extension nextUpdate) permettant ainsi à un vérificateur de récupérer la nouvelle CRL avant l'expiration de la CRL en cours.

La méthode suivante est recommandée pour assurer la bonne gestion de la CRL :

- Un chargement quotidien est mis en place pour la CRL en exploitation. La CRL est publiée tous les jours approximativement à la même heure – vers 0h00. Le chargement peut donc commencer à partir de 2h00. La première requête doit être planifiée aléatoirement sur plusieurs heures (8 heures minimum) après 2h00 jusque 22h00 (algorithme intégré dans le logiciel par son éditeur devant garantir qu'il y a une répartition de charge chez ses clients).
- S'il se produit un problème lors du chargement *(problème technique ou chargement de la même CRL)* :
  - relancer le chargement tous les jours selon les mêmes règles que précédemment,
  - si le problème persiste toujours, afficher un message d'alerte au Professionnel de Santé lui demandant de contacter le fournisseur de sa solution avant l'expiration de la CRL. Ce dernier doit analyser la source du problème et contacter si besoin le centre de service du GIE SESAM-Vitale.

5.1.2 Contrôler le nombre de non-réponse quotidiennes aux différentes demandes d'incrément(s) dLOI

Quotidiennement, le progiciel contrôle le nombre de jours maximum écoulés sans avoir reçu de message d'incrément dLOI en comparant la date du jour avec la date de référence de la LOI active.

Si ce nombre est supérieur à [NB_JOUR_Max], le poste de travail informe le Professionnel de Santé qu'il n'a pas reçu d'incrément dLOI depuis [NB_JOUR _Max] jours.

Le progiciel invite le Professionnel de Santé à contacter son distributeur d'opposition afin de connaître l'origine du problème et ensuite, si nécessaire, son opérateur de diffusion LOI afin de récupérer la liste LOI (n).

5.1.3 Informer en cas de non mise à jour de la LOI au début de chaque mois

Cette sous fonction doit être implémentée par chaque Éditeur mais doit pouvoir être débrayable sur le progiciel afin de suivre les éventuelles évolutions conventionnelles.

Tous les jours, le progiciel contrôle que la liste LOI active possède une date de référence postérieure au 18 du mois précédent.

Pour ce faire, le progiciel lit le champ « Référence : Date et rang » de l'**En-tête** du fichier de la liste LOI active. Ce champ étant au format **AAAAMMJJ**XXXX, le progiciel ne prend que les 8 premiers digits AAAAMMJJ pour obtenir la date de référence.

Il compare cette date de référence AAAAMMJJ avec aaaayy18,

où : aaaayy18 = 18e jour précédent la date du contrôle.

Si la date de référence est postérieure alors le progiciel considère que la LOI active est régulièrement mise à jour.

Si ce n'est pas le cas, le progiciel :

- informe le Professionnel de Santé que sa liste LOI active n'est pas à jour,
- invite le Professionnel de Santé à prendre contact avec son Opérateur de diffusion LOI afin de récupérer la LOI (n).

Par exemple : Prenons la date de référence au 20070319.

- Si la date de contrôle se trouve entre le 20070320 et le 20070431, le contrôle s'effectuera par rapport à la date 20070318.

  La date de référence étant postérieure au 20070318, le contrôle sera passant.

  En effet :

  Une LOI du 19 mars = > date de référence = 19 mars

  Le jour du contrôle est **le 31 avril** => date de contrôle est le 18 mars

  La date de référence est postérieure à la date de contrôle donc **la LOI du 19 mars est suffisamment à jour.**

- Si la date de contrôle est le 20070501 et après, le contrôle s'effectuera par rapport à la date 20070418.

  La date de référence étant antérieure au 200704718, le contrôle aboutira à un avertissement.

  En effet :

  Une LOI du 19 mars ➔ date de référence = 19 mars.

  Le jour du contrôle est le 1er mai ➔ date de contrôle est le 18 avril.

  La date de référence n'est pas postérieure à la date de contrôle donc **la LOI du 19 mars n'est pas suffisamment à jour.**

  L'écart maximum est de 1 mois et demi.

5.1.4 Sauvegarde/Archive

Le poste doit conserver ses demandes de dLOI tant qu'il n'a pas reçu de réponses correspondantes.

5.2 Administrer ponctuellement le poste de travail du Professionnel de Santé

Cette fonctionnalité regroupe les fonctions d'administration qui doivent être faites sur le progiciel :

- Paramétrer les informations liées à l'opposition sur le progiciel ;
- Installer et renouveler la chaîne de Certification sur le progiciel ;
- Mettre au point l'opposition incrémentale sur le poste de travail ;

- Visualiser la référence de la LOI active sur le poste de travail.

5.2.1 Paramétrer les informations liées à l'opposition sur le poste du Professionnel de Santé

Sur son poste de travail, le Professionnel de Santé peut avoir besoin de configurer :

- l'adresse de sa BAL Opposition,
- l'adresse du Distributeur d'opposition,
- le nombre maximum de jour [NB_JOUR_Max] que le progiciel peut accepter avant d'alerter le Professionnel de Santé.

5.2.1.1 Configurer la BAL Opposition

Le Professionnel de Santé est libre de choisir son fournisseur de messagerie électronique. L'adresse de sa BAL Opposition doit être une adresse valide.

5.2.1.2 Paramétrer l'adresse du Distributeur d'Opposition

Le progiciel spécifie pour le distributeur d'Opposition l'adresse mail suivante :

oppv-loi@opposition.sesam-vitale.rss.fr, dans le cas où le Professionnel de Santé utilise le distributeur du GIE SESAM-Vitale.

5.2.1.3 Paramétrer le nombre maximum de jours acceptable sans réception de dLOI

Le Professionnel de Santé paramètre [NB_JOUR_Max] à la valeur qu'il souhaite.

Cette valeur pourra être choisie en fonction des recommandations faites par son Distributeur d'Opposition ou de son Éditeur.

La valeur par défaut donnée au paramètre [NB_JOUR_Max] est 7.

5.2.2 Installer et Renouveler la chaîne de Certification sur le progiciel du Professionnel de Santé

Les autorités de certification permettent de vérifier la validité des certificats utilisés. Ces autorités doivent donc être obligatoirement installées et mises à jour sur le poste utilisateur. Cette opération d'installation ou de mise à jour doit être réalisée par une « personne de confiance » sous le contrôle de l'utilisateur final du poste de travail.

Le système d'exploitation du poste de travail ou les navigateurs Internet mettent à jour automatiquement les « autorités commerciales reconnues » sur le marché. Pour les autorités spécifiques, comme celles de l'IGC OSI du GIE SESAM-Vitale, celles-ci doivent être installées par le progiciel ou le Professionnel de Santé utilisateur de la solution :

- Cette installation peut être prise en charge automatiquement par l'éditeur du progiciel qui récupèrera l'AC auprès du GIE SESAM-Vitale et pourra mettre à jour son parc de clients en même temps que son offre logicielle ;
- Une procédure manuelle doit également être mise à disposition du Professionnel de Santé pour que celui-ci puisse réaliser cette opération sans passer par l'éditeur du progiciel.

Le progiciel doit pouvoir gérer plusieurs chaînes de certification en parallèle sur le poste de travail pour assurer les périodes de migration d'une autorité vers une autre (minimum 2).

A titre d'information, les AC suivantes sont ou seront utilisées pour signer les LOI et dLOI :

- AC IGC OSI / AC_SERVEUR à compter de novembre 2019
- AC IGC OSI / AC-SERVICES-APPLICATIFS

D'autres AC pourront être mises en œuvre ultérieurement en fonction des évolutions des recommandations de sécurité issues du référentiel général de sécurité (RGS) ou des dates de fin de vie des AC utilisées.

Le canal de transmission de ces certificats autorités sur le progiciel est laissé libre à l'éditeur de logiciel de santé.

5.2.3 Mettre au point l'opposition incrémentale

Pour des raisons de mise au point de l'opposition incrémentale, le Professionnel de Santé peut, manuellement, forcer son progiciel à faire une demande d'incrément dLOI.

Le recours à ces demandes manuelles d'incréments dLOI doit rester marginal, surtout si ces demandes sont faites dans la même journée.

5.2.4 Visualiser la référence de la LOI active

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de visualiser la référence de la LOI active sur son poste.

5.3 Synthèse des fonctions débrayables

Dans la liste des fonctions pour la mise à jour ou l'initialisation de la LOI, certaines fonctions peuvent être débrayables. Le tableau ci-dessous indique les fonctions débrayables qui sont liées entre elles.

1	**Corps du CdC §3.2.3.2**	**Activation de la LOI**	✓		
2	**Annexe 6 § 2.2.2**	**Fonction de demande SMTP quotidienne de dLOI**		✓	
3	**Annexe 6 § 2.2.2**	**Fonction de contrôle de la concordance entre la demande de dLOI et la réponse de dLOI reçue**		✓	
4	**Annexe 6 § 2.2.2**	**Fonction de contrôle de la concordance entre la demande de dLOI et le ARAN**		✓	
5	**Annexe 6 § 5.1.3**	**Fonction pour informer en cas de non mise à jour de la LOI au début de chaque mois**			✓

Les fonctions 2, 3, 4 sont liées entre elles. Elles sont donc soit activées, soit désactivées en même temps.

Si le Professionnel de Santé n'active pas ou désactive la LOI (fonction n°1) aucune des fonctions de l'annexe 6 ne sont mises en œuvre.

6 Description de la consultation de la LOI

Ce paragraphe décrit comment, à partir du numéro de série d'une carte Vitale, déterminer si cette dernière est en opposition ou non à partir des données contenues dans la LOI.

6.1 Principe de la consultation

Les étapes du principe de la consultation d'une LOI sont les suivantes :

- lecture de la carte Vitale, récupération du numéro de série et du type de carte (REELLE, TEST ou DEMONSTRATION),
- Si la carte Vitale est de type « DEMONSTRATION » alors la consultation de la liste est abandonnée, sinon :
- effectuer une division euclidienne par 8 du numéro de série,
- lire dans le fichier contenant la LOI l'octet contenant les informations relatives à cette carte (positionnement dans le fichier à l'octet n° (quotient de la division précédente + taille de l'en-tête) les index débutant à la valeur 0),
- appliquer un masque sur l'octet lu correspondant au bit de la carte correspondant au reste de la division. La construction du masque et le test du bit se font de la façon suivante :
  - initialiser le masque à la valeur 01h,
  - décaler le masque de n position vers la gauche, n correspondant au reste de la division euclidienne (modulo) du n° de série de la carte par 8,
  - effectuer un ET logique entre le masque obtenu et l'octet lu dans la LOI,
  - si le résultat de l'opération est égal à 0, la carte n'est pas en opposition, sinon, la carte est en opposition,
- si le numéro de série de la carte est en dehors de la plage des numéros de série gérée par la LOI, la carte doit être considérée comme en opposition.

6.2 Code source exemple

Ci-après un code source Java exemple illustrant l'implémentation du principe :

```
////////////////////////////////////////////////////////////////////
/// Fonction de consultation d'une carte en opposition depuis un
/// fichier bitmap


private static boolean Consulter(File f_in, long cardNum)
        throws Exception {

    // Ouverture du fichier en lecture
    FileInputStream in = new FileInputStream(f_in);

    // Lecture des infos relatives au bitmap : taille + offset
    // stockage dans une structure bitmap (taille, offset)
    Lire_InfoBitmap (f_in, bitmap) ;

    // Calcul de l'index de l'octet à lire dans le fichier
    // = n° série carte / 8  + offset
    long pos = (int) ((cardNum) / 8);

    // test si l'index n'est pas hors-limite
    // (taille du bitmap indiqué dans l'entête)
    // => numéro série invalide, donc en opposition
```

```
    if (pos > bitmap.taille) {
           return true
    }

    // positionnement sur le fichier et lecture de l'octet
    in.skip(pos + bitmap.offset);
    int b = in.read();

    // test du bit correspondant au n° de série de la carte testée
    // bit = 1 : carte en oppo, bit = 0 carte non en oppo
    return (b & (1 << ((cardNum) % 8))) != 0;
}
```

7 Définitions techniques des paramètres spécifiques à la LOI

En général, le glossaire est inscrit dans le corps du Cahier des Charges SESAM-Vitale. Cependant, lorsque qu'il existe des paramètres spécifiques à un sujet (ex. : LOI), ils sont inscrits dans l'annexe de celle-ci si elle existe. D'où la création de ce chapitre dans l'annexe 6.

Définitions	
Cas d'erreur	Arrêt du fonctionnement du système.
Cas particulier	Déroulement ponctuel hors cas nominal.
Code_resultat_incr_prec	Code résultat de l'intégration d'un incrément dLOI sur une liste LOI.
NB_JOUR_Max	Nombre maximum de jours sans réponse que le progiciel pourra accepter avant d'alerter son PS.

Annexe 7

Architecture et Sécurité

Intégrant l'Addendum n°8

Mise à jour Janvier 2024

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.

Sommaire

1 Introduction 5

2 Acronymes, définitions et références 6

3 Biens et fonctions sensibles à protéger 9

3.1 Biens liés aux bénéficiaires de soins et aux PS 9
3.2 Biens liés à la création, certification et télétransmission des FSE/DRE 10
3.3 Fonctions liées à la création, certification et télétransmission des FSE/DRE 10

4 Objectifs de Sécurité 12

5 Exigences de sécurité 14

5.1 Introduction 14
5.2 Gestion de la Sécurité 15
5.2.1 Règles de gestion de la sécurité 15
G1 : Analyse de risques 15
G2 : Gestion des biens sensibles 15
G3 : Audit de la solution : 16
G4 : Formation et sensibilisation du personnel 16
G5 : Cryptographie 16
G6 : Gestion des correctifs de sécurité 16
G7 : Supervision et gestion des incidents de sécurité 16
G8 : Guide d'installation et conditions d'utilisation 17
5.3 Protéger l'environnement local 17
5.3.1 Règles d'autoprotection logique des équipements de l'environnement local 17
EL1 :Traçabilité des événements de sécurité 17
EL2 :Renforcement du Système d'Exploitation 18
EL3 :Effacement sécurisé des données sensibles 18
5.4 Protéger les données et fonctions sensibles 18
5.4.1 Règles de protection des données 18
SP1 : Intégrité des données 18
SP2 : Confidentialité des données 18
SP3 : Contrôle d'accès, habilitation 19
SP4 : Mémorisation du code porteur de la CPS 19
5.4.2 Règles de protection des fonctions 19
SA1 : Contrôle d'accès, habilitation 19
SA2 : Journalisation et traçabilité 19
SA3 : Politique de mots de passe 20
SA4 : Durée des sessions utilisateur 20
5.5 Protéger les communications 20
5.5.1 Règles de protection des communications 20
C1 : Contrôle des flux 20
C2 : Authentification mutuelle et chiffrement 21
C3 : Protocoles sans fil 21
C4 : Validation par l'utilisateur des accès distants à l'équipement 21
5.6 Protéger l'environnement distant 21
5.6.1 Règles de protection physique de l'environnement distant 21
DO1 : Accès à /aux salle(s) d'hébergement 22
5.6.2 Règles d'autoprotection logique de l'environnement distant 22
DL1 : Cloisonnement réseau 22
DL2 : Renforcement des configurations 22
DL3 : Intégrité des composants logiciels de l'environnement distant 23
DL4 : Protection des sauvegardes et archives 23
DL5 : Effacement sécurisé des données 23

6 Les architectures du Poste de Travail 24

6.1 L'analyse sécuritaire dans le cadre de la procédure d'agrément 24
6.2 Les architectures « environnement local » 25
6.2.1 Généralités 25
6.2.2 Configuration 1 : Poste de Travail seul 25

6.2.3 Configuration 2 : Réseau local 25
6.2.4 Configuration 3 : Grappe de Postes de Travail en réseau local 26
6.2.5 Configuration : Configurations « réseau local » mixtes 26
6.3 Les architectures « environnements local et distant » 27
6.3.1 Généralités 27
6.3.2 Configuration 6 : TLA(s) distant(s) 27
6.3.3 Configuration 7 : Gestion multiserveurs distants et multi Postes de Travail distants 28
6.3.4 Configurations 8 : Autres configurations 29

1 Introduction

La présente annexe a pour but de :

- Spécifier les exigences sécuritaires applicables aux solutions agréées.
- Décrire les différentes configurations et architectures techniques du Poste de Travail du Professionnel de Santé autorisées dans le cadre de l'agrément SESAM-Vitale.
- Définir parmi les configurations autorisées celles devant faire l'objet d'un dossier de sécurité soumis à l'agrément et celles devant faire l'objet d'une déclaration des fonctions de sécurités mises en œuvre sur la solution présentée :
  - Dans le premier cas (réalisation d'un dossier de sécurité), le dossier sera examiné lors de la phase d'agrément pour vérifier la conformité de la solution proposée aux présentes exigences de sécurité.
  - Dans le second cas (déclaration des fonctions de sécurités mises en œuvre), la déclaration est fournie à titre informatif et n'a pas d'incidence sur l'obtention de l'agrément de la solution.

2 Acronymes, définitions et références

Tableau 1 : acronymes

Terme	Définition
API	Application Programming Interface
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPS	Carte Professionnel de Santé
DAM	Domaine Assurance Maladie
DRE	Demande de Remboursement Electronique
FSE	Feuille de soins électronique
FSV	Fournitures SESAM-Vitale
GIE S/V	GIE SESAM-Vitale
HSM	Hardware Security Module
LAN	Local Area Network (Réseau local utilisant typiquement une connectivité Ethernet ou Wi-Fi)
LV	Lecture Vitale (services de pré-lecture des données Vitale)
NCC	Numéro de Certificat de Conformité
OCT	Organisme Concentrateur Technique
OS	Operating Systeme (Système d'exploitation)
OWASP	Open Web Application Security Project, https://www.owasp.org
PAN	Personal Area Network (Réseau « personnel », utilisant typiquement une connectivité de type Bluetooth)
PS	Professionnel de Santé
RAC	Référentiel Accès cartes
RGS	Référentiel Général de Sécurité
SV	SESAM-Vitale
TL	Terminal Lecteur
TLA	Terminal Lecteur Application (TL déporté)
TLS	Transport Layer Security
WAN	Wide Area Network (Réseau couvrant une région très étendue, typiquement de type réseau de téléphonie mobile ou internet)

Tableau 2 : définitions

Termes	Définition
Composant	Ensemble des éléments logiciels ou matériel nécessaires à l'exécution des fonctions SESAM-Vitale de l'équipement (facturation, certification des factures, lecture ou écriture d'une carte) et des fonctions de sécurité de la solution. Selon l'architecture de la solution, cela peut par exemple inclure des applications, l'OS et également l'espace mémoire des données applicatives liées à ces composants.
Environnement physique	Décrit l'ensemble des locaux et/ou bâtiments (distant et/ou local) hébergeant tout ou partie de la solution. L'environnement physique d'un Professionnel de Santé sera par exemple un cabinet ou une pharmacie. L'environnement physique d'un service distant sera par exemple un « data center ».
Équipement	L'équipement est le composant physique de la solution manipulé par l'utilisateur comprenant le matériel (dont le lecteur de carte) et le logiciel associé.
Lecteur	Le lecteur désigne le dispositif permettant d'accéder aux cartes Vitale et CPS. Celui-ci peut aussi comporter un clavier, un afficheur, une connectique,...
Opérateur de la solution	Ensemble des acteurs chargés de l'exploitation ou de la maintenance de tout ou partie de la solution et de son infrastructure, y compris les sous-traitants éventuels.
Editeur	Acteur faisant la demande d'agrément de la solution auprès du CNDA. L'éditeur n'est pas nécessairement l'opérateur de la solution.
Utilisateur de la solution	Acteur final « client » de la solution agréée à qui elle est destinée. Il s'agit en général d'un Professionnel de Santé.
Solution	La solution désigne le système informatique global répondant au présent cahier des charges. Il inclut typiquement : Un ou plusieurs *équipements* client, pouvant éventuellement être interconnectés sous forme d'un ou plusieurs *environnements locaux* ; Un ou plusieurs *environnements distants*
Environnement Distant	L'environnement distant désigne un système informatique situé hors de l'environnement physique de l'utilisateur, offrant un service au travers d'une connexion réseau.
Environnement local	L'environnement local désigne le système informatique situé dans l'environnement physique de l'utilisateur.

Tableau 3 : références externes

Référence	Titre
CNIL	Commission Informatique et Liberté : http://www.cnil.fr/
ANSSI-RGS	Référentiel Générale de sécurité (RGS) : http://www.ssi.gouv.fr/fr/reglementation-ssi/referentiel-general-de-securite/
ANSSI-NOTES	Bonnes pratiques à destinations des industriels : http://www.ssi.gouv.fr/entreprise/bonnes-pratiques/
RFC-TLS	TLS désignera dans ce document la dernière version disponible du protocole Transport Layer Security. A date de rédaction de ce document, il s'agit de la version 1.2 (https://tools.ietf.org/html/rfc5246)
DECRET-2007-960	Ministère de la santé et de la solidarité : Décret n°2007-960 du 15 mai 2007 relatif à la confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique
ASIP-PGSSIS	Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information de Santé (PGSSI-S), http://esante.gouv.fr/services/referentiels/securite/pgssi
ANSSI-MDP	Recommandations de sécurité relatives aux mots de passe, http://www.ssi.gouv.fr/guide/mot-de-passe/
ANSSI-SYSTEME	Recommandations de configuration d'un système GNU/Linux, DAT-NT-28/ANSSI/SDE/NP, http://www.ssi.gouv.fr/guide/recommandations-de-securite-relatives-a-un-systeme-gnulinux/
ANSSI-PASSERELLE	Guide de définition d'une architecture de passerelle d'interconnexion sécurisée, 3248/ANSSI/ACE, http://www.ssi.gouv.fr/guide/definition-dune-architecture-de-passerelle-dinterconnexion-securisee/
HDS	Référentiel hébergeur de données de santé : http://esante.gouv.fr/services/referentiels/securite/le-referentiel-de-constitution-des-dossiers-de-demande-d-agrement-des

Tableau 4 : Documents de référence

Référence	Titre
GUIDE	Guide de rédaction du dossier de sécurité (PDT-GU-009)
FORMULAIRE	Déclaration des fonctions de sécurité mises en œuvre (PDT-GU-010)

3 Biens et fonctions sensibles à protéger

Le chapitre suivant décrit les biens sensibles à protéger par la solution soumise au présent référentiel d'exigences.

Ce référentiel d'exigence de sécurité ne traite pas de données de santé, il n'y a donc pas de données sensibles associées. En revanche, le référentiel identifie des biens à protéger parmi les données médico-administratives et les données sensibles de la solution elle-même (par exemple les éléments cryptographiques servant à protéger ces données sensibles).

Les biens sensibles identifiés ci-après sont classifiés en termes d'intégrité et de confidentialité de la façon suivante :

Classification	Intégrité	Confidentialité
Moyen	Simple contrôle d'intégrité et de syntaxe des données	Diffusion restreinte aux personnes ayant besoin d'en connaître le contenu
Fort	Authenticité et intégrité de la donnée garanties	Informations spécifiques (données médicales, fort impact sécurité)

3.1 Biens liés aux bénéficiaires de soins et aux PS

Dénomination	Biens sensibles
Données sensibles bénéficiaire	Données sensibles administratives et médico-administratives stockées dans le support Vitale du bénéficiaire ou tout autre support. • Sont considérées comme sensibles « Moyen » en confidentialité : ○ Le NIR, nom et prénom du bénéficiaire ○ Le code couverture du bénéficiaire de soins ○ Les périodes de droits AMO et AMC • Sont considérées comme sensibles « Moyen » en intégrité : ○ Toutes les données issues du support Vitale
Données sensibles PS	Données sensibles administratives et médicaux-administratives stockées dans la carte CPS ou tout autre support. • Sont considérées comme sensibles « Moyen » en confidentialité : ○ DAM – Informations nécessaires à la facturation ○ L'identifiant du PS • Sont considérées comme sensibles « Moyen » en intégrité : ○ Toutes les données issues de la carte CPS

Dénomination	Biens sensibles
Données cryptographiques CPS	Code porteur CPS (code authentifiant le PS sur la carte) : « Fort » en confidentialité et intégrité.

3.2 Biens liés à la création, certification et télétransmission des FSE/DRE

Dénomination	Biens sensibles
Données de facturation	Ces données incluent : • Les données sensibles du bénéficiaire et du PS issues du support Vitale et de la CPS • Les FSE et DRE dans leur ensemble Sont considérés comme sensibles « Moyen » en intégrité : ○ tous Sont considérés comme sensibles « Moyen » en confidentialité : ○ Les données des FSE/DRE faisant l'objet d'un chiffrement applicatif
Données d'authentification PS	Les données d'authentification PS incluent : • Les données d'authentification pour accéder à l'environnement distant, si la solution inclut un environnement distant : « Fort » en confidentialité et intégrité.
Applications et données hors SESAM Vitale	Cette catégorie recouvre les applications et données résidant dans la solution hors SESAM-Vitale, mais pouvant impacter les biens SESAM-Vitale, notamment : • Les clés propres à l'industriel, certificats, autorités de confiance. • Le système de mise à jour de la solution et les clés associées • Système de contrôle d'accès et clés associées

3.3 Fonctions liées à la création, certification et télétransmission des FSE/DRE

Dénomination	Biens sensibles
Acquisition des données bénéficiaires	Fonction permettant l'acquisition dans la solution des données bénéficiaires de soins en provenance du support Vitale ou tout autre support

Dénomination	Biens sensibles
Acquisition des données PS	Fonction permettant l'acquisition dans la solution des données d'identification du PS
Réalisation des factures	Fonction permettant l'acquisition des données constitutives des factures, leur formatage et leur sécurisation.
Transmission des factures	Fonction permettant la transmission des factures réalisées vers l'assurance maladie.

4 Objectifs de Sécurité

Le référentiel est structuré en fonction des besoins de sécurité principaux des solutions :

- La protection des biens liés aux bénéficiaires de soins et au PS
- La protection des biens et fonctions liés à la création, certification et télétransmission des FSE/DRE

De ces deux besoins principaux découlent les objectifs présentés dans le tableau suivant. Ces objectifs sont déclinés en exigences dans la suite du document.

Gestion de la sécurité L'éditeur doit mettre en œuvre une organisation permettant la gestion de la sécurité de sa solution. Cette gestion doit être effective tout au long de la durée de vie du produit (phases de conception, développement, déploiement, fonctionnement, mise au rebut).
Protéger l'environnement local • *Autoprotection logique des équipements de la solution* L'éditeur doit s'assurer de la protection logique des équipements de la solution, principalement au travers de mesures permettant de : ○ minimiser la surface d'attaque logicielle de sa plate-forme. ○ assurer l'intégrité et l'authenticité de ses composants ○ assurer un contrôle d'accès et une traçabilité des opérations sensibles
Protection des données et fonctions sensibles Les données sensibles stockées et traitées par la solution doivent être protégées. La solution doit implémenter divers mécanismes afin que seules les personnes autorisées et les applications authentiques SESAM-Vitale puissent manipuler les informations et fonctions sensibles. Les principaux biens et fonctions sensibles à protéger sont listés au chapitre 3.
Protéger les communications La solution et ses composants ne doivent accepter que les flux nécessaires et autorisés. Les données transitant par ces flux doivent être protégées. La solution ne doit utiliser que des protocoles de communication à l'état de l'art de la sécurité (conformes RGS) garantissant la confidentialité, l'intégrité et l'authenticité des données pendant leur transmission. Toutes les communications entre composants passant par un réseau ou par une liaison sans fil sont concernées

Protéger l'environnement distant

L'éditeur doit s'assurer de la protection logique et physique de l'environnement distant.

- *Autoprotection physique de l'environnement distant*

Une gestion des accès à la ou aux salle(s) hébergeant l'environnement distant doit être réalisée.

- *Autoprotection logique de l'environnement distant*

Des mesures de sécurité logiques couvrant les architectures et composants doivent être mises en place.

- *Contrôle d'accès à l'environnement distant*

Un contrôle d'accès et une gestion des habilitations doivent être mis en place.

Tableau 5 : objectifs de sécurité

5 Exigences de sécurité

5.1 Introduction

Ce chapitre a pour objectif la définition des exigences de sécurité applicables à toute solution répondant au présent cahier des charges. Ces exigences de sécurité sont des exigences contractuelles demandées par le GIE SESAM-Vitale.

Certaines des exigences peuvent être issues des bonnes pratiques *ANSSI-NOTES* émises par l'Agence Nationale de la Sécurité des Systèmes d'Informations (ANSSI).

Ce référentiel ne reprend pas les exigences générales relatives au respect de la législation française et internationale en vigueur, qui doivent par ailleurs être respectées par les éditeurs.

On notera ainsi que les exigences de sécurité ne se substituent en aucun cas aux exigences d'autres référentiels tels que, par exemple :

- Décret N°2007-960 du 15 mai 2007 relatif à la confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique,
- Décret n°2006-6 du 4 janvier 2006 pour l'agrément des hébergeurs de données de santé à caractère personnel.
- Décret n° 98275 du 9 avril 1998 relatif à la carte d'assurance maladie.
- Décret 98-271 du 9 avril 1998 relatif à la carte de professionnel de santé (CPS).
- La PGSSI-S de l'ASIP Santé

Les exigences de ce référentiel couvrent :

- la solution dans son ensemble couvrant l'environnement local et les environnements distants,
- des processus organisationnels mis en place par l'éditeur.

Toute solution élaborée par un éditeur doit être conforme à l'ensemble des exigences listées dans ce chapitre.

Enfin, il est rappelé que l'usage du support Vitale et de la CPx implique de respecter une colocalisation du support et de son porteur :

- La carte CPx doit rester sous le contrôle de son porteur tant au niveau physique que logique.
- Le support Vitale doit rester sous le contrôle de son porteur tant au niveau physique que logique.

5.2 Gestion de la Sécurité

L'éditeur doit mettre en œuvre une organisation permettant la gestion de la sécurité de sa solution. Cette gestion doit être effective tout au long de la durée de vie de la solution (phases de conception, développement, déploiement, fonctionnement, mise au rebut).

5.2.1 Règles de gestion de la sécurité

G1 : ANALYSE DE RISQUES

L'éditeur doit conduire une analyse des risques de sa solution. L'éditeur doit identifier les biens sensibles et les risques associés, permettant d'identifier les mesures de sécurité à mettre en œuvre dans la solution.

Le processus mis en place doit être décrit dans le dossier sécurité.

G2 : GESTION DES BIENS SENSIBLES

L'éditeur doit décrire la gestion des biens sensibles dans sa solution. Cette description comprend a minima :

- l'ensemble des biens sensibles de la solution,
- l'usage et l'utilisation de chacun de ces biens,
- les mécanismes de protection de ces biens.
- les évènements de sécurité donnant lieu à un effacement de certains biens sensibles.

Bien cryptographiques :

L'éditeur doit recenser les biens cryptographiques utilisés (clés, certificats - y compris les clés remises par le GIE SESAM-Vitale), ainsi que leurs usages (algorithmes, protocoles).

Protection des clés :

L'éditeur décrira les moyens mis en œuvre pour assurer la confidentialité, l'authenticité et l'intégrité des biens cryptographiques utilisées tout au long du cycle de vie de celles-ci. Cela comprend :

- La génération,
- Le transport,
- Le chargement dans l'équipement,
- Le stockage,
- Le traitement,
- L'effacement

En cas d'atteinte à la confidentialité de clé cryptographique secrète (perte ou vol), celle-ci doit faire l'objet d'une révocation.

La description des biens sensibles doit figurer dans le dossier de sécurité.

G3 : **AUDIT DE LA SOLUTION :**

Audit de l'équipement :

L'éditeur doit présenter son plan d'assurance visant à vérifier la bonne mise en œuvre et l'efficacité des mesures de sécurité mises en place dans l'équipement (audit de configuration, audit de code, etc.).

L'éditeur décrira le processus de vérification sécuritaire mis en œuvre et précisera les composants audités

Audits de l'environnement distant :

L'éditeur doit mener des audits techniques (y compris tests d'intrusion) et organisationnels afin d'identifier et corriger les éventuelles vulnérabilités et tester l'efficacité des mesures de sécurité mises en place.

Ces audits devront donner lieu à l'élaboration de plans d'actions devant être mis en œuvre par l'éditeur.

Le processus mis en place doit être décrit dans le dossier sécurité.

G4 : **FORMATION ET SENSIBILISATION DU PERSONNEL**

Le personnel intervenant dans les phases de conception, développement, déploiement, maintenance doit être formé et sensibilisé à la sécurité de l'information et aux bonnes pratiques de sécurité.

Le processus mis en place doit être décrit dans le dossier sécurité.

G5 : **CRYPTOGRAPHIE**

L'éditeur ne doit mettre en œuvre dans sa solution que des algorithmes et des protocoles conformes au RGS.

L'ensemble des algorithmes utilisés ainsi que leurs usages doivent être listés dans le dossier sécurité.

G6 : **GESTION DES CORRECTIFS DE SECURITE**

L'éditeur doit décrire son processus de gestion des correctifs de sécurité : il doit mettre en œuvre des mesures organisationnelles et techniques permettant de garantir le maintien de la sécurité de la solution, incluant à minima :

- Une veille relative aux vulnérabilités de l'ensemble des composants logiciels et matériels de la solution,
- La mise en œuvre des correctifs de sécurité (développement des correctifs, déploiement, assistance aux utilisateurs),
- La notification du GIE SESAM-Vitale en cas de faille identifiée.

Le processus mis en place doit être décrit dans le dossier sécurité.

G7 : **SUPERVISION ET GESTION DES INCIDENTS DE SECURITE**

L'éditeur met en place l'organisation et les outils lui permettant de réaliser une supervision des anomalies et événements de sécurité liés à la solution et à son système d'information.

Il s'appuie sur les journaux des systèmes d'infrastructure (pare-feu, outils de détection d'intrusions, contrôle d'intégrité, etc.) et des services liés à la solution.

L'éditeur dispose d'un processus de gestion des incidents. Il informe le GIE SESAM-Vitale de tous les incidents de sécurité dont il a eu connaissance portant atteinte aux données sensibles.

Le processus mis en place doit être décrit dans le dossier sécurité.

G8 : GUIDE D'INSTALLATION ET CONDITIONS D'UTILISATION

L'éditeur doit mettre à disposition des guides et conditions d'utilisation afin de permettre une bonne intégration et un usage dans de bonnes conditions de sécurité de sa solution au sein du système d'information du professionnel de santé.

Le guide doit rappeler les bonnes pratiques et besoins de sécurité ainsi que les conditions d'utilisation de la solution au niveau du SI PS (mises à jour de sécurité du système, présence d'un anti-virus, etc.). Il doit également indiquer la responsabilité de l'utilisateur vis-à-vis de la sécurisation de son système d'information et notamment de son réseau local (filaire, wifi…).

Ces éléments doivent figurer dans le contrat de mise à disposition de la solution aux clients / utilisateurs ou dans une de ces annexes (CGU…). Le guide doit être fourni en annexe du dossier sécurité.

5.3 Protéger l'environnement local

5.3.1 Règles d'autoprotection logique des équipements de l'environnement local

L'éditeur doit s'assurer de la protection logique des équipements de l'environnement local, principalement au travers de mesures permettant de :

- minimiser la surface d'attaque logicielle de sa plateforme.
- assurer un contrôle d'accès et une traçabilité des opérations sensibles
- assurer l'intégrité et l'authenticité de ses composants

EL1 : Traçabilité des événements de sécurité

La solution doit conserver une trace des opérations sensibles et des événements de sécurité.

La solution doit tracer au minimum les éléments suivants :

- Modification du firmware/système d'exploitation/noyau
- Chargement/suppression d'éléments cryptographiques
- Modification de certificat
- Modification de chaine de confiance
- Ajout/mise à jour/suppression d'application

Les traces ne doivent pas contenir de données sensibles.

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

EL2 : Renforcement du Système d'Exploitation

La configuration des composants logiciels de la solution doit être sécurisée, notamment :

- désactivation des services réseaux inutiles,
- restriction du code présent dans la solution : présence uniquement des applications et bibliothèques nécessaires au fonctionnement de la solution,
- désactivation des fonctions de debug logicielles,
- désactivation des comptes inutiles,
- configuration des systèmes de fichier selon le principe de moindres privilèges,
- protection contre l'exploitation de vulnérabilité (ASLR, etc.)

Les mécanismes mis en place pour renforcer la sécurité de l'équipement doivent être décrits dans le dossier sécurité.

Recommandation : dans le cas de systèmes d'exploitation standards, l'industriel pourra s'appuyer sur des guides de bonnes pratiques de renforcement de la sécurité publiés par l'ANSSI tel que ANSSI-SYSTEME.

EL3 : Effacement sécurisé des données sensibles

La solution doit mettre en œuvre un mécanisme d'effacement sécurisé, couvrant notamment l'effacement après usage.

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

5.4 Protéger les données et fonctions sensibles

5.4.1 Règles de protection des données

Les données sensibles stockées et traitées par la solution doivent être protégées en confidentialité et en intégrité selon leur classification. La solution doit protéger la confidentialité des biens sensibles en implémentant divers mécanismes et en assurant que seules les personnes autorisées et les applications SESAM-Vitale peuvent manipuler les informations sensibles.

Les principaux biens sensibles à protéger sont listés au chapitre 3.

SP1 : Intégrité des données

La solution doit garantir et contrôler l'intégrité des données sensibles classées « Fort » à l'aide de mécanismes cryptographiques conformes au RGS.

En cas d'altération, la solution doit être rendue inutilisable.

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

SP2 : Confidentialité des données

La confidentialité des données sensibles classées « Fort » de la solution doit être assurée à l'aide de mécanismes cryptographiques conformes au RGS.

La confidentialité des éléments sensibles doit être garantie pendant les opérations d'administration (mise à jour des logiciels, clefs, etc.).

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

SP3 : Contrôle d'accès, habilitation

Les actions ayant un impact sur les données sensibles ou les mécanismes de sécurité de la solution doivent faire l'objet d'une authentification et d'une vérification des droits par la solution.

Un mécanisme d'habilitation doit être mis en œuvre selon le principe du moindre privilège.

Pour les utilisateurs de la solution : utilisation de la CPS ou d'une authentification double facteur.

Pour les opérations d'administrateurs ou de maintenance : carte à puce ou authentification double facteur.

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

SP4 : Mémorisation du code porteur de la CPS

La mémorisation du code porteur de la Carte du Professionnel de Santé (CPS) est interdite sauf sur des équipements Lecteur autonomes, mobiles et alimentés par batterie. Dans ce cas, la donnée doit être protégée en confidentialité et en intégrité selon les exigences définies ci-dessus.

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

5.4.2 Règles de protection des fonctions

Un contrôle d'accès et une gestion des habilitations sur les fonctions sensibles, qu'elles soient sur l'environnement local ou sur l'environnement distant, doivent être mis en place.

SA1 : Contrôle d'accès, habilitation

Des mécanismes de contrôle d'accès et de gestion d'habilitation des utilisateurs doit être mise en œuvre.

Les accès doivent être gérés à l'aide de comptes individuels, et se limiter aux opérations autorisées pour le rôle ou groupe auquel appartient l'utilisateur.

L'organisation et les mécanismes de contrôle d'accès mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

SA2 : Journalisation et traçabilité

Le système doit être en mesure de conserver :

- l'historique des accès à son système d'information,
- l'établissement de sessions avec les équipements afin de permettre de vérifier le non-détournement des connexions au sein de la solution,
- les actions d'exploitation (administration, configuration, etc.) des systèmes.

Ces traces doivent être horodatées et doivent contenir les informations d'identification du correspondant distant. Ces informations doivent être conservées pendant une période de 12 mois au minimum.

Ces traces ne doivent pas contenir d'informations sensibles.

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

SA3 : Politique de mots de passe

Une politique de mots de passe doit être mise en œuvre pour permettre un contrôle d'accès robuste. Celle-ci doit prévoir de limiter le nombre de tentatives et identifier les cas provoquant le blocage des comptes.

Dans le cas d'un blocage de compte, un administrateur doit réinitialiser le mot de passe et le transmettre à l'utilisateur de manière sécurisée, c'est-à-dire après vérification de son identité.

La politique de mots de passe doit être décrite dans le dossier sécurité.

SA4 : Durée des sessions utilisateur

Les sessions doivent expirer après un temps d'inactivité. Passé ce délai, le système doit fermer ou verrouiller la session.

Pour reprendre alors la session, l'utilisateur doit s'authentifier à nouveau.

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

5.5 Protéger les communications

5.5.1 Règles de protection des communications

La solution et ses composants ne doivent accepter que les flux nécessaires et autorisés. Les données transitant par ces flux doivent être protégées.

La solution ne doit utiliser que des protocoles de communication à l'état de l'art de la sécurité (conformes RGS) garantissant la confidentialité, l'intégrité et l'authenticité des données pendant leur transmission.

Toutes les communications entre composants passant par un réseau ou par une liaison sans fil sont concernées.

C1 : Contrôle des flux

La solution et ses composants ne doivent accepter que les flux nécessaires et autorisés.

- L'ensemble des flux autorisés et interdits doivent être identifiés,
- Un filtrage des flux doit être mis en œuvre.

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

C2 : **Authentification mutuelle et chiffrement**

Pour toutes les communications entre deux composants de la solution, des algorithmes cryptographiques conformes au RGS doivent être utilisés.

- Un chiffrement de bout en bout est requis,
- Une authentification mutuelle des deux parties doit être mise en œuvre :
  - Entre l'utilisateur et les environnements distants : l'authentification de l'utilisateur doit se faire par carte CPS ou par une authentification forte double facteur.
  - Entre deux composants de la solution : l'authentification doit être effectuée à partir de certificats.

  Dans le cas où des certificats sont utilisés, la vérification de ces derniers doit porter sur :
  - la parenté (autorité de confiance)
  - la validité (date début et de fin)
  - l'usage (authentification ou authentification serveur)
  - La révocation éventuelle du certificat (CRL ou requête OCSP)
- Les suites de chiffrement activées doivent être listées

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

C3 : **Protocoles sans fil**

Les protocoles sans fil doivent être configurés de manière à fournir une couche d'authentification, d'intégrité et de chiffrement conforme au RGS.

Pour les solutions n'offrant pas en natif une implémentation conforme au RGS (solution Bluetooth par exemple), le GIE-SESAM-Vitale exige une protection applicative conforme au RGS (par exemple TLS).

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

C4 : **Validation par l'utilisateur des accès distants à l'équipement**

L'établissement d'une connexion entre un équipement et un service distant doit toujours être à l'initiative de l'utilisateur de l'équipement.

Toute connexion entrante doit être validée par l'utilisateur.

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

5.6 Protéger l'environnement distant

5.6.1 Règles de protection physique de l'environnement distant

Remarque : Si la solution n'intègre pas d'environnement de ce type, cette section est non applicable.

Une gestion des accès à la ou aux salles hébergeant l'environnement distant doit être réalisé.

DO1 : Accès à /aux salle(s) d'hébergement

La ou les salles hébergeant l'environnement distant de la solution doit être équipée d'un système de contrôle d'accès. Seuls les personnels habilités doivent pouvoir y accéder.

Une revue des accès doit être effectuée périodiquement pour s'assurer que tout accès obsolète soit bien supprimé.

L'organisation et les moyens de contrôle d'accès mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

5.6.2 Règles d'autoprotection logique de l'environnement distant

Des mesures de sécurité logiques couvrant les architectures et composants doivent être mises en place.

DL1 : Cloisonnement réseau

L'isolation des composants de l'environnement distant doit être assurée vis-à-vis :

- Du réseau local
- D'internet
- Du réseau de communication entre environnement distant et équipement (si distinct d'internet)

Un incident en provenance d'un des réseaux utilisés par la solution ne doit pas pouvoir se propager à un autre réseau. Le serveur d'application et les serveurs de données associés doivent être protégés en recourant à une ou plusieurs zones réseau dédiées.

La cartographie de l'environnement distant doit être décrite dans le dossier sécurité.

DL2 : Renforcement des configurations

La configuration des composants de l'infrastructure (serveurs, routeurs, etc.) doit être sécurisée :

- Changement des mots de passe par défaut,
- Suppression des services/daemons inutiles,
- Fichiers de configuration,
- Durcissement des droits d'accès sur le système de fichiers,
- utilisation de protocoles sécurisés (SSH, SFTP, etc.)
- utilisation d'un anti-virus sur les systèmes,
- Etc.

La configuration des composants doit être décrite dans le dossier sécurité

DL3 : **Intégrité des composants logiciels de l'environnement distant**

L'intégrité des composants logiciels de l'environnement distant doit être régulièrement vérifiée et supervisé.

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

DL4 : **Protection des sauvegardes et archives**

La confidentialité des données sensibles stockées dans les sauvegardes et archives doit être assurée.

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

DL5 : **Effacement sécurisé des données**

Les données sensibles doivent être effacées de façon sécurisée.

L'industriel décrira dans le dossier de sécurité les techniques employées.

6 Les architectures du Poste de Travail

6.1 L'analyse sécuritaire dans le cadre de la procédure d'agrément

Les configurations du poste de travail acceptées dans le cadre de l'agrément SESAM-Vitale se classe en deux catégories :

- Les configurations hébergées dans un unique environnement local constitué de l'environnement physique de l'utilisateur de la solution soumise à agrément.
- Les configurations hébergées sur de multiples environnements locaux ou distants ou les configurations comprenant des équipements utilisant spécifiquement des liaisons sans fil[1].

La procédure à suivre pour tout éditeur souhaitant présenter un produit à l'agrément SESAM-Vitale est la suivante :

- lors de la conception de sa solution, l'éditeur doit identifier sur quelle catégorie de configuration sa solution se base ;
- en fonction de la configuration adoptée, l'éditeur doit s'assurer que sa solution respecte bien les exigences de sécurité fournies dans le présent document ;
- lors de la signature du protocole d'agrément avec le CNDA, l'éditeur doit déclarer sur quelle configuration ou combinaison de configurations sa solution présentée se base.

Si l'architecture de la solution est conforme à une des configurations « environnement local », le questionnaire relatif à la déclaration des fonctions de sécurité mises en œuvre sur la solution présentée (cf. FORMULAIRE) doit être rempli et fourni au CNDA.

Pour tout autre type d'architecture, un dossier de sécurité doit être transmis au CNDA (cf. *GUIDE*) qui s'assurera de la validité des fonctions de sécurité proposées par l'éditeur en effectuant une analyse dudit dossier. Celui-ci doit impérativement répondre à chacune des exigences de sécurité présentes dans ce document.

Il est également à noter que le CNDA se réserve le droit de vérifier par toute méthode de son choix la conformité des solutions agréées par rapport aux exigences de sécurité par exemple via un audit de la solution.

[1] Les équipements sans fil servant à l'acquisition des données issues de l'ApCV n'entrent pas dans cette catégorie et peuvent être utilisés dans un environnement local.

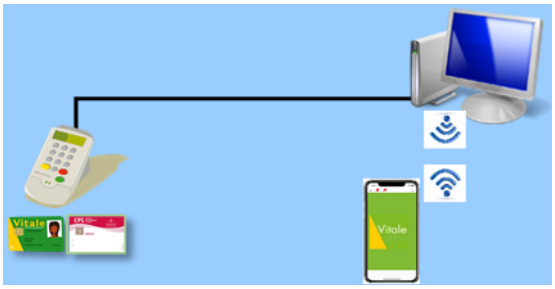
6.2 Les architectures « environnement local »

6.2.1 Généralités

Le présent chapitre décrit les différentes configurations acceptées dans le cadre de l'agrément se situant dans un unique environnement local constitué de l'environnement physique de l'utilisateur final de la solution présentée à l'agrément.

Pour ces configurations, il est demandé uniquement de remplir le questionnaire relatif aux fonctions de sécurité implémentée dans la solution (cf. FORMULAIRE)

6.2.2 Configuration 1 : Poste de Travail seul



Dans le cas d'un lecteur homologué, la liaison entre le poste de travail et le lecteur est obligatoirement une des liaisons pour laquelle le lecteur utilisé a été homologué.

Dans le cas d'un lecteur PC/SC, seules les liaisons série et USB (filaire) sont autorisées.

Les équipements sans fil permettant l'acquisition des données de l'ApCV sont autorisés.

6.2.3 Configuration 2 : Réseau local

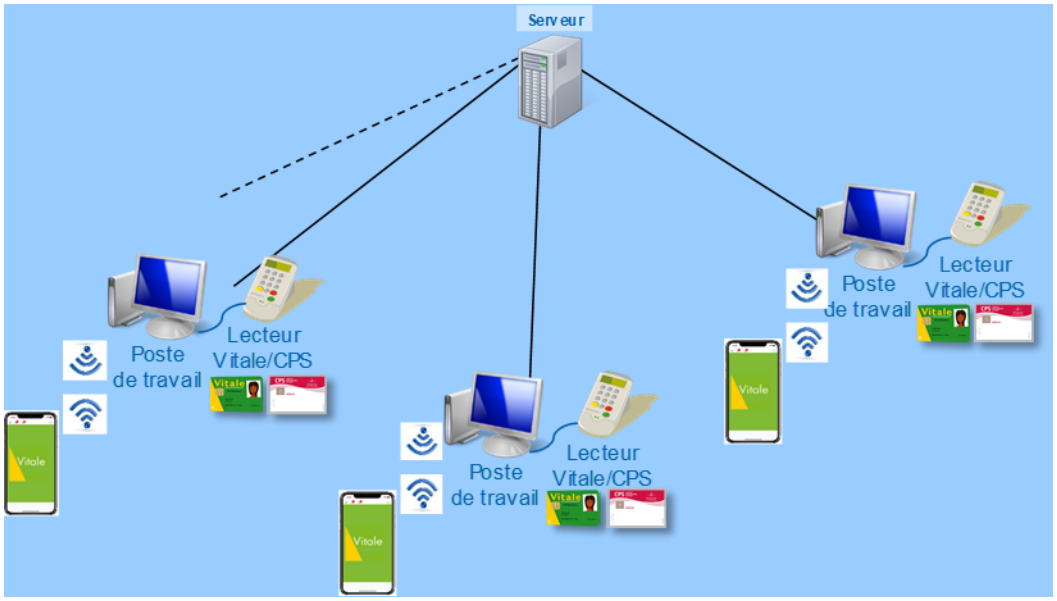
Les Postes de Travail sont connectés les uns aux autres mais restent dans un réseau local.

Dans le cas d'un lecteur homologué, la liaison entre le poste de travail et le lecteur est obligatoirement une des liaisons pour laquelle le lecteur utilisé a été homologué.

Dans le cas d'un lecteur PC/SC, seules les liaisons série et USB (filaire) sont autorisées.

Les équipements sans fil permettant l'acquisition des données de l'ApCV sont autorisés.

6.2.4 Configuration 3 : Grappe de Postes de Travail en réseau local



Dans le cas d'un lecteur homologué, la liaison entre le poste de travail et le lecteur est obligatoirement une des liaisons pour laquelle le lecteur utilisé a été homologué.

Dans le cas d'un lecteur PC/SC, seules les liaisons série et USB (filaire) sont autorisées.

Les Postes de Travail sont connectés à un serveur mais l'ensemble des composants de la solution reste dans l'environnement local.

Les équipements sans fil permettant l'acquisition des données de l'ApCV sont autorisés.

6.2.5 Configuration : Configurations « réseau local » mixtes

Chaque Poste de Travail défini dans la configuration 3 peut être un des postes décrits dans la configuration 1, indépendamment des autres postes du réseau local.

Les configurations 2 et 3 peuvent être regroupées dans un même réseau local, le serveur de postes de la configuration 3 étant obligatoirement un serveur sur le réseau local. Le serveur de stockage est accessible par les Postes de Travail réalisant les factures et les lots.

6.3 Les architectures « environnements local et distant »

6.3.1 Généralités

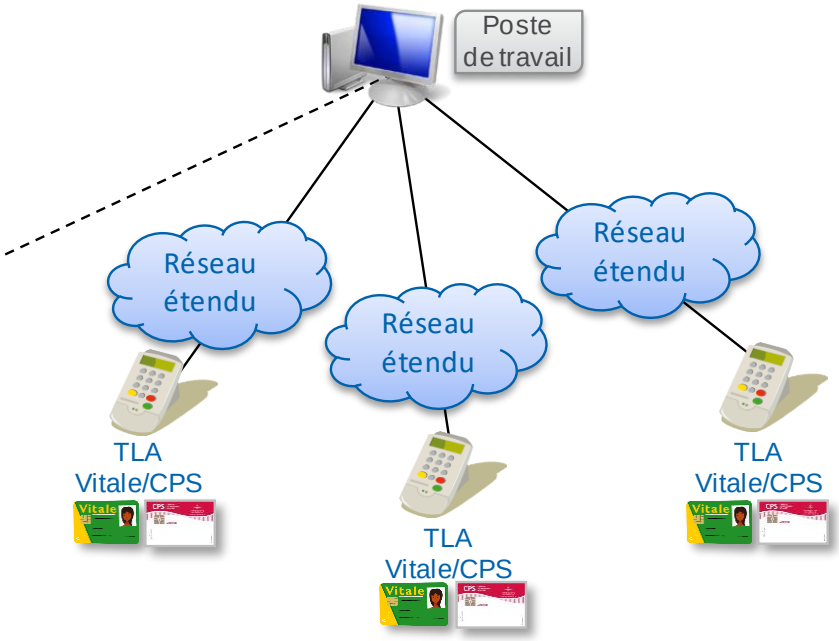
Le présent chapitre décrit les différentes configurations acceptées dans le cadre de l'agrément pour lesquelles il existe au moins un environnement distant ou au moins un équipement utilisant obligatoirement une liaison sans fil[2].

L'éditeur doit déposer au CNDA un dossier sécurité décrivant l'architecture technique et sécuritaire de sa solution. Ce dossier doit être rédigé sur la base des exigences fournies dans le présent document (cf. *GUIDE*).

6.3.2 Configuration 6 : TLA(s) distant(s)

Toute configuration proposant la connexion distante entre un TLA et un Poste de Travail entre dans cette catégorie. Dans cette configuration, le « Poste de Travail » peut être soit utilisé dans le cabinet du Professionnel de Santé soit géré par l'opérateur fournissant la solution de facturation.

NB : dans cette configuration, seules les fonctionnalités TLA peuvent être utilisées de manière distante.



Gestion de la sécurité, Protéger les données et fonctions sensibles	Ces exigences s'appliquent à l'ensemble de la configuration.
Protéger l'environnement local	Ces exigences s'appliquent à l'ensemble des lecteurs TLA
Protéger les communications	Ces exigences s'appliquent à l'ensemble des connexions entre le Poste de Travail et les lecteurs TLA
Protéger l'environnement distant	Ces exigences s'appliquent au Poste de Travail distant.

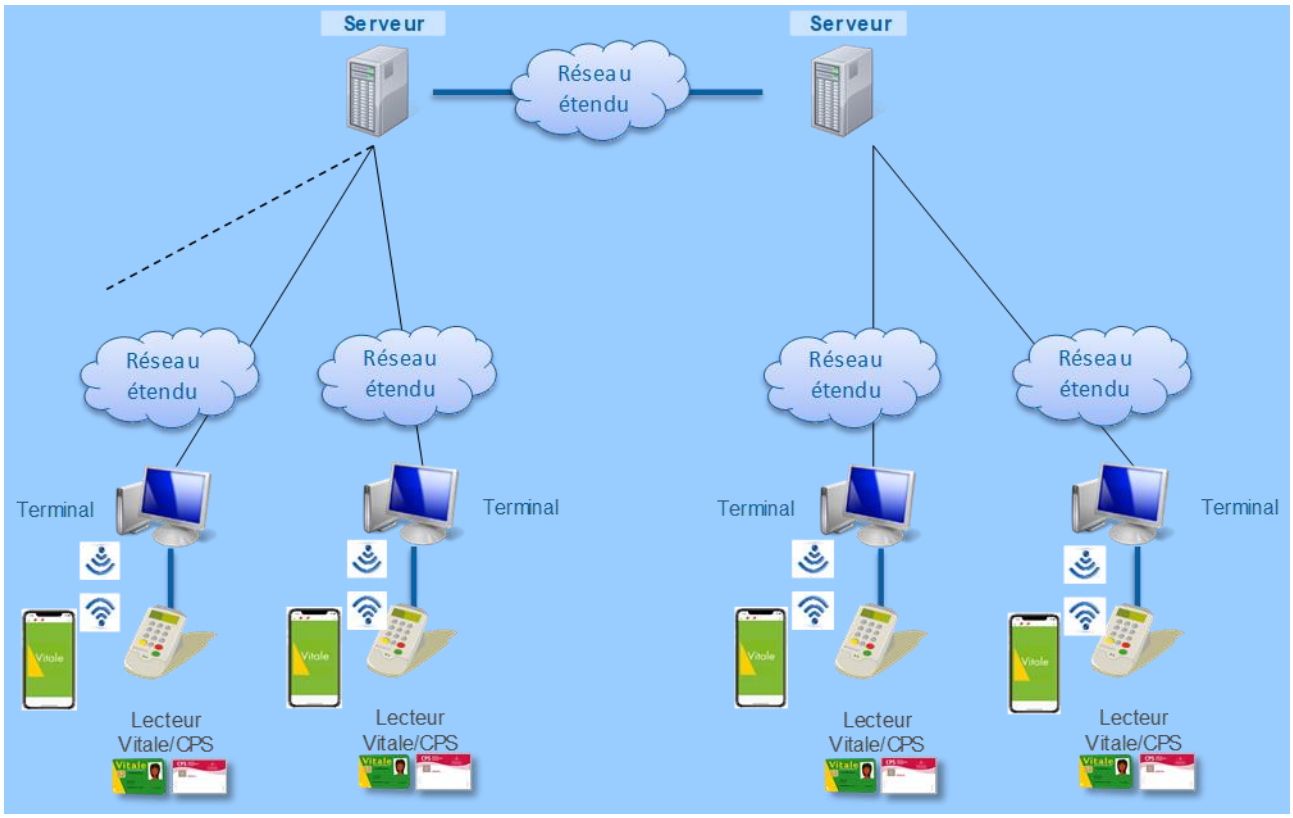
[2] Les équipements sans fil servant à l'acquisition des données issues de l'ApCV n'entrent pas dans cette catégorie et peuvent être utilisés dans un environnement local.

6.3.3 Configuration 7 : Gestion multiserveurs distants et multi Postes de Travail distants

Cette configuration décrit la connexion multipostes de travail à de multiples serveurs distants.

Pour cette configuration :

- le nombre de serveurs est supérieur ou égal à 1 ;
- des Postes de Travail peuvent être connectés à un serveur dans un même réseau local ;
- deux serveurs au moins peuvent être connectés dans un même réseau local ;
- au moins une des connexions « serveur – Poste de Travail » ou « inter serveurs » opère sur un réseau étendu.



Les exigences sécurité applicables sont les suivantes :

Gestion de la sécurité, **Protéger les données et fonctions sensibles**	Ces exigences s'appliquent à l'ensemble de la configuration.
Protéger l'environnement local	Ces exigences s'appliquent à l'ensemble des Postes de Travail
Protéger les communications	Ces exigences s'appliquent à : • l'ensemble des connexions distantes entre les Postes de Travail et les serveurs • l'ensemble des connections distantes entre les serveurs distants s'il y a plusieurs serveurs.
Protéger l'environnement distant	Ces exigences s'appliquent à l'ensemble des serveurs

NB : les progiciels opérant sous Citrix™ ou sous TSE™ entrent dans cette configuration.

6.3.4 Configurations 8 : Autres configurations

Cette configuration regroupe toutes les configurations qui ne rentrent dans aucune des configurations de 1 à 7 définies dans le présent document. L'éditeur doit malgré tout déposer au CNDA un dossier sécurité décrivant l'architecture technique et sécuritaire de sa solution. Ce dossier doit être rédigé sur la base des exigences fournies dans le présent document (cf. GUIDE).

Cette configuration comporte notamment les cas d'utilisation d'équipements spécifiques connectés au SI PS par une liaison sans fil (par exemple lecteur de carte embarquant une partie du logiciel soumis à l'agrément) ou des lecteurs de cartes non homologué RAC[3] connectés au SI PS avec une liaison autre qu'une liaison filaire USB ou série.

[3] L'utilisation d'un lecteur homologué RAC pour accéder aux cartes Vitale et CPS entre dans la configuration 1

Annexe 8

Dépistage de la rétinopathie diabétique en coopération entre l'orthoptiste et l'ophtalmologiste

Intégrant l'Addendum n°8

Mise à jour Janvier 2024

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

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

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

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

Sommaire

1 Introduction 4

1.1 Présentation du document 4
1.2 Abréviations 4
1.3 Documents de référence 5
1.4 Texte réglementaire 5
1.5 Guide de lecture 6

2 Cadrage fonctionnel 8

3 Spécifications des traitements 16

3.1 Transmettre l'enveloppe des éléments à l'ophtalmologiste 18
3.1.1 Informer le bénéficiaire de soins 20
3.1.2 Récupérer les données d'identification du bénéficiaire de soins 20
3.1.3 Récupérer les données de contexte de facturation 22
3.1.4 Créer le fichier des données administratives 25
3.1.5 Créer l'enveloppe des éléments 25
3.1.6 Transmettre l'enveloppe des éléments à l'ophtalmologiste 26
3.2 Réceptionner l'enveloppe des éléments transmise par un orthoptiste libéral 28
3.3 Facturer l'acte de lecture différée de rétinographie 31
3.3.1 Récupérer les données d'identification du bénéficiaire de soins 33
3.3.2 Récupérer les données utiles à la détermination du contexte de facturation 34
3.3.3 Récupérer les droits du bénéficiaire de soins en interrogeant le téléservice ADR 36
3.3.4 Déterminer les données pour facturer 37
3.3.5 Elaborer la FSE 38

4 Description des entités fonctionnelles composant le fichier des données administratives (EF_RD97) 41

5 Eléments techniques 44

1 Introduction

1.1 Présentation du document

Une nouvelle modalité de dépistage de la rétinopathie diabétique reposant sur une coopération entre l'orthoptiste et l'ophtalmologiste est mise en place.

Elle consiste en :

- la réalisation de rétinographies par un orthoptiste
- puis une lecture différée des rétinographies par l'ophtalmologiste, sans la présence du bénéficiaire des soins.

Elle contribue au développement de la coopération entre professionnels de santé et constitue une prise en charge d'un premier acte de télémédecine.

Dans ce cadre, le système de facturation :

- de l'orthoptiste doit mettre à disposition de l'ophtalmologiste les informations du bénéficiaire des soins nécessaires à sa facturation,
- de l'ophtalmologiste doit récupérer les informations du bénéficiaire des soins transmises par l'orthoptiste et les utiliser pour facturer son acte de lecture différée.

Ce document a pour objet de décrire les traitements spécifiques relatifs au dépistage de la rétinopathie diabétique en coopération entre l'orthoptiste et l'ophtalmologiste

1.2 Abréviations

Abréviations	
ADR	Acquisition des droits
MP	Médecin prescripteur
RD	Rétinopathie Diabétique
MSSanté	Messagerie sécurisée de santé de l'ASIP Santé (http://www.mssante.fr)

1.3 Documents de référence

Les documents de référence sont à consulter dans la dernière version applicable.

Appellation	Type et titre	Référence
[ASIP-CRRTN]	ASIP Santé - Cadre d'interopérabilité des Systèmes d'Information, de Santé (CI-SIS) couche contenu – volet de compte rendu rétinographie (CRRTN)	CI-SIS-CONTENU-VOLET_COMPTE_RENDU_RETINOGRAPHIE
[ASIP-CI-SIS-ECHANGE]	ASIP Santé - Cadre d'interopérabilité des Systèmes d'Information, de Santé (CI-SIS) - couche service – volet échange de documents de santé	CI-SIS-SERVICE_VOLET-ECHANGE-DOCUMENTS-SANTE
[ASIP-DST-CLIENT-MSSANTE]	ASIP Santé - Dossier des spécifications techniques des interfaces d'accès au système de Messagerie Sécurisées de Santé (MSSanté) des Clients de messagerie	MSS_FON_DST_interfaces_Clients_MSSanté_v1.0.0_140704
[CI]	GIE SV - Cadre d'interopérabilité des téléservices intégrés	CI-CNAMTS-DC
[SFG ADR]	GIE SV - Ouverture de la facturation à ADR	FACT-SFG-038
[GI ADR]	GIE SV - Guide d'intégration d'Acquisition des droits V1	SEL-MP-021 WS_ADR

1.4 Texte réglementaire

Décret n°2014-1523 du 16 décembre 2014 autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel pour le dépistage de la rétinopathie diabétique.

1.5 Guide de lecture

Les spécifications de l'annexe RD sont présentées sous la forme d'un enchaînement d'opérations, chaque opération étant un enchaînement de sous-opérations, composées elles-mêmes éventuellement de sous-opérations, etc…, constituées au final d'un enchaînement de règles.

Opérations

Présentation

La présentation de chaque opération ou sous-opération comprend :

- une description de l'opération,
- les données d'entrées et de sorties utilisées dans cette opération,
- éventuellement un schéma d'enchaînement,
- la liste des règles utilisées.

Chaque opération ou sous-opération est référencée par 2 lettres suivies d'un numéro.

Règles

Présentation

Chaque règle est référencée sous la forme RG_RD_XXxxx

Avec XX : 2 lettres

xxx : un numéro

Pour chaque règle est présenté un cartouche indiquant les familles de Professionnel de Santé concernées.

Exemple

[RG_RD_XXxxx] <Le titre de la règle>

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

<Description de la règle>

Cas particuliers

[CP1] <Titre du premier cas particulier>

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

<Description du premier cas particulier>

…

[CPn] <Titre du n^{ième} cas particulier>

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

<Description du n^{ième} cas particulier>

Familles de PS concernées

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

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_RD_XXxxx] <Le titre de la règle>

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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.

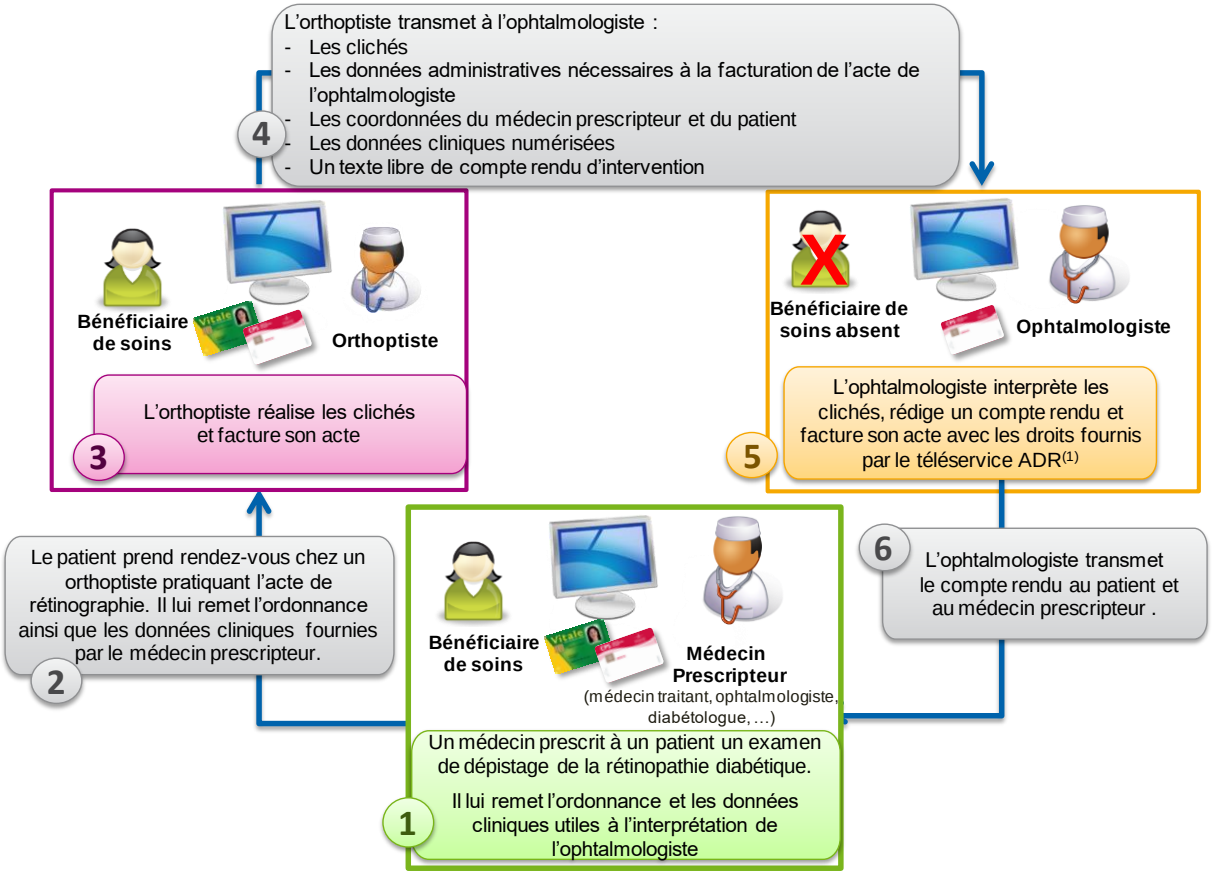
Les familles ou sous-familles **non concernées** apparaissent en texte gris.

2 Cadrage fonctionnel

Contexte

La rétinopathie diabétique (RD) est une des causes principales de malvoyance et de cécité évitable en France. Actuellement, son dépistage est réalisé, dans la plupart des cas, par les ophtalmologistes à leur cabinet avec parfois l'aide d'un orthoptiste salarié. La pratique actuelle du dépistage de la RD ne permet pas d'atteindre les objectifs du dépistage tels qu'ils sont recommandés par la Haute Autorité de Santé.

Un nouveau processus organisationnel est mis en place pour faciliter ce dépistage. Il se décompose en 6 étapes, qui sont décrites dans le schéma ci-dessous.



(1) ADR : téléservice de consultation des droits de l'Assurance Maladie, intégré au logiciel SESAM-Vitale, permettant de disposer des droits nécessaires à la facturation à partir du NIR et de l'organisme d'affiliation de l'assuré, et du NIR (optionnel), de la date de naissance et du rang de naissance du bénéficiaire de soins

Figure 1 : Processus organisationnel

L'inscription des actes de dépistage de la RD avec lecture différée aux nomenclatures ophtalmologistes (CCAM) et orthoptistes (NGAP) doit permettre d'améliorer ce dépistage et la prise en charge des patients diabétiques.

Cas de l'orthoptiste

Deux nouveaux actes sont insérés au titre III « actes portant sur la tête », Chapitre II « Orbite-Œil », dans l'article 2 « Orthoptie : actes avec enregistrements » de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

La facturation de ces nouveaux actes est différente selon le type de transmission électronique des données du patient entre l'orthoptiste et l'ophtalmologiste :

	Nouvel acte NGAP coté	Description	Résultat
Cas d'usage 1 – « Transmission distante »	**AMY 6.7** – Acte de dépistage de la rétinopathie diabétique par rétinographie en couleur dans les conditions définies réglementairement avec **télétransmission** au médecin lecteur	« Transmission distante » du fichier échangé entre l'orthoptiste et l'ophtalmologiste depuis l'environnement technique de l'orthoptiste vers celui de l'ophtalmologiste en utilisant la messagerie MSSanté	Le système de facturation de l'orthoptiste **doit générer** le fichier [ASIP-CRRTN] qui contient notamment le fichier des données administratives du bénéficiaire de soins nécessaires à la facturation de l'ophtalmologiste.
Cas d'usage 2 – « Transmission locale » Rétinographie réalisée par un **orthoptiste salarié** d'un ophtalmologiste	**AMY 6.1** – Acte de dépistage de la rétinopathie diabétique par rétinographie en couleur dans les conditions définies réglementairement avec **transmission par autre moyen que la télétransmission** au médecin lecteur	« Transmission locale » des informations au sein de l'environnement technique de l'ophtalmologiste	Le système de facturation de l'orthoptiste **n'a pas à générer** le fichier selon le document [ASIP-CRRTN]

Le cas d'usage 1 couvre les cas d'usage suivants :

- la rétinographie réalisée par l'orthoptiste libéral dans son cabinet, chez un ophtalmologiste ou dans un autre lieu,
- la rétinographie réalisée par l'orthoptiste salarié d'un centre de santé, dont la lecture différée est effectuée par un ophtalmologiste libéral,
- la rétinographie réalisée par l'orthoptiste salarié d'un centre de santé, dont la lecture différée est effectuée par ophtalmologiste salarié d'un autre centre de santé
- la rétinographie réalisée par l'orthoptiste libéral, dont la lecture différée est effectuée par ophtalmologiste salarié d'un centre de santé.

Le cas d'usage 2 couvre les cas d'usage suivants :

- la rétinographie réalisée par l'orthoptiste salarié d'un ophtalmologiste,
- la rétinographie réalisée par l'orthoptiste salarié d'un centre de santé, dont la lecture différée est effectuée par un ophtalmologiste salarié de ce même centre de santé.

Par convention de lecture, dans la suite du document, il faut comprendre que :

- Les fonctionnalités applicables à l'orthoptiste libéral sont applicables à toutes les situations du cas d'usage n°1.
- Les fonctionnalités applicables à l'orthoptiste salarié sont applicables à toutes les situations du cas d'usage n°2.

Cas de l'ophtalmologiste

Un nouvel acte est inséré au livre II de la CCAM, à la subdivision 02.01.04 « Photographie de l'oeil » : « **BGQP140 »** - Lecture différée d'une rétinographie en couleur, sans la présence du patient.

L'ophtalmologiste facture systématiquement ce nouvel acte dans ce contexte de dépistage de rétinopathie diabétique.

Son système de facturation doit avoir intégré les évolutions de cet avenant pour utiliser les données transmises par un orthoptiste libéral.

La FSE est sécurisée en mode SESAM sans Vitale dès lors que l'ophtalmologiste facture un acte « **BGQP140 »** et que les conditions sont réunies.

Les ophtalmologistes exerçant en centre de santé sont également prévus dans le dispositif de dépistage de rétinopathie diabétique.

Objet du document

L'objet de ce document est de décrire :

- le fichier des données administratives nécessaires à la facturation de l'ophtalmologiste (données d'identification du bénéficiaire de soins et de contexte de facturation), échangé entre les systèmes de facturation de l'orthoptiste libéral et de l'ophtalmologiste (étape n°4 du processus de Figure 1 : Processus organisationnel),
- l'alimentation **automatisée** des données de ce fichier par le système de facturation de l'orthoptiste libéral,
- l'utilisation des données de ce fichier par le système de facturation de l'ophtalmologiste, **sans contrainte d'automatisation du processus** :
- pour interroger le téléservice ADR, en référence aux documents [GI ADR] et [SFG ADR] et en fonction des données d'identification du bénéficiaire de soins,
- pour réaliser une FSE, en fonction des données de contexte de facturation.

L'enveloppe de transmission des éléments échangés entre les deux systèmes de facturation contenant :

- les 4 clichés des yeux,
- les données administratives nécessaires à la facturation de l'ophtalmologiste,
- les coordonnées du médecin prescripteur et du bénéficiaire de soins,
- les données cliniques d'orientation numérisées si fournies par le médecin prescripteur,
- un texte libre optionnel de compte-rendu d'intervention de l'orthoptiste est décrit dans le document [ASIP-CRRTN].

Processus

Le processus est différent selon que la rétinographie est réalisée par un orthoptiste libéral ou un orthoptiste salarié.

Orthoptiste libéral

Le schéma ci-après décrit le processus de dépistage coordonné de la RD dans le cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral.

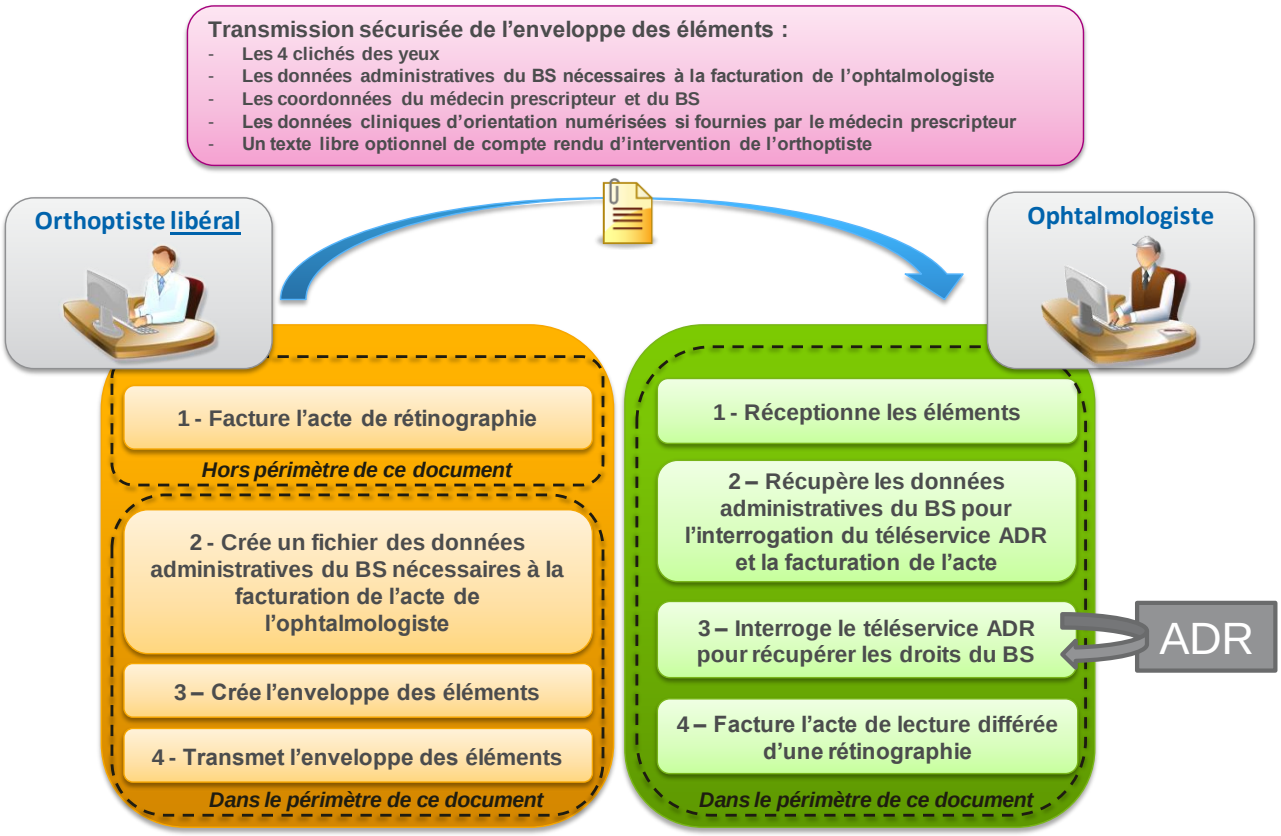


Figure 2 : Présentation générale du processus de dépistage coordonné de la RD dans le cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral

Le processus doit suivre les étapes suivantes :

1. Le système de facturation de l'orthoptiste libéral
   - 1.1. facture un acte de rétinographie **AMY 6.7**,
   - 1.2. créé le fichier des données administratives du bénéficiaire de soins nécessaires à la facturation de l'acte de l'ophtalmologiste,
   - 1.3. crée l'enveloppe des éléments (cf. document [ASIP-CRRTN]),
   - 1.4. transmet les éléments via la messagerie MSSanté.
2. Le système de facturation de l'ophtalmologiste
   - 2.1. réceptionne l'enveloppe des éléments via la messagerie MSSanté,
   - 2.2. récupère les données administratives du bénéficiaire de soins pour la facturation de l'acte,

2.3. interroge le téléservice ADR et récupère les droits du bénéficiaire de soins,

2.4. facture l'acte de lecture différée d'une rétinographie **BGQP140**.

L'ophtalmologiste réalise son acte sans la présence du bénéficiaire de soins et peut le facturer en mode SESAM sans Vitale.

L'acte est pris en charge dans son intégralité par l'Assurance Maladie.

Orthoptiste salarié

Le schéma ci-après décrit le processus de dépistage coordonné de la RD dans le cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste salarie de l'ophtalmologiste.

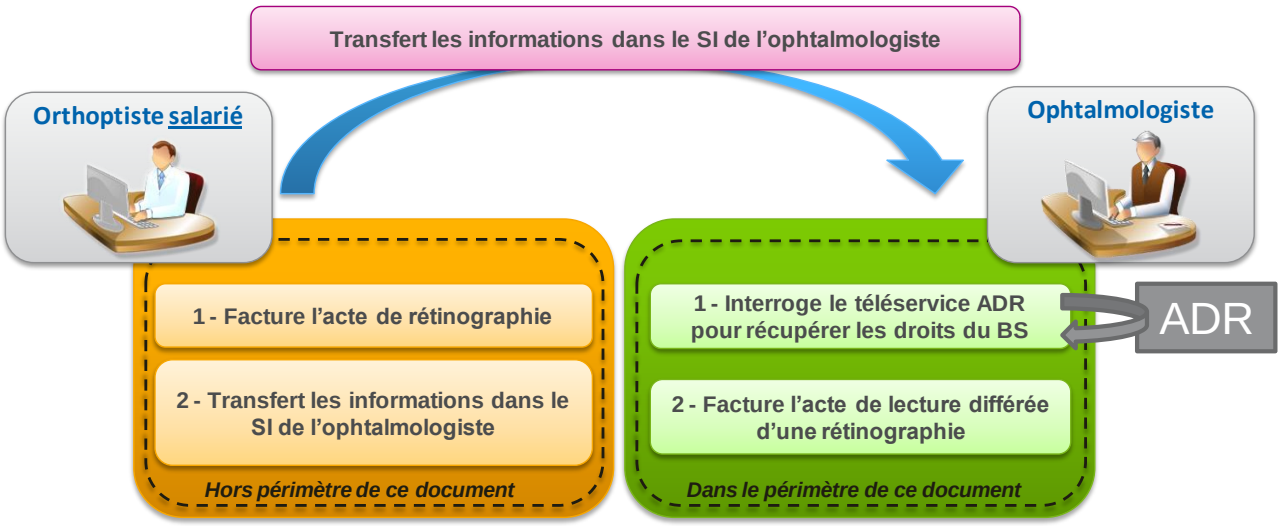


Figure 3 : Présentation générale du processus de dépistage coordonné de la RD dans le cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste salarié de l'ophtalmologiste

Le processus doit suivre les étapes suivantes :

1. Le système de facturation de l'orthoptiste salarié

   1.1. facture un acte de rétinographie **AMY 6.1**,

   1.2. transfert dans le SI de l'ophtalmologiste les données d'identification du bénéficiaire de soins et de contexte de facturation nécessaires à la facturation de l'acte de l'ophtalmologiste. Ces informations correspondent à celles spécifiées dans le fichier des données administratives.

2. Le système de facturation de l'ophtalmologiste

   2.1. interroge le téléservice ADR et récupère les droits du bénéficiaire de soins,

   2.2. facture l'acte de lecture différée d'une rétinographie **BGQP140**.

L'ophtalmologiste réalise son acte sans la présence du bénéficiaire de soins et peut le facturer en mode SESAM sans Vitale.

L'acte est pris en charge dans son intégralité par l'Assurance Maladie.

Illustration des cas d'usage

Orthoptiste libéral

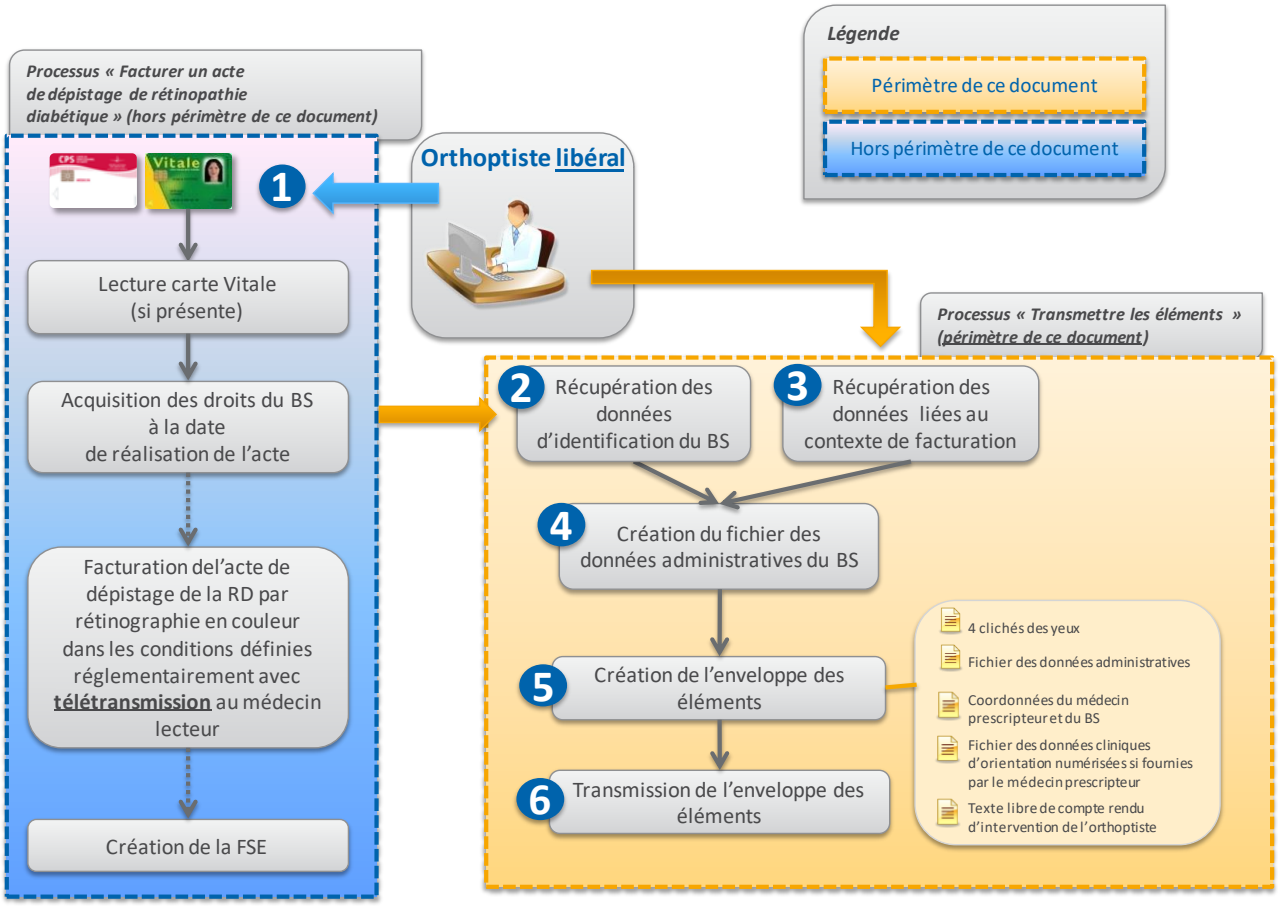


Figure 4 : Illustration du cas d'usage chez un orthoptiste libéral

Orthoptiste salarié

La facturation de l'acte et la transmission des informations du bénéficiaire de soins sont traitées par le système de facturation de l'ophtalmologiste et ne sont pas décrites dans ce document.

Ophtalmologiste

Deux cas d'usage sont possibles chez l'ophtalmologiste :

1. Cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral.
2. Cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste salarié.

Dans les deux cas, il réalise une FSE en mode SESAM sans Vitale.

Dans les deux cas, lorsque l'utilisation du téléservice ADR est demandé :

- L'ophtalmologiste s'appuie sur les droits du bénéficiaire de soins issus du téléservice ADR dès lors que ce service est proposé par le régime dont dépend le bénéficiaire de soins. Il s'appuie également sur les données de contexte de facturation récupérées par l'orthoptiste.

- Dans le cas où le téléservice ADR n'est pas proposé par le régime dont dépend le bénéficiaire de soins, ou l'appel au téléservice ADR est en échec, l'ophtalmologiste doit s'appuyer sur les données d'identification du bénéficiaire de soins et de contexte de facturation :
  - soit du fichier des données administratives dans le cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral,
  - soit de son SI dans le cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste salarié.

1 - Cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral.

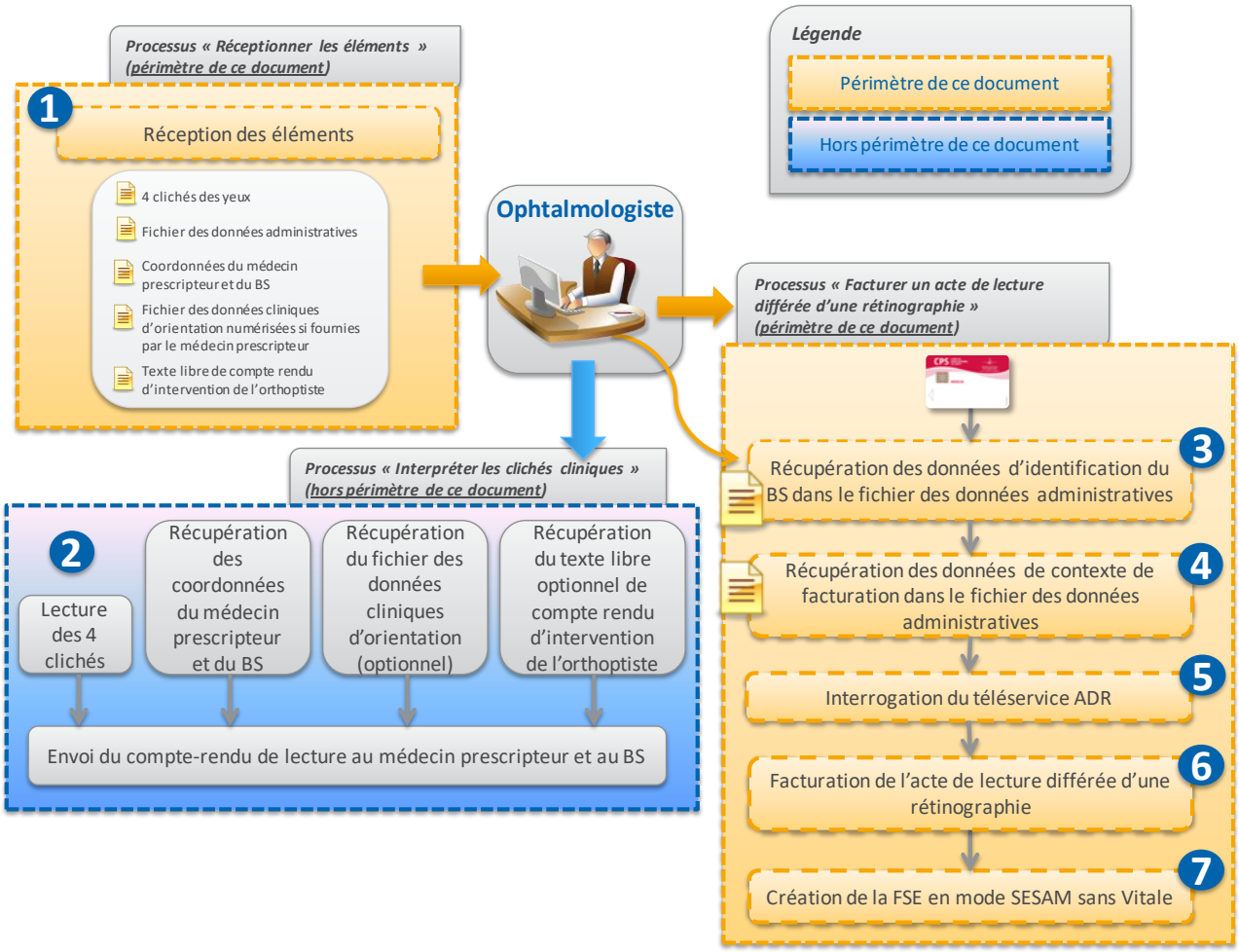


Figure 5 : Illustration du cas d'usage chez l'ophtalmologiste dans le cas d'une rétinographie réalisée par orthoptiste libéral

2 - Cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste salarié.

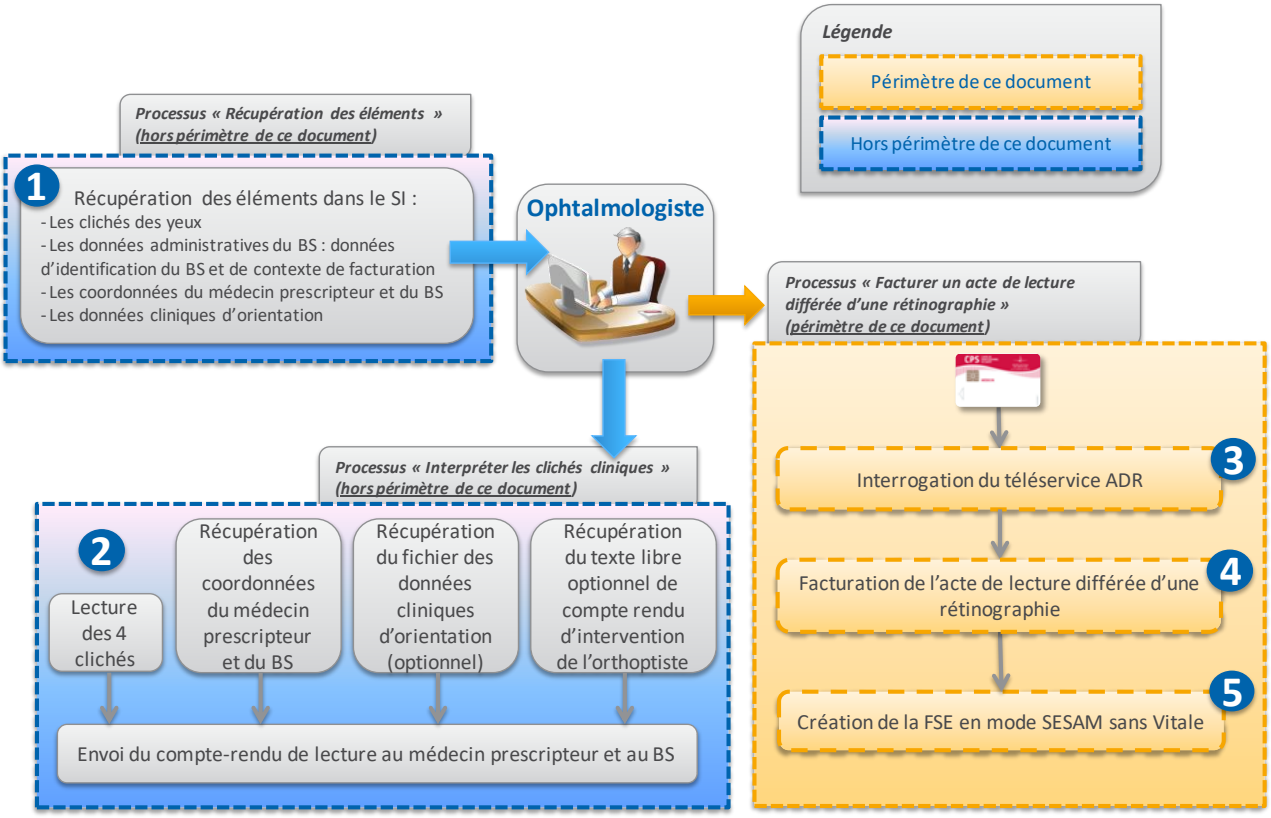


Figure 6 : Illustration du cas d'usage chez l'ophtalmologiste dans le cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste salarié

3 Spécifications des traitements

Préambule

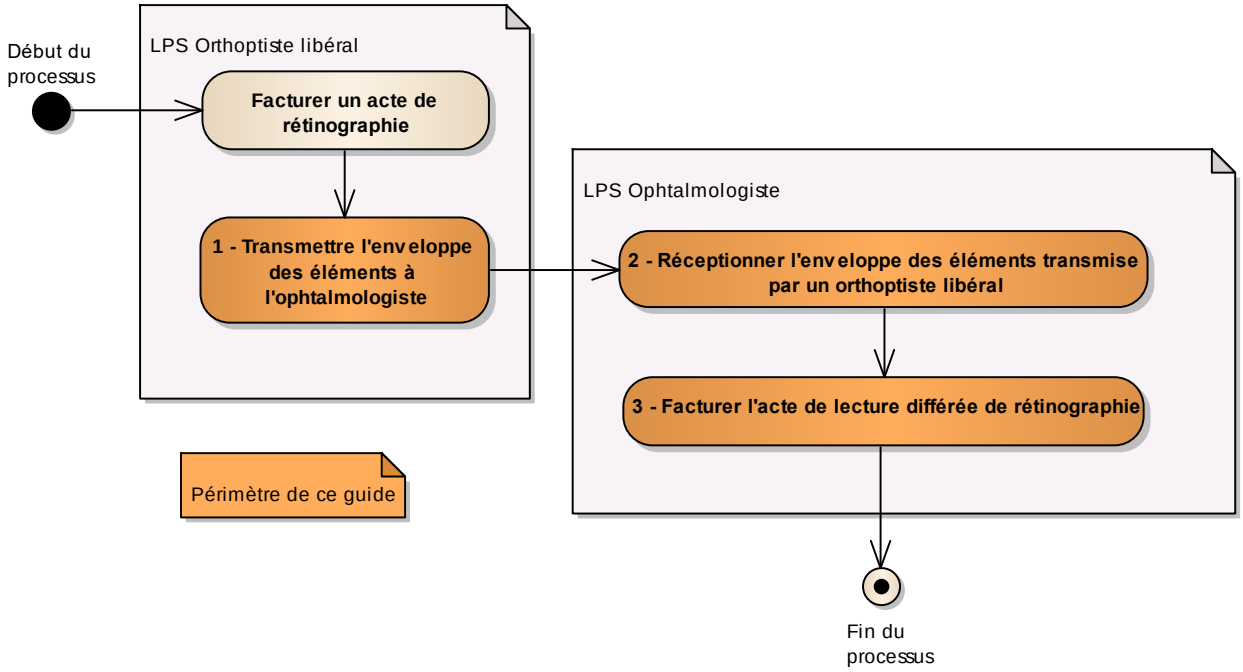


Figure 7 : Enchaînement du processus de dépistage de la rétinopathie diabétique en coopération entre l'orthoptiste et l'ophtalmologiste

Chez l'orthoptiste libéral, il s'agit de la transmission de l'enveloppe des éléments **à l'ophtalmologiste**.

Chez l'ophtalmologiste, il s'agit de :

- La réception de l'enveloppe des éléments transmise par un orthoptiste libéral.
- La facturation de l'acte de lecture différée de rétinographie.

Synthèse des impacts

Le tableau présente les impacts des traitements sur les systèmes de facturation :

- de l'orthoptiste libéral
- de l'ophtalmologiste, selon qu'il s'agisse d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral ou salarié.

Fonctionnalité	Système de facturation d'un orthoptiste libéral	Système de facturation d'un ophtalmologiste pour une rétinographie réalisée par un orthoptiste	
		libéral	salarié
§3.1.6 - Transmettre l'enveloppe des éléments à l'ophtalmologiste	X		
§3.2 - Réceptionner l'enveloppe des éléments transmise par un orthoptiste libéral		X	
§3.3 - Facturer l'acte de lecture différée de rétinographie			
§3.3.1 - Récupérer les données d'identification du bénéficiaire de soins		X	
§3.3.2 - Récupérer les données utiles à la détermination du contexte de facturation		X	
§3.3.3 - Récupérer les droits du bénéficiaire de soins en interrogeant le téléservice ADR		X	X
§3.3.4 - Déterminer les données pour facturer		X	X
§3.3.5 Elaborer la FSE		X	X

3.1 Transmettre l'enveloppe des éléments à l'ophtalmologiste

Ces traitements concernent uniquement le système de facturation de **l'orthoptiste libéral**.

Vue générale

Evènement déclencheur

L'orthoptiste libéral lance le processus de mise à disposition des éléments à destination de l'ophtalmologiste s'il a réalisé une **FSE** dans le cadre d'un acte de dépistage de la RD par rétinographie en couleur dans les conditions définies réglementairement avec **télétransmission** au médecin lecteur (AMY 6.7).

Le système de facturation permet l'extraction des données administratives lorsque la FSE est sécurisée, en mode SESAM Vitale ou en mode dégradé.

Description

L'orthoptiste informe le bénéficiaire de soins que ses données médico administratives et médicales vont être transmises à un ophtalmologiste et sollicite son accord pour cette transmission.

A l'issue de la facturation de l'acte de rétinographie, le système de facturation prépare un fichier des données administratives [EF_RD97] avec les données du bénéficiaire de soins nécessaires à la facturation de l'ophtalmologiste.

Conformément au document de spécifications de l'ASIP Santé [ASIP-CRRTN], le système de facturation constitue l'enveloppe des éléments à télétransmettre au système de facturation de l'ophtalmologiste. Cette enveloppe contient :

- Les clichés des yeux,
- Le fichier des données administratives du bénéficiaire de soins,
- Les coordonnées du médecin prescripteur et du bénéficiaire de soins,
- Les données cliniques d'orientation du médecin prescripteur numérisées (si fournies par le médecin prescripteur),
- Un texte libre optionnel de compte rendu d'intervention de l'orthoptiste.

Tous ces éléments sont transmis à l'ophtalmologiste pour lui permettre la réalisation et la facturation de son acte sans la présence du patient.

Entrées

FSE en mode SESAM-Vitale ou FSE en mode SESAM-Vitale dégradé

Sorties

Enveloppe des éléments transmis

Schéma

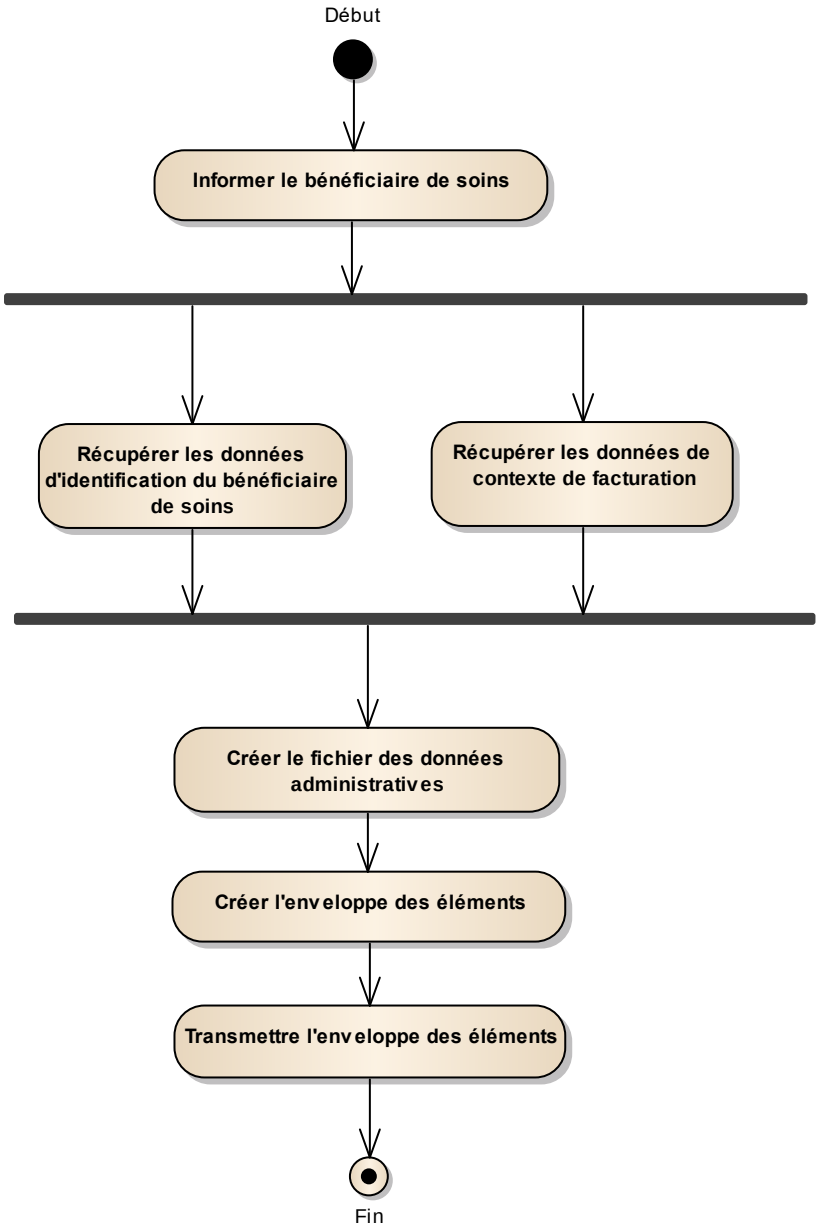


Figure 8 : Enchaînement général de la fonctionnalité « Transmettre l'enveloppe des éléments à l'ophtalmologiste »

3.1.1 Informer le bénéficiaire de soins

[RG_RD_MF600] Informer le bénéficiaire de soins

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

L'orthoptiste informe le bénéficiaire de soins que ses données médico-administratives et médicales vont être transmises à l'ophtalmologiste et sollicite son accord pour cette transmission.

Le système de facturation affiche un message du type :

"Attention : pensez à informer votre patient que ses données médico administratives et médicales vont être transmises à un ophtalmologiste et à solliciter son accord pour cette transmission".

3.1.2 Récupérer les données d'identification du bénéficiaire de soins

[RG_RD_MF601] Récupérer les données d'identification du bénéficiaire de soins

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation récupère les données d'identification du bénéficiaire de soins nécessaires à la facturation de l'ophtalmologiste.

Le tableau ci-après décrit l'alimentation des données du fichier [EF_RD97] par la correspondance avec une donnée de groupe SSV du système de facturation de l'orthoptiste, suite à la lecture de la carte Vitale.

Nom de la donnée dans le fichier des données administratives [EF_RD97]		←	Référence d'une donnée de groupe SSV
Données liées à l'identification du bénéficiaire de soins			
Bénéficiaire de soins	*EF_RD002*		
Nom usuel	*01*	←	104-01
Nom de famille	*02*	←	104-02
Prénom	*03*	←	104-03
NIR certifié	*04*	←	104-09
Clé du NIR certifié	*05*	←	104-10
Date de certification du NIR	*06*	←	104-11
Date de naissance	*07*	←	104-12
Situation administrative AMO	*EF_RD009*		
Rang de naissance	*01*	←	104-13
Assuré	*EF_RD003*		
NIR de l'assuré	*01*	←	101-08
Clé du NIR de l'assuré	*02*	←	101-09
Organisme AMO maladie	*EF_RD004*		
Code régime	*01*	←	101-10
Code caisse gestionnaire	*02*	←	101-11
Code centre gestionnaire	*03*	←	101-12

Cas particulier

[CP01] Absence de carte Vitale

En cas d'absence de la carte Vitale, les données liées à l'identification du bénéficiaire de soins, issues d'un autre support de droits, sont alimentées dans le fichier [EF_RD97] par les données du SI de l'orthoptiste et par la correspondance avec une donnée de groupe SSV du système de facturation de l'orthoptiste.

Nom de la donnée dans le fichier des données administratives [EF_RD97]		**←**	**Référence d'une donnée de groupe SSV ou SI PS**
Données liées à l'identification du bénéficiaire de soins			
Bénéficiaire de soins	*EF_RD002*		
Nom usuel	*01*	←	SI de l'orthoptiste libéral
Nom de famille	*02*	←	SI de l'orthoptiste libéral
Prénom	*03*	←	SI de l'orthoptiste libéral
NIR certifié	*04*	←	Non renseigné
Clé du NIR certifié	*05*	←	
Date de certification du NIR	*06*	←	
Date de naissance	*07*	←	1130-04
Situation administrative AMO	*EF_RD009*		
Rang de naissance	*01*	←	1130-05
Assuré	*EF_RD003*		
NIR de l'assuré	*01*	←	1130-02
Clé du NIR de l'assuré	*02*	←	1130-03
Organisme AMO maladie	*EF_RD004*		Renseigné si la nature d'assurance est maladie ou maternité (code nature d'assurance = « 10 », « 13 » ou « 30 »).
Code régime	*01*	←	1310-01
Code caisse gestionnaire	*02*	←	1310-02
Code centre gestionnaire	*03*	←	1310-03

3.1.3 Récupérer les données de contexte de facturation

[RG_RD_MF602] Récupérer les données de contexte de facturation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation récupère les données de contexte de la facturation.

Le tableau ci-après décrit l'alimentation des données du fichier [EF_RD97].

Contexte Facture

Nom de la donnée dans le fichier des données administratives [EF_RD97]		←	Référence d'une donnée de groupe SSV	
Contexte facture	*EF_RD040*			
Code nature d'assurance	*01*	←	Indique la nature d'assurance renseignée dans la facture réalisée chez l'orthoptiste. Cette donnée peut prendre les valeurs :	
			Valeurs	**Si groupe SSV présent …**
			« 10 » - Risque Maladie	[1511] et le bénéficiaire de soins ne dépend pas du régime Alsace-Moselle (1)
			« 13 » - Risque Maladie	[1511] et le bénéficiaire de soins dépend du régime Alsace-Moselle (1)
			« 30 » - Risque Maternité	[1512]
			« 41 » - Risque AT/MP	[1513]
			« 22 » - Risque SMG	[1515]

(1) : Le système de facturation peut déterminer si le bénéficiaire de soins dépend du régime Alsace-Moselle à partir du code situation, en sortie de la lecture de la carte Vitale (donnée du groupe SSV [106-04]), selon la règle suivante :

- pour les régimes 01, 14, 15, 91 à 99, si le code situation est dans la liste {0105, 0106, 0107, 0108, 0109, 0110}
- pour le régime 02, si le code situation est dans la liste {0205, 0206, 0207, 0225, 0226, 0227}

Natures d'assurance

Ces informations viennent en complément de la nature d'assurance définie précédemment dans le contexte facture (EF_RD040.1) :

Nom de la donnée dans le fichier des données administratives [EF_RD97]		←	Référence d'une donnée de groupe SSV
Nature d'assurance maladie	*EF_RD041*		
Date d'accident de droit commun	*01*	←	1511-01
Nature d'assurance maternité	*EF_RD042*		
Date de maternité	*01*	←	1512-01
Nature d'assurance AT_MP	*EF_RD043*		
Date de l'AT ou MP	*01*	←	1513-01
Identifiant de l'AT ou MP	*02*	←	1513-02
Clé du n° de l'AT ou MP	*03*	←	1513-03
Organisme AMO AT_MP	*EF_RD044*		Renseigné si la nature d'assurance est AT/MP (code nature d'assurance = « 41 »)
Code régime	*01*	←	1310-01
Code caisse gestionnaire	*02*	←	1310-02
Code centre gestionnaire	*03*	←	1310-03

Ces entités fonctionnelles sont présentes dans le fichier des données administratives uniquement lorsque la ou les données les composant sont renseignées.

Exonération du bénéficiaire de soins

Cette entité fonctionnelle est renseignée dans le fichier des données administratives uniquement lorsque le bénéficiaire de soins est en ALD : la valeur du code ALD, en sortie de la lecture de la carte Vitale (donnée du groupe SSV [106-03]) est égale à 1, 2 ou 3.

Nom de la donnée dans le fichier des données administratives [EF_RD97]		←	Référence d'une donnée de groupe SSV
Contexte exonération du bénéficiaire de soins	*EF_RD050*		
Code conformité au protocole de soins ALD	*01*	←	Ce code prend la valeur « 1 », les soins sont en rapport avec l'ALD, si la donnée 1820-02 (code justification d'exonération du ticket modérateur) vaut « 4 ».

Complémentaire réglementaire

Ce code est créé spécifiquement dans le cadre de ce dispositif pour véhiculer l'information de présence d'une complémentaire règlementaire dans le fichier des données administratives.

Nom de la donnée dans le fichier des données administratives [EF_RD97]		←	Référence d'une donnée de groupe SSV
Contexte complémentaire réglementaire	*EF_RD060*		
Code contexte complémentaire réglementaire	*01*	←	Ce code peut prendre les valeurs : • « 100 » : droits à la C2S, si la FSE a été élaborée au titre d'une C2S : la donnée [1321-01] - « Type de contrat » = « 89 » • « 104 » : droits à l'AME, si la donnée [1321-02] - « N° organisme complémentaire » = « 75500017 » **ET** la donnée [1610-7] - « Qualificatif de la dépense » = « N » (1)

(1) : règle de détermination uniquement dans le cadre de ce dispositif avec facturation d'un acte de rétinographie AMY 6.7 : [1610-04] = « AMY » et [1610-08] = « 6.7 ».

3.1.4 Créer le fichier des données administratives

[RG_RD_MF606] Créer le fichier des données administratives (EF_RD97)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation crée le fichier des données administratives [EF_RD97] à partir :

- des données d'identification du bénéficiaire de soins (description en RG_RD_MF601),
- des données de contexte de facturation (description en RG_RD_MF602).

Ce fichier est au format XML, les spécifications techniques sont décrites au §5 Eléments techniques.

Le fichier des données administratives est complété par les éléments non fonctionnels suivants :

Nom de la donnée dans le fichier des données administratives [EF_RD97]		←	Règle d'alimentation
Données médico-administratives	*EF_RD100*		
Version du modèle	*01*	←	Permet de gérer l'interopérabilité en terme de version entre deux systèmes de facturation. Pour cette version d'avenant au CDC SV, cette donnée prend la valeur : « **1.0.0** ».
Date de création du fichier	*02*	←	Date de création du fichier des données administratives sur le poste de l'orthoptiste

3.1.5 Créer l'enveloppe des éléments

[RG_RD_MF608] Créer l'enveloppe des éléments

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système crée l'enveloppe des éléments (cf. document [ASIP-CRRTN]) contenant :

- les clichés des yeux,
- le fichier des données administratives (EF_RD97),
- les coordonnées du médecin prescripteur et du bénéficiaire de soins (le système doit permettre l'acquisition de ces informations),
- le fichier des données cliniques d'orientation numérisées, si celles-ci ont été fournies par le médecin prescripteur,

un texte libre optionnel de compte rendu d'intervention de l'orthoptiste (le système doit permettre l'acquisition de ces informations).

3.1.6 Transmettre l'enveloppe des éléments à l'ophtalmologiste

[RG_RD_MF609] Transmettre l'enveloppe des éléments

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système transmet à l'ophtalmologiste l'enveloppe des éléments avec la messagerie MSSanté dans une pièce jointe du courriel au format zip (cf. [ASIP-CI-SIS-ECHANGE]).

Les 5 règles de gestion ci-après précisent les exigences liées à la transmission de l'enveloppe pour le système.

[RG_RD_MF609.01] Interfacer le système avec la messagerie MSSanté

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système s'interface avec la messagerie MSSanté conformément au document [ASIP-DST-CLIENT-MSSANTE].

[RG_RD_MF609.02] Créer la pièce jointe au courriel

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système crée la pièce jointe au courriel au format zip comprenant l'enveloppe des éléments conformément au document [ASIP-CI-SIS-ECHANGE].

[RG_RD_MF609.03] Créer le courriel

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

L'objet et le corps du courriel sont libres en référence au document [ASIP-CI-SIS-ECHANGE].

L'objet du courriel du dispositif RD est structuré comme suit :

[CRRTN][*id*] *texte libre*

avec

- CRRTN : mnémonique imposé permettant d'identifier le dispositif RD, information placée entre [],
- *id :* identifiant du courriel sur cinq caractères numériques incrémenté de un à chaque nouveau courriel du dispositif RD, information placée entre [],
- *texte libre* : texte sans contrainte.

Exemple : [CRRTN][00123] dépistage rétinopathie diabétique

[RG_RD_MF609.04] Transmettre le courriel en demandant un accusé de réception

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système transmet le courriel en demandant un accusé de réception.

[RG_RD_MF609.05] Supprimer le courriel après réception de l'accusé de réception

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système supprime le courriel de la messagerie de l'orthoptiste après réception de l'accusé de réception de l'ophtalmologiste.

[RG_RD_MF610] Supprimer l'enveloppe des éléments

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Conformément aux dispositions réglementaires (cf. §1.4 Texte réglementaire), le SI de l'orthoptiste conserve l'enveloppe des éléments et les éléments la constituant pendant une durée maximale de 30 jours après sa transmission à l'ophtalmologiste.

3.2 Réceptionner l'enveloppe des éléments transmise par un orthoptiste libéral

Ces traitements concernent uniquement le système de facturation de l'ophtalmologiste dans le cas d'une **rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral**.

Vue générale

Evènement déclencheur L'ophtalmologiste est sollicité pour une lecture de rétinographie.

Description Le système de facturation récupère l'enveloppe des éléments transmise par l'orthoptiste **libéral**.

Il effectue un contrôle de structure de l'enveloppe des éléments et du fichier des données administratives.

Entrées Réception de l'enveloppe des éléments transmise par l'orthoptiste

Sorties Eléments extraits et contrôlés

Règles de gestion

[RG_RD_BS400] Réceptionner l'enveloppe des éléments

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système réceptionne la pièce jointe au format zip (cf. [ASIP-CI-SIS-ECHANGE]) du courriel transmis par un orthoptiste libéral avec la messagerie MSSanté et en extrait l'enveloppe des éléments.

Les 5 règles de gestion ci-après précisent les exigences liées à la réception de l'enveloppe par le système.

[RG_RD_BS400.01] Interfacer le système avec la messagerie MSSanté

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système s'interface avec la messagerie MSSanté conformément au document [ASIP-DST-CLIENT-MSSANTE].

[RG_RD_BS400.02] Identifier un courriel du dispositif RD

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

L'objet et le corps du courriel sont libres en référence au document [ASIP-CI-SIS-ECHANGE].

L'objet du courriel du dispositif RD est structuré comme suit :

[CRRTN][*id*] *texte libre*

avec

- CRRTN : mnémonique imposé permettant d'identifier le dispositif RD, information placée entre [],
- *id :* identifiant du courriel sur cinq caractères numériques incrémenté de un à chaque nouveau courriel du dispositif RD, information placée entre [],

- *texte libre* : texte sans contrainte.

Exemple : [CRRTN][00123] dépistage rétinopathie diabétique

[RG_RD_BS400.03] Réceptionner le courriel du dispositif RD en transmettant un accusé de réception

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le courriel réceptionné du dispositif RD demande un accusé de réception.

Le système transmet un accusé de réception.

[RG_RD_BS400.04] Extraire les fichiers de la pièce jointe au courriel

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La pièce jointe au courriel au format zip comprend l'enveloppe des éléments conformément au document [ASIP-CI-SIS-ECHANGE] :

[RG_RD_BS400.05] Supprimer le courriel après intégration dans le SI de l'ophtalmologiste

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système supprime le courriel de la messagerie de l'ophtalmologiste après prise en compte des éléments du courriel dans son SI.

[RG_RD_BS401] Contrôler l'enveloppe des éléments

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système contrôle la structure de l'enveloppe des éléments en s'appuyant sur le schéma XML correspondant au document [ASIP-CRRTN].

En cas d'anomalie, l'ophtalmologiste se mettra en contact avec l'orthoptiste.

[RG_RD_BS402] Extraire les éléments de l'enveloppe

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation extrait les éléments de l'enveloppe (document [ASIP-CRRTN]) :

- les clichés des yeux,
- le fichier des données administratives (EF_RD97),
- les coordonnées du médecin prescripteur et du bénéficiaire de soins pour envoyer le compte rendu de lecture des clichés,
- le fichier des données cliniques d'orientation numérisées si celles-ci ont été fournies par le médecin prescripteur,
- un texte libre optionnel de compte rendu d'intervention de l'orthoptiste.

[RG_RD_BS403] Contrôler le fichier des données administratives (EF_RD97)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation contrôle la structure du fichier des données administratives (EF_RD97) en s'appuyant sur le schéma XML dans la bonne version (Donnée « EF_RD100.02 Version du modèle »).

En cas d'anomalie, l'ophtalmologiste se mettra en contact avec l'orthoptiste.

[RG_RD_BS404] Supprimer l'enveloppe des éléments

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système supprime de son SI l'enveloppe des éléments à l'issue de l'extraction des éléments.

3.3 Facturer l'acte de lecture différée de rétinographie

Vue générale

Evènement déclencheur L'ophtalmologiste a effectué un acte de lecture d'une rétinographie.

Description Pour facturer l'acte de lecture différée d'une rétinographie, le système de facturation doit :

- Récupérer les données d'identification du bénéficiaire de soins,
- Récupérer les données utiles à la détermination du contexte de facturation,
- Utiliser le téléservice ADR, pour récupérer les droits du bénéficiaire de soins (lorsque la nature d'assurance identifiée est maladie ou maternité),
- Constituer et sécuriser la FSE.

Seules les règles de facturation propres à cet acte sont spécifiées.

L'automatisation du processus est laissée au libre choix de l'éditeur.

Entrées Fichier des données administratives contrôlé

Sorties FSE créée

Schéma

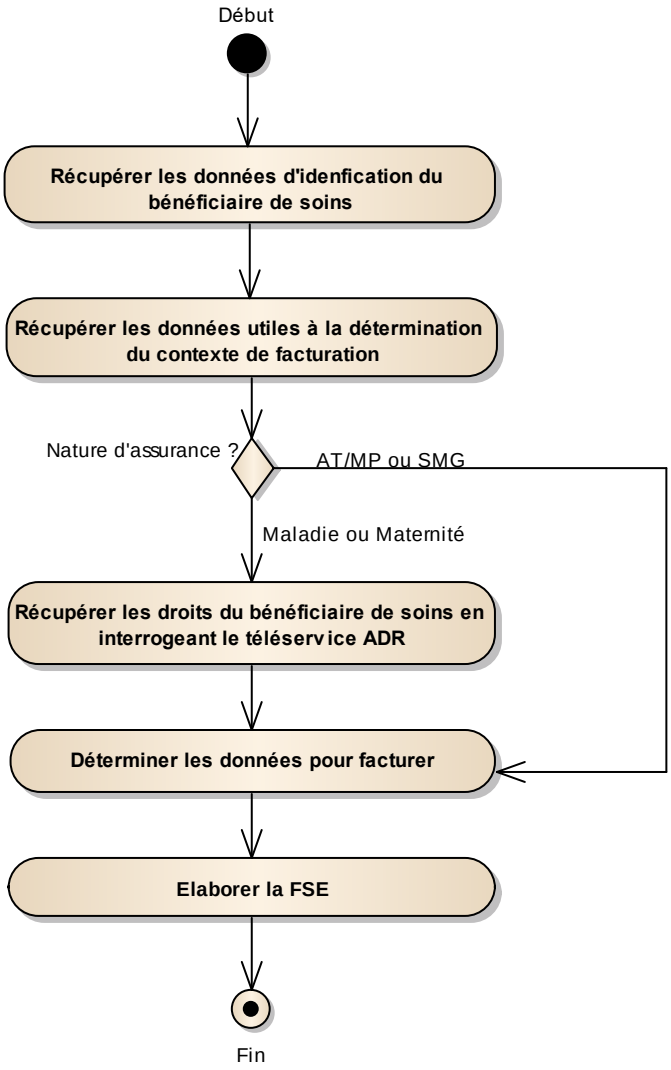


Figure 9 : Enchaînement générale de la fonctionnalité « Facturer l'acte de lecture différée de rétinographie »

3.3.1 Récupérer les données d'identification du bénéficiaire de soins

Ces traitements concernent uniquement le système de facturation de l'ophtalmologiste dans le cas d'une **rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral**

Règles de gestion

[RG_RD_BS405] Récupérer les données d'identification du bénéficiaire de soins

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation récupère les données d'identification du bénéficiaire de soins à partir du fichier des données administratives (EF_RD97) :

Données issues du fichier des données administratives (EF_RD97) des entités		→	Correspondance avec une donnée du groupe SSV
Bénéficiaire de soins	*EF_RD002*	→	104
Assuré	*EF_RD003*	→	101
Organisme AMO maladie	*EF_RD004*	→	101
Situation administrative AMO	*EF_RD009*	→	104

[RG_RD_BS406] Afficher les données d'identification du bénéficiaire de soins

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation affiche les données d'identification du bénéficiaire de soins.

3.3.2 Récupérer les données utiles à la détermination du contexte de facturation

Ces traitements concernent uniquement le système de facturation de l'ophtalmologiste dans le cas d'une **rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral**

Dans le cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste salarié, les informations de contexte de facturation sont issues du SI de l'ophtalmologiste.

Règles de gestion

[RG_RD_CF401] Récupérer les données de contexte de facturation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation récupère les données de contexte de facturation à partir du fichier des données administratives (EF_RD97) transmis par le système de facturation de l'orthoptiste.

Il s'agit des entités suivantes :

Entités du fichier des données administratives (EF_RD97)	
Contexte facture	*EF_RD040*
Nature d'assurance maladie	*EF_RD041*
Nature d'assurance maternité	*EF_RD042*
Nature d'assurance AT/MP	*EF_RD043*
Organisme AMO AT/MP	*EF_RD044*
Contexte exonération du bénéficiaire de soins	*EF_RD050*
Contexte complémentaire réglementaire	*EF_RD060*

Domaine de valeur du code nature d'assurance (EF_RD040.1)

Valeur	Interprétation
10	Risque Maladie (le bénéficiaire de soins ne dépend pas du régime Alsace-Moselle)
13	Risque Maladie (le bénéficiaire de soins dépend du régime Alsace-Moselle)
22	Contexte SMG
30	Risque Maternité
41	Risque AT/MP

Domaine de valeur du code conformité au protocole de soins ALD (EF_RD050.1)

Valeur	Interprétation
01	les soins sont en rapport avec l'ALD

Domaine de valeur du code contexte complémentaire réglementaire (EF_RD060.1)

Valeur	Interprétation
100	C2S
~~101~~	~~Complémentaire ACS avec un contrat A~~
~~102~~	~~Complémentaire ACS avec un contrat B~~
~~103~~	~~Complémentaire ACS avec un contrat C~~
104	AME

Cas d'erreur

[CE01] Incompatibilité liée à des écarts de socle fonctionnel

Lorsque le système de facturation de l'ophtalmologiste ne reconnaît pas une donnée dans les informations liées au contexte de facturation (donnée inconnue sur le périmètre fonctionnel pour lequel le système est agréé), celle-ci doit être ignorée.

[RG_RD_CF402] Afficher les données de contexte de facturation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation doit afficher toutes les données de contexte de facturation pour permettre la facturation de l'acte.

L'ophtalmologiste peut identifier la nature d'assurance : maladie, maternité, AT/MP ou SMG.

3.3.3 Récupérer les droits du bénéficiaire de soins en interrogeant le téléservice ADR

Ces traitements concernent le système de facturation de l'ophtalmologiste dans le cas d'une **rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral ou salarié**.

Règles de gestion

[RG_RD_BS407] Interroger le téléservice ADR

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Condition : Nature d'assurance « Maladie » et « Maternité » (ie code nature d'assurance (EF_RD_040.01) vaut « 10 », « 13 » ou « 30 »).

Le système de facturation interroge le téléservice ADR à partir des données d'identification du bénéficiaire de soins :

- Cf. RG_RD_BS405 pour une rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral
- ou issues du SI de l'ophtalmologiste pour une rétinographie réalisée par un orthoptiste salarié.

Les données nécessaires à l'interrogation du téléservice ADR et les modalités d'appel du service sont décrites :

- dans le document [SFG ADR],
- dans le guide d'intégration [GI ADR] au « §2.2.1 – Données en entrée du service » et au « §3.2 – Mise en œuvre » avec le détail des assertions et contextes à renseigner.

[RG_RD_BS408] Récupérer les informations de droits du bénéficiaire de soins issues de la réponse ADR

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation récupère les informations de droits du bénéficiaire de soins à partir des données acquises avec le téléservice ADR.

Ces données, ainsi que leur utilisation par le système de facturation, sont décrites :

- dans le document [SFG ADR],
- dans le guide d'intégration [GI ADR] au « §2.2.2 – Données en sortie du service ».

3.3.4 Déterminer les données pour facturer

Règles de gestion

[RG_RD_BS409] Déterminer les données pour facturer

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le tableau ci-après détermine les données à utiliser en facturation pour les différentes natures d'assurance.

Différentes situations en fonction de la nature d'assurance (RD040.01) avec/sans ADR	Données issues du fichier des données administratives dans le cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral ou du SI de l'ophtalmologiste dans le cas d'une rétinographie réalisée par orthoptiste salarié						Données issues du téléservice ADR
	Données d'identification du BS (EF_RD002, EF_RD003, EF_RD009 et EF_RD004)	Données de contexte de facturation					
		Maladie (EF_RD041)	Maternité (EF_RD042)	AT/MP (EF_RD043) & Organisme AT/MP (EF_RD044)	Exonération du bénéficiaire de soins (EF_RD050)	Complémentaire réglémentaire (EF_RD060)	
AT/MP	x			x			
SMG	x						
Maladie avec ADR		x			x		x
Maternité avec ADR			x				x
Maladie sans ADR	x	x			x	x	
Maternité sans ADR	x		x			x	

3.3.5 Elaborer la FSE

Ces traitements concernent le système de facturation de l'ophtalmologiste dans le cas d'une **rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral ou salarié**.

Préambule

L'acte **BGQP140** est pris en charge dans son intégralité par l'Assurance Maladie

- soit au titre d'une exonération du ticket modérateur :
  - exonérations liées à l'individu,
  - maternité,
  - AT/MP,
  - SMG,
- soit au titre d'une prise en charge du ticket modérateur :
  - Complémentaire Santé Solidaire,
  - AME.

A défaut, cette prise en charge s'effectue dans le cadre de la prévention « Soins dispensés en risque maladie et exonérés dans le cadre d'un dispositif de prévention ».

Aucune spécificité sur le processus d'acquisition des informations relatives à la prestation n'est liée à l'acte **BGQP140.**

Facturer dans le cadre d'un AT/MP

Le Professionnel de santé a la possibilité de facturer sur le risque AT si et seulement si, l'information lui a été transmise par l'orthoptiste dans le fichier des données administratives : nature d'assurance (EF_RD040.01) = « 41 ».

Ces données sont fonctionnellement équivalentes aux données du support AT qui aurait été présenté au PS s'il avait été en présence du bénéficiaire de soins : « Nature d'assurance AT/MP » (EF_RD043) et « Organisme AMO AT/MP » (EF_RD044).

Facturer dans le cadre des SMG

Lorsque le code nature d'assurance (EF_RD040.01) vaut « 22 », le système de facturation informe le PS que les soins sont pris en charge dans le cadre des SMG.

Le contexte de rétinopathie n'ouvre pas de possibilité à dépassements SMG et le code CCAM n'est pas soumis à entente préalable.

Aucune demande de prise en charge auprès de la Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale ne doit être réalisée et le montant total de la prise en charge SMG saisie par le Professionnel de Santé à partir de l'accord de prise en charge doit être non renseigné (cf §2.2 - CF99 de l'annexe 1-A3, RG_RD_CF405).

Règles de gestion

Valoriser la prestation

[RG_RD_VF400] Contrôler le reste à charge assuré

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En fin de facture, le système de facturation calcule et affiche le reste à charge assuré, c'est-à-dire : le montant total de la facture ([1910-2]) déduit du montant total remboursable AMO ([1910-3]) et déduit du montant total de la part complémentaire ([1910-6]).

Cas particulier

[CP01] Présence d'un reste à charge assuré

Dans le cas d'un reste à charge différent de 0, le système de facturation doit laisser la possibilité à l'ophtalmologiste de reprendre le processus de facturation. La prise en charge doit alors s'effectuer dans le cadre de la prévention « Soins dispensés en risque maladie et exonérés dans le cadre d'un dispositif de prévention ».

Règles de gestion

Constituer et sécuriser la FSE

[RG_RD_CF313] Déterminer la nature de la pièce justificative AMO

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation indique la nature de pièce justificative AMO utilisée correspondant au support de droits AMO pour facturer. Il s'agit :

- soit de la nature de pièce justificative issue du téléservice ADR,
- soit de la valeur « 2 » pour « L'assuré a présenté sa Carte d'assuré social ou le Professionnel de Santé a consulté le fichier patient par télématique » lorsque le support de droits utilisés est le fichier des données administratives.

[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, la nature de pièce justificative AMO est renseignée à la valeur **1** : « L'assuré a présenté une attestation de droits… »

[RG_RD_MF003] Déterminer le mode de sécurisation

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, la FSE est créée en mode de sécurisation SESAM sans Vitale.

PR	AM	LB	PH	FR	TR

M	CD	SF					

[RG_RD_MF611] Supprimer les éléments

Conformément aux dispositions réglementaires (cf. §1.4 Texte réglementaire), le SI de l'ophtalmologiste conserve le fichier des données administratives et les données issues de ce fichier pendant une durée maximale de 90 jours.

4 Description des entités fonctionnelles composant le fichier des données administratives (EF_RD97)

Schéma

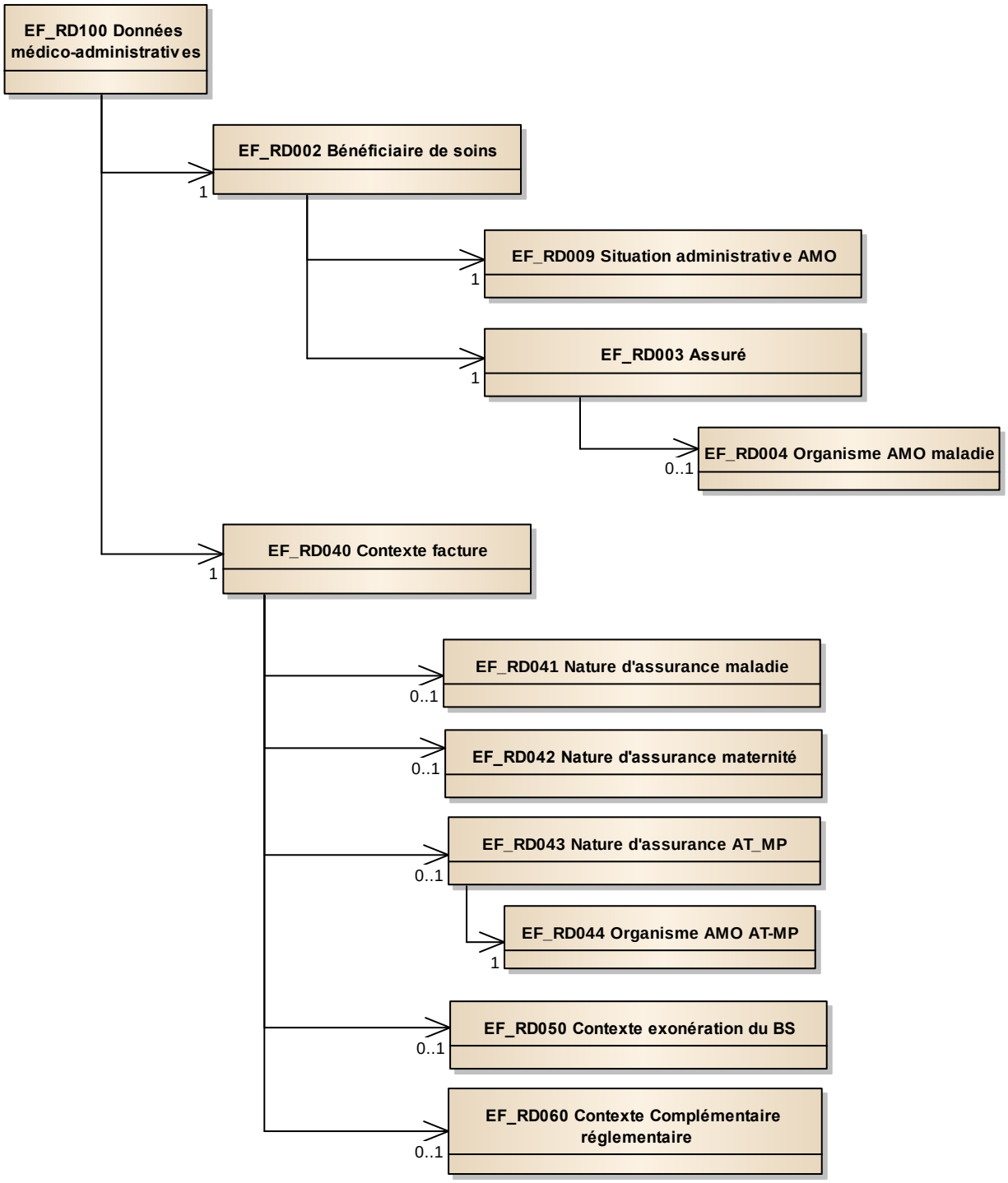


Figure 10 : Relations entre les entités fonctionnelles du fichier des données administratives

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
Nombre	N

Données

Le tableau ci-après présente la liste des données contenues dans le fichier des données administratives.

		Nom	Occurence	Format
EF_RD100		**Données médico-administratives**	**1**	
	01	Version du modèle	1	D
	02	Date de création du fichier	1	N
EF_RD002		**Bénéficiaire de soins**	**1**	
	01	Nom usuel	0..1	L
	02	Nom de famille	0..1	L
	03	Prénom	0..1	L
	04	NIR certifié	0..1	L
	05	Clé du NIR certifié	0..1	K
	06	Date de certification du NIR	0..1	D
	07	Date de naissance	1	D
EF_RD003		**Assuré**	**1**	
	01	NIR de l'assuré	1	L
	02	Clé du NIR de l'assuré	1	K
EF_RD009		**Situation administrative AMO**	**1**	
	01	Rang de naissance	1	L
EF_RD004		**Organisme AMO maladie**	**0..1**	
	01	Code régime	1	C
	02	Code caisse gestionnaire	1	C
	03	Code centre gestionnaire	1	C
EF_RD040		**Contexte facture**	**1**	
	01	Code nature d'assurance	1	C

	Nom	Occurence	Format
EF_RD041	**Nature d'assurance maladie** [1]	**0..1**	
01	Date d'accident de droit commun	1	D
EF_RD042	**Nature d'assurance maternité**	**0..1**	
01	Date de maternité	1	D
EF_RD043	**Nature d'assurance AT/MP**	**0..1**	
01	Date de l'AT ou MP	1	D
02	Identifiant de l'AT ou MP	1	C
03	Clé du n° de l'AT ou MP	1	K
EF_RD044	**Organisme AMO AT/MP**	**1**	
01	Code régime	1	C
02	Code caisse gestionnaire	1	C
03	Code centre gestionnaire	1	C
EF_RD050	**Contexte exonération du bénéficiaire de soins**	**0..1**	
01	Code conformité au protocole de soins ALD	1	C
EF_RD060	**Contexte complémentaire réglementaire**	**0..1**	
	Code contexte complémentaire réglementaire	1	C

[1] L'entité fonctionnelle « Nature d'assurance maladie » est renseignée uniquement dans le cas où les soins sont dispensés dans le cadre d'un accident de droit commun. La donnée « Date d'accident de droits commun » (EF_RD041.01) est alors obligatoirement renseignée.

5 Eléments techniques

La section présente décrit le schéma XML du fichier des données administratives.

Balises XML **Gras : élément vide** *Italique : élément avec contenu*	**Occurence**	**Format**	**Données fonctionnelles**
DonneesMedicoAdministrative	1		EF_RD100
Version	1	AN	EF_RD100.01
DateCreation	1	D	EF_RD100.02
BeneficiaireDeSoins	1		EF_RD002
NomUsuel	0..1	AN	EF_RD002.1
NomDeFamille	0..1	AN	EF_RD002.2
Prenom	0..1	AN	EF_RD002.3
NIRCertifie	0..1		-
Num	1	AN	EF_RD002.4
Cle	1	AN	EF_RD002.5
DateCertificationDuNIR	0..1	D	EF_RD002.6
DateDeNaissance	1	DL	EF_RD002.7
SituationAdministrativeAMO	1		EF_RD009
RangDeNaissance	1	N	EF_RD009.1
Assure	1		EF_RD003
NIRAssure	1		-
Num	1	AN	EF_RD003.1
Cle	1	AN	EF_RD003.2
OrganismeAMOMaladie	0..1		EF_RD004
CodeRegime	1	AN	EF_RD004.1
CodeCaisseGestionnaire	1	AN	EF_RD004.2
CodeCentreGestionnaire	1	AN	EF_RD004.3
ContexteFacture	1		EF_RD040
CodeNatureAssurance	1	AN	EF_RD040.1
NatureAssuranceMaladie	0..1		EF_RD041
DateAccidentDroitCommun	1	D	EF_RD041.1

Balises XML **Gras : élément vide** *Italique : élément avec contenu*	Occurence	Format	Données fonctionnelles
NatureAssuranceMaternite	0..1		EF_RD042
DateMaternite	1	D	EF_RD042.1
NatureAssuranceATMP	0..1		EF_RD043
DateATMP	1	D	EF_RD043.1
IdentifiantATMP	1	AN	EF_RD043.2
CleATMP	1	AN	EF_RD043.3
OrganismeAMOATMP	1		EF_RD044
CodeRegime	1	AN	EF_RD044.1
CodeCaisseGestionnaire	1	AN	EF_RD044.2
CodeCentreGestionnaire	1	AN	EF_RD044.3
ContexteExonerationDuBS	0..1		EF_RD050
CodeConformiteAuProtocoleDeSoinsALD	1	AN	EF_RD050.1
ContexteComplementaireReglementaire	0..1		EF_RD060
CodeContexteComplementaire	1	AN	EF_RD060.1