

# Facturation SESAM-Vitale

Ordonnance du 24/04/1996

## 1.40 - Addendum 8

**Maj 2025**

## VF : Valoriser la facture

*Version* 8.60

*Date* 11/04/2025

*Référence* FACT-SFG-015

*Information* RESTREINTE

*Etat* PROVISOIRE



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

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>7</b>
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
<b>2</b>	<b>PRESENTATION DE LA FONCTIONNALITE « VF : VALORISER LA FACTURE » .....</b>	<b>8</b>
2.1	POSITIONNEMENT DE LA FONCTIONNALITE.....	8
2.2	DESCRIPTION DE LA FONCTIONNALITE .....	9
<b>3</b>	<b>VF-AMO : VALORISER LA FACTURE POUR LA PART OBLIGATOIRE .....</b>	<b>11</b>
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
<b>4</b>	<b>VF-COMPLEMENTAIRE : VALORISER LA FACTURE POUR LA PART COMPLEMENTAIRE .....</b>	<b>113</b>
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 : Tarifier 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
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
<b>5</b>	<b>VF30 : TERMINER DE FACTURER.....</b>	<b>143</b>
<b>6</b>	<b>SP11 : SITUATION SPECIFIQUE DE FORÇAGE.....</b>	<b>146</b>
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 .....	158
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
<b>7</b>	<b>DF_VF : DOMAINE D'INFORMATION « VALORISER LA FACTURE » .....</b>	<b>162</b>
7.1	MODELE DE DONNEES .....	162
7.2	LISTE DES DONNEES FONCTIONNELLES POUR CHAQUE ENTITE .....	163
<b>8</b>	<b>LISTE DES REGLES DE GESTION .....</b>	<b>168</b>

## 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]	ENCHAÎNEMENT DES OPERATIONS DE VF-AMO « VALORISER LA FACTURE POUR LA PART OBLIGATOIRE » .....	11
FIGURE 4 : [SC_VF-AMO][SP18]	ENCHAÎNEMENT DES OPERATIONS DE VF-AMO [SP18] « VALORISER LA FACTURE POUR LA PART OBLIGATOIRE EN SITUATION VICTIME D'ATTENTAT ».....	12
FIGURE 5 : [SC_VF01]	ENCHAÎNEMENT DE L'OPERATION VF01 : DETERMINER LA BASE DE REMBOURSEMENT DE LA PRESTATION .....	14
FIGURE 6 : [SC_VF01.01]	ENCHAÎNEMENT DES OPERATIONS DE VF01.01 « DETERMINER LE PRIX UNITAIRE DE LA PRESTATION » .....	16
FIGURE 7 : [SC_VF01.02]	ENCHAÎNEMENT DES OPERATIONS DE VF01.02 « DETERMINER LES MONTANTS DE MAJORATION DE LA BR » .....	21
FIGURE 8 : [SC_VF01.02.01]	ENCHAÎNEMENT 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]	ENCHAÎNEMENT DES OPERATIONS DE VF01.04 « DETERMINER LE MONTANT DE LA BR » .....	29
FIGURE 10 : [SC_VF02]	ENCHAÎNEMENT DES OPERATIONS DE VF02 « DETERMINER LE TAUX DE REMBOURSEMENT DE CHAQUE PRESTATION ».....	39
FIGURE 11 : [SC_VF02.01]	ENCHAÎNEMENT DES OPERATIONS DE VF02.01 « LE TAUX DE REMBOURSEMENT DE LA PRESTATION ISOLEMENT » .....	43
FIGURE 12 : [SC_VF02.01.03]	ENCHAÎNEMENT DES OPERATIONS DE VF02.01.03 « DETERMINER LE TAUX DE REMBOURSEMENT LIE A L'INDIVIDU » .....	46
FIGURE 13 : [SC_VF02.01.04]	ENCHAÎNEMENT DES OPERATIONS DE VF02.01.04 « DETERMINER LE TAUX DE REMBOURSEMENT LIE A LA NATURE DE LA PRESTATION » .....	50
FIGURE 14 : [SC_VF02.03]	ENCHAÎNEMENT DES OPERATIONS DE VF02.03 « FINALISER LE TAUX DE REMBOURSEMENT DE LA PRESTATION » .....	57
FIGURE 15 : [SC_VF03]	ENCHAÎNEMENT DES OPERATIONS DE VF03 « DETERMINER LE MONTANT REMBOURSABLE AMO DE CHAQUE PRESTATION» .....	62
FIGURE 16 : [SC_VF03.01]	ENCHAÎNEMENT DES OPERATIONS DE VF03.01 « DETERMINER LE MONTANT REMBOURSABLE AMO D'UNE PRESTATION» .....	64
FIGURE 17 : [SC_VF03.01][SP03.1]	ENCHAÎNEMENT DES OPERATIONS DE VF03.01 « DETERMINER LE MONTANT REMBOURSABLE AMO D'UNE PRESTATION » LA SITUATION SPECIFIQUE [SP03.1] FORFAITS DENTAIRE CMU-C.....	65
FIGURE 18 : SC_VF05]	ENCHAÎNEMENT DES OPERATIONS DE VF05 « GENERER LES SUPPLEMENTS DEROGATOIRES SMG » .....	77
FIGURE 19 : SC_VF05.01]	ENCHAÎNEMENT DES OPERATIONS DE VF05.01 « DETERMINER LA NECESSITE DE GENERER DES PRESTATIONS SD_SMG » .....	79
FIGURE 20 : SC_VF05.02]	ENCHAÎNEMENT DES OPERATIONS DE VF05.02 « DETERMINER LA NECESSITE DE GENERER DES PRESTATIONS SD_SMG » .....	81
FIGURE 21 : [SC_VF05.02.01]	ENCHAÎNEMENT DES OPERATIONS DE VF05.02.01 « ACQUERIR LES DONNEES D'UNE PRESTATION DE TYPE SD_SMG» .....	83
FIGURE 22 : [SC_VF05.02.02]	ENCHAÎNEMENT DES OPERATIONS DE VF05.02.02 « CONTROLER LES DONNEES D'UNE PRESTATION DE TYPE SD_SMG» .....	84
FIGURE 23 : [SC_VF05.02.03]	ENCHAÎNEMENT DES OPERATIONS DE VF05.02.03 « DETERMINER LES MONTANTS D'UNE PRESTATION DE TYPE SD_SMG» .....	85
FIGURE 24 : [SC_VF06]	ENCHAÎNEMENT DES OPERATIONS DE VF06 « RECALCULER LE MONTANT DES HONORAIRES DE CHAQUE PRESTATION » .....	87
FIGURE 25 : [SC_VF07]	ENCHAÎNEMENT DES OPERATIONS DE VF07 « GENERER LES SUPPLEMENTS EN NATURE D'ASSURANCE AT » .....	90
FIGURE 26 : [SC_VF07.01]	ENCHAÎNEMENT DES OPERATIONS DE VF07.01 « GENERER LES COMPLEMENTES AT DENTAIRE » .....	92
FIGURE 27 : [SC_VF07.01.01]	ENCHAÎNEMENT DES OPERATIONS DE VF07.01.01 « ACQUERIR LES DONNEES DE LA PRESTATION ATD » .....	94
FIGURE 28 : [SC_VF07.01.02]	ENCHAÎNEMENT DES OPERATIONS DE VF07.01.02 « CONTROLER LES DONNEES DE LA PRESTATION ATD» .....	95
FIGURE 29 : [SC_VF07.01.03]	ENCHAÎNEMENT DES OPERATIONS DE VF07.01.03 « DETERMINER LES MONTANTS DE LA PRESTATION ATD» .....	96

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

---

# 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).

## 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 concerne 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) ».

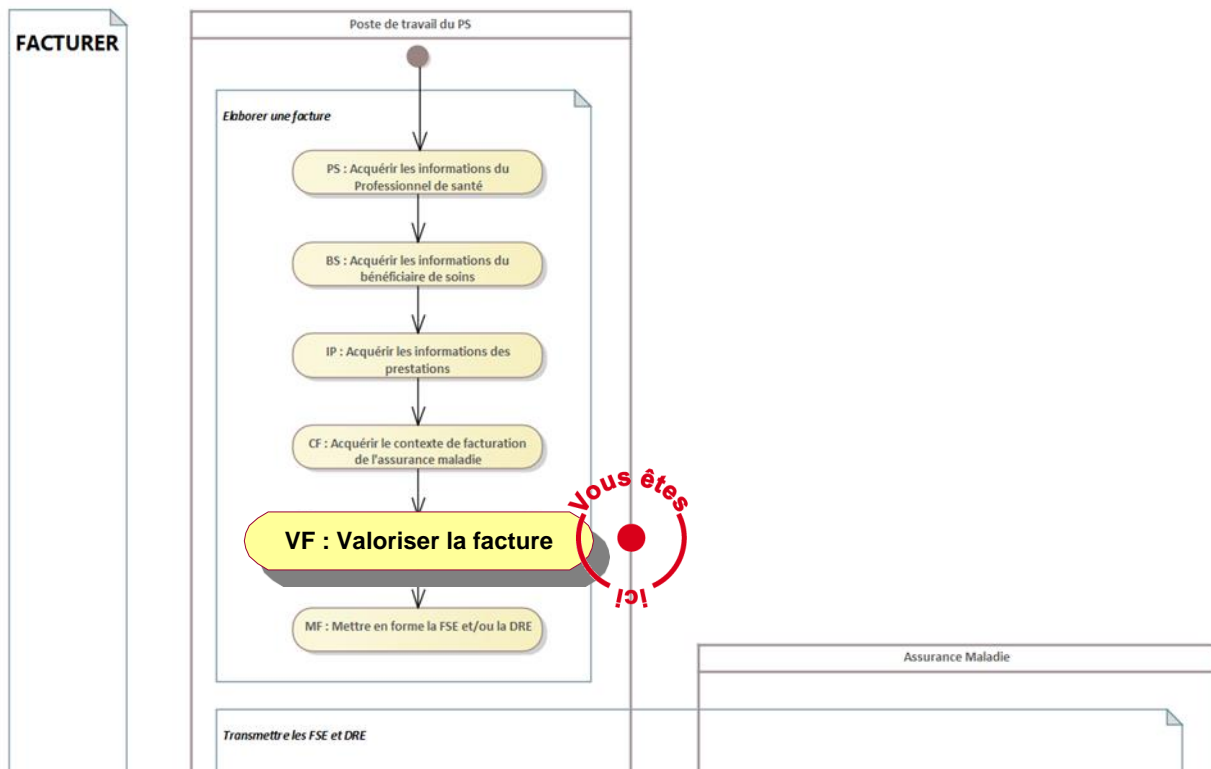


Figure 1 : [VF] Périmètre de « Valoriser la facture »

## 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 influencer sur la garantie de paiement des prestations. Cette possibilité est décrite dans le chapitre « Situations spécifiques » de cette fonctionnalité.

<b>Entrées</b>	Domaine d'informations « Professionnel de santé	<b>DF_PS</b>
	Domaine d'informations « Bénéficiaire de soins »	<b>DF_BS</b>
	Domaine d'informations « Prestation »	<b>DF_IP</b>
	Domaine d'informations « Contexte Facturation »	<b>DF_CF</b>
	Tables de l'annexe 2bis	<b>DF_A2</b>
	Base CCAM	<b>DF_CCAM</b>
<b>Sorties</b>	Domaine d'informations « Valoriser Facture »	<b>DF_VF</b>
<b>Situations spécifiques</b>	Victime d'Attentat	<b>SP18</b>

### 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.

## Schéma

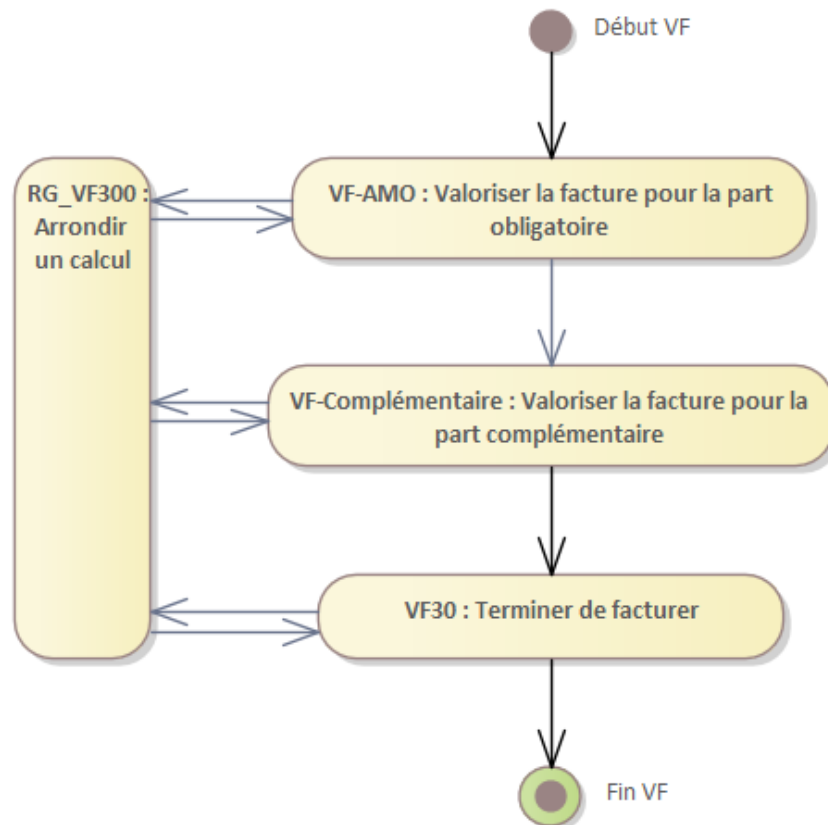


Figure 2 : [SC\_VF] Opérations de la fonctionnalité VF : « Valoriser la facture »

## 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.

## 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

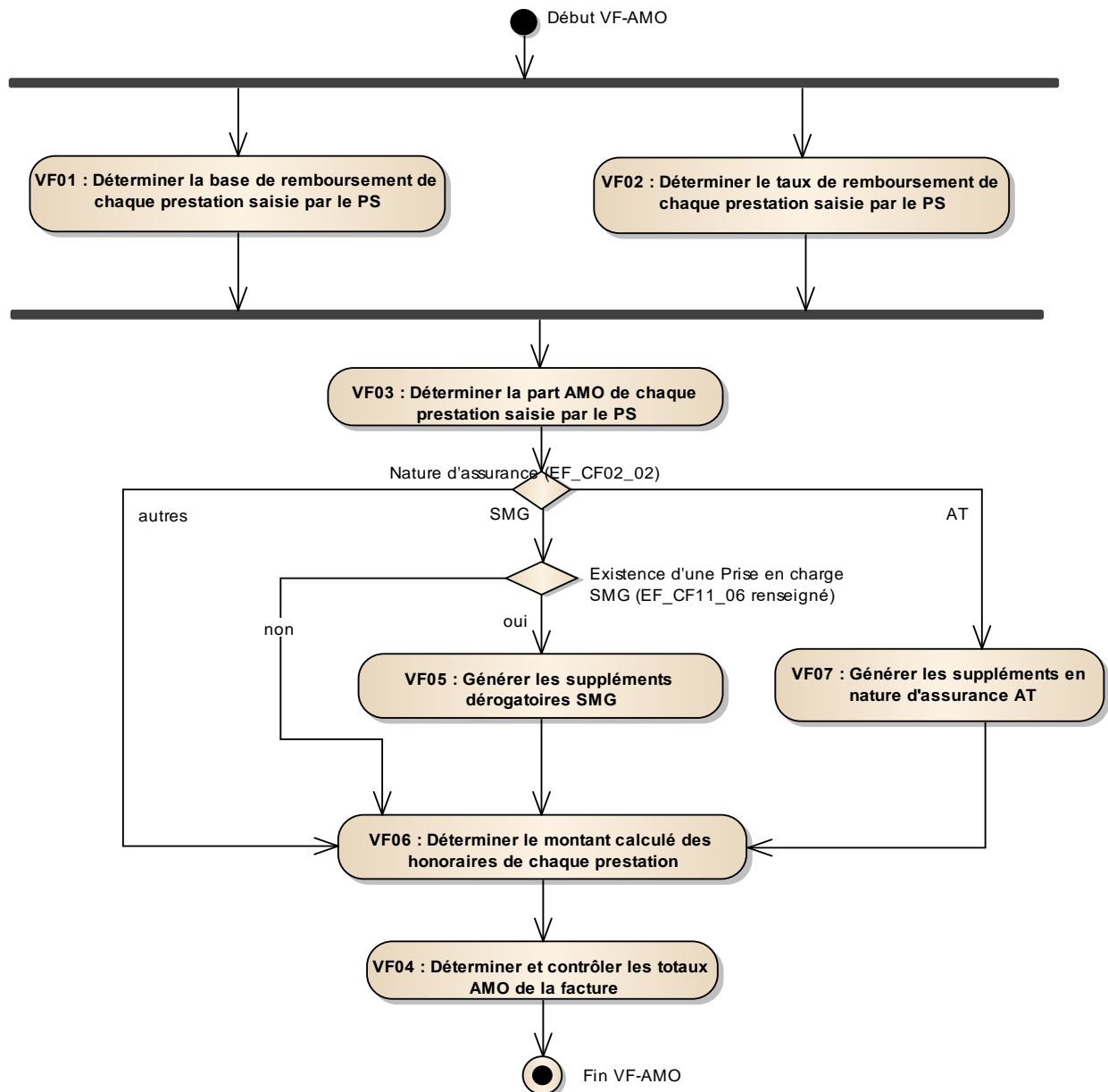


Figure 3 : [SC\_VF-AMO] Enchaînement des opérations de VF-AMO « Valoriser la facture pour la part obligatoire »

**[SP18] L'opération VF-AMO a un comportement spécifique pour un bénéficiaire Victime d'Attentat.**

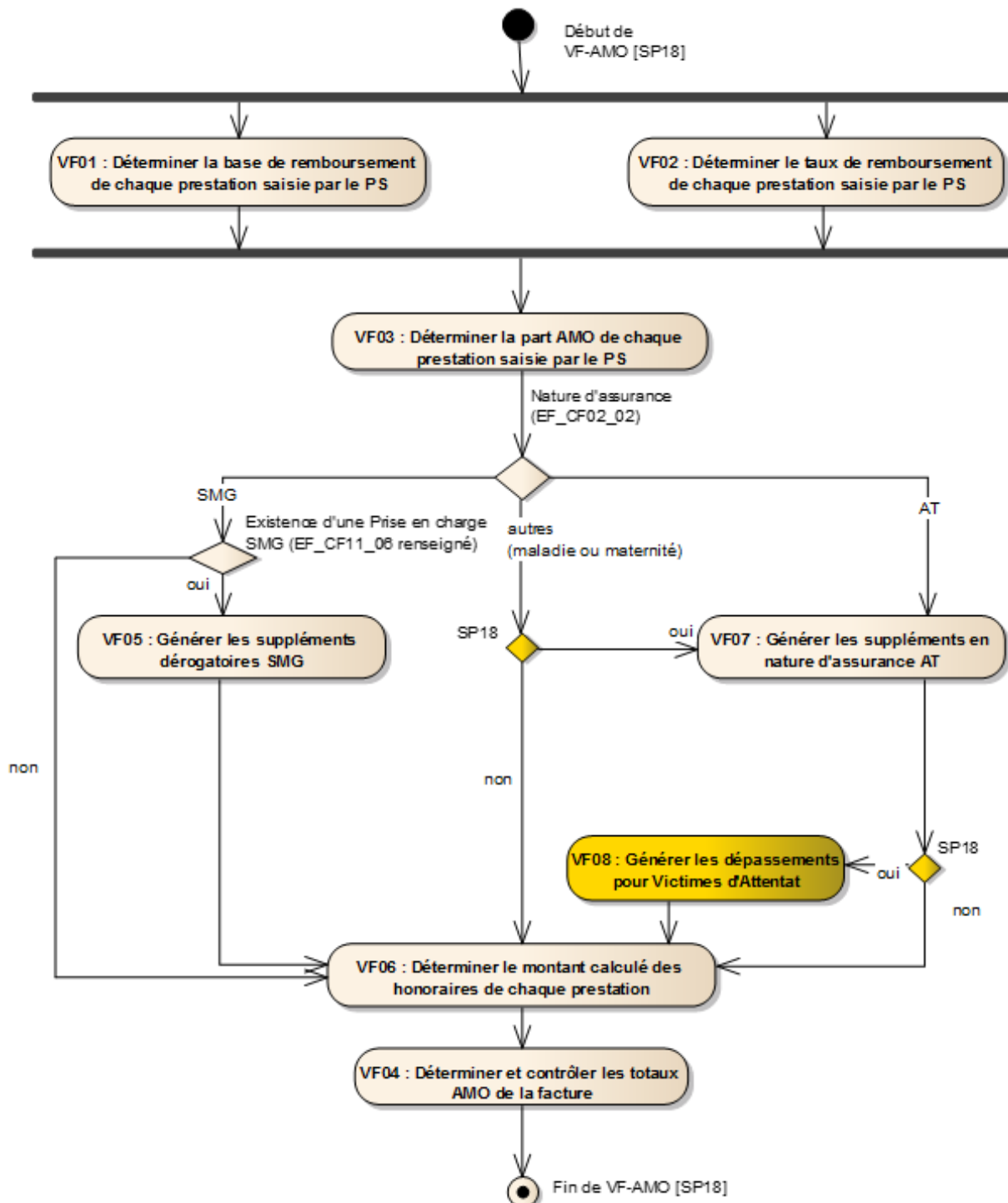


Figure 4 : [SC\_VF-AMO][SP18] Enchaînement des opérations de VF-AMO [SP18] « Valoriser la facture pour la part obligatoire en situation Victime d'Attentat »

## 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.

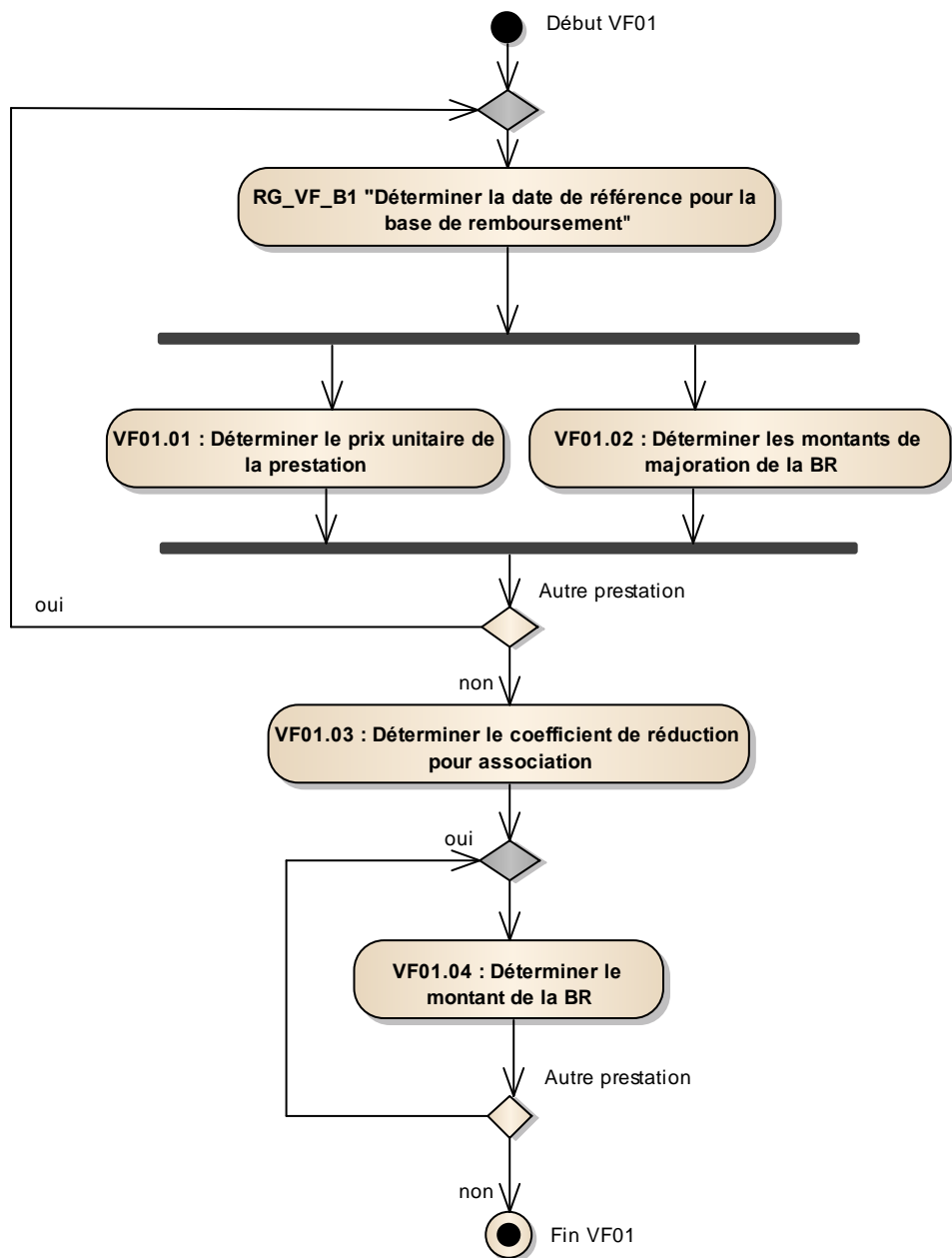
Cette opération ne concerne pas les prestations automatiquement générées par le système de facturation (cf. VF05).

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).

<b>Entrées</b>	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
<b>Sorties</b>	Date de référence pour la Base de Remboursement	EF_VF99_01
	Données intermédiaires pour la BR	EF_VF99
	Part AMO Prestation	EF_VF05
<b>Situations spécifiques</b>	Bénéficiaire C2S	SP03
	Bénéficiaire de l'AME	SP06
	Forçage	SP11

## Schéma



**Figure 5 : [SC\_VF01] Enchaînement de l'opération VF01 : Déterminer la base de remboursement de la prestation**

## 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

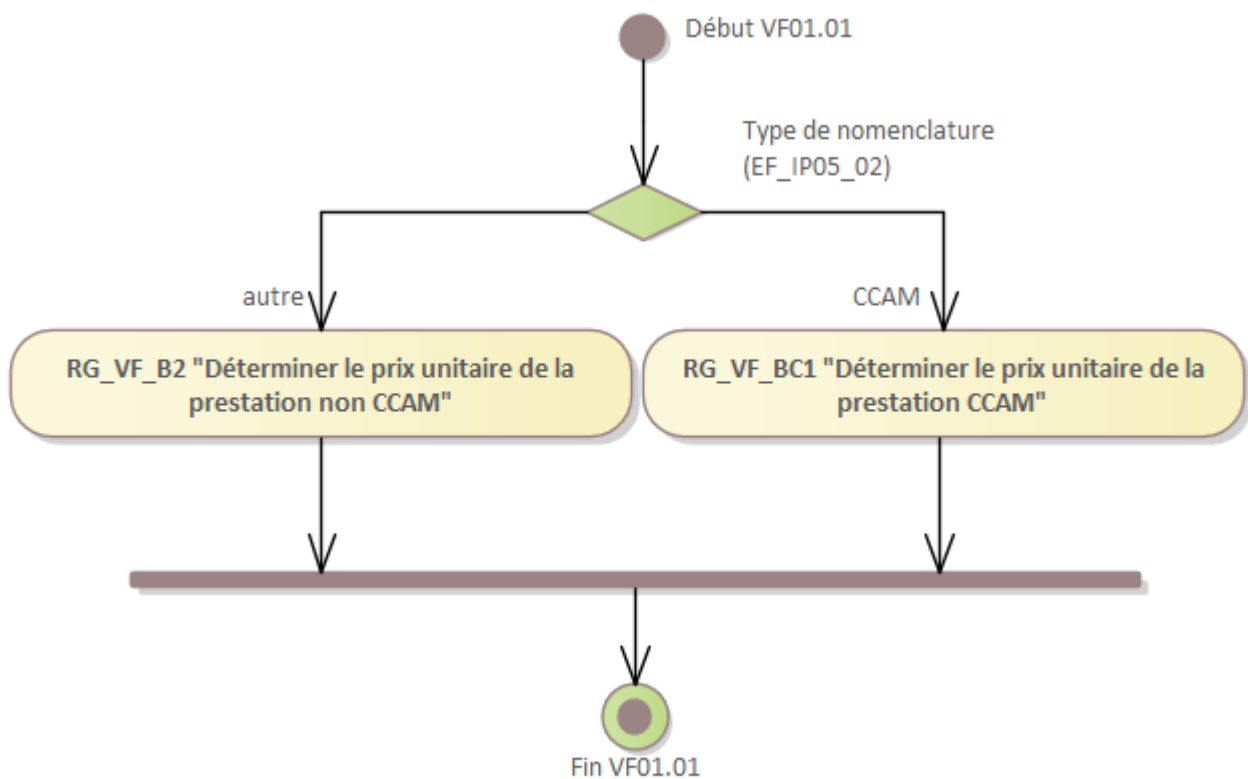
**Description** La notion de Prix unitaire correspond au tarif conventionnel de la prestation ou de la lettre clé selon le type de prestation.

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.

<b>Entrées</b>	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

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
<b>Sorties</b> Prix unitaire de la prestation	EF_VF05_01
<b>Situations spécifiques</b> Forçage	<b>SP11</b>

## Schéma



**Figure 6 : [SC\_VF01.01] Enchaînement des opérations de VF01.01 « Déterminer le Prix unitaire de la prestation »**

## Règles de gestion

### [RG\_VF\_B2] Déterminer le prix unitaire de la prestation non CCAM (EF\_VF05\_01)

PR			AM	LB	PH	FR	IR
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	IR
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	IR
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	IR
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)

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	IR
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	IR
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	IR
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 :

$$PU_{ATx} = \text{MIN} (\text{Coeff}_{ATx} * BR_{\text{Acte support}}, \text{Montant honoraires}_{\text{Acte support}} - MRO_{\text{Acte support}})$$

Avec :

- **BR** = EF\_VF05\_02
- **MRO** = EF\_VF05\_07
- **Montant honoraires** = EF\_IP04\_06
- **Coeff<sub>ATx</sub>** = coefficient à appliquer : défini en table 52 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T42)



Ce coefficient dépend du code prestation, de la nature d'assurance et de la situation du bénéficiaire



Remarque : le montant des honoraires de l'acte support correspond au montant total de la dépense de l'acte support sans diminution du montant du complément AT.



### Tables utilisées :

- Table 52 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T52)

### [CP7] Supplément APIAS (DAT)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour le supplément APIAS (EF\_IP04\_01 = « DAT »), le montant du Prix Unitaire correspond au montant du supplément APIAS (EF\_VF02\_09) déterminé préalablement (cf. RG\_VF351).

### [CP8] Dépassement pour Victime d'Attentat

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le prix unitaire (PU) d'un dépassement pour Victime d'Attentat généré par le LPS correspond au montant des honoraires saisi par le PS (EF\_IP04\_06) de l'acte support diminué de son montant remboursable AMO (EF\_VF05\_07) et du montant remboursable AMO (EF\_VF05\_07) du complément AT (ATD ou ATL) éventuellement associé à l'acte support.

$$PU_{\text{dépassement}} = \text{Montant honoraires}_{\text{Acte support}} - MRO_{\text{Acte support}} - MRO_{\text{ATx}}$$

Avec :

- $MRO = EF\_VF05\_07$
- $\text{Montant honoraires} = EF\_IP04\_06$

### [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 boîtes 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.



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)

<b>Entrées</b>	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
	Date de référence pour la Base de Remboursement	EF_VF99_01
<b>Sorties</b>	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
<b>Situations spécifiques</b>	Aucune	

## Schéma

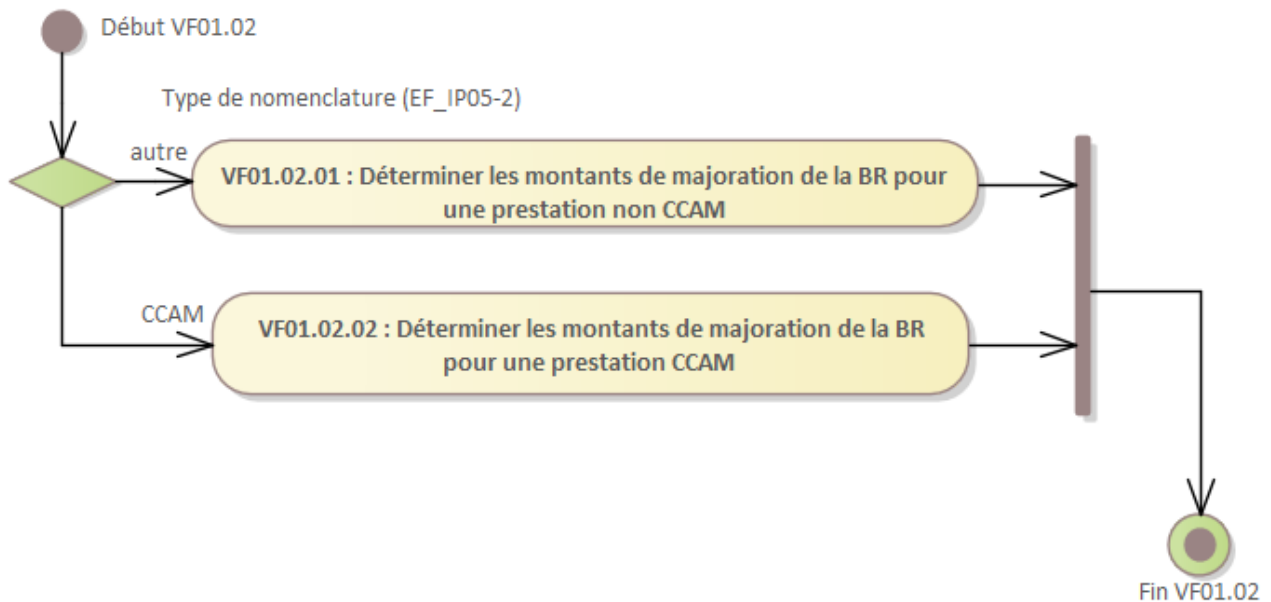


Figure 7 : [SC\_VF01.02] Enchaînement des opérations de VF01.02 « Déterminer les montants de majoration de la BR »

### 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*

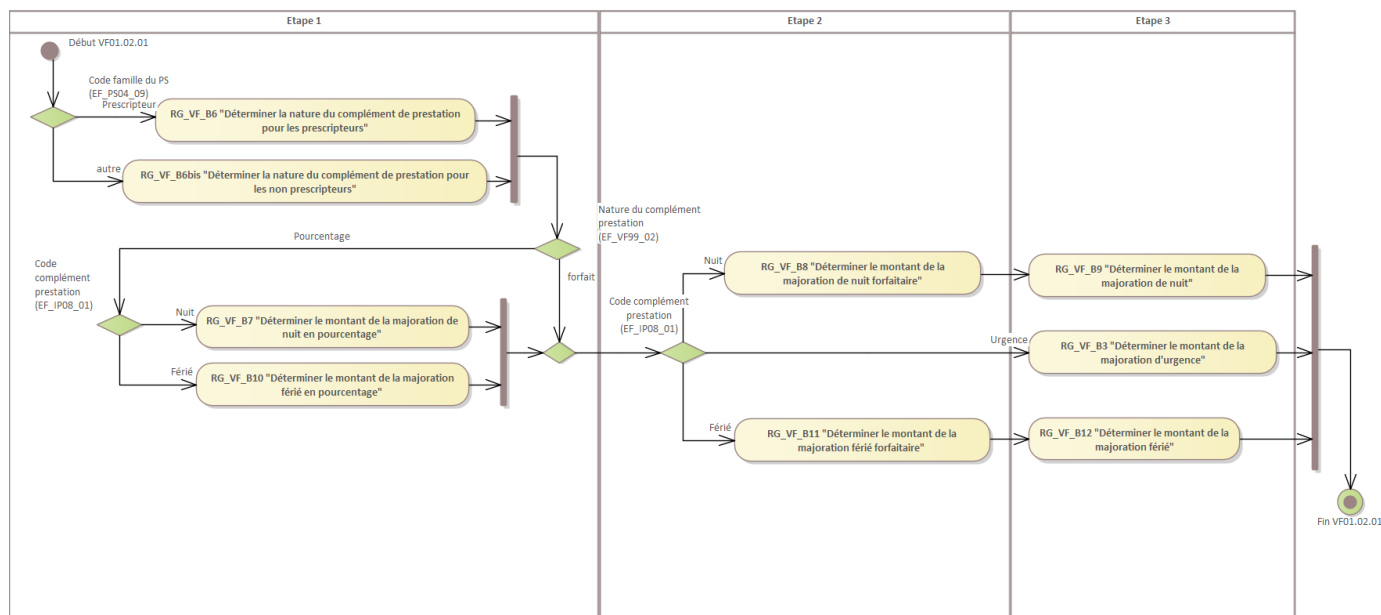
**Description** Pour une prestation non CCAM la majoration de BR est constituée par le complément de prestation saisi par le Professionnel de Santé et correspondant à l'une des 3 notions suivantes :

- majoration de nuit
- majoration d'urgence
- majoration de jour férié ou de dimanche

<b>Entrées</b>	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
<b>Sorties</b>	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 »**

## 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.



Remarque : le complément de prestation « Urgence » est toujours de nature forfaitaire.

Ce calcul s'articule selon 3 étapes successives :

- 1<sup>ère</sup> étape : détermination du montant pourcentage du complément de prestation si ce complément est de nature pourcentage.
- 2<sup>ème</sup> étape : détermination du montant forfaitaire du complément de prestation, quelle que soit la nature du complément (forfaitaire ou pourcentage).
- 3<sup>ème</sup> 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
<b>ETAPE 1</b> <i>calcul du montant pourcentage</i>	Pourcentage uniquement		<b>B7</b>	<b>B10</b>
<b>ETAPE 2</b> <i>calcul du montant forfaitaire</i>	Forfaitaire ou Pourcentage		<b>B8</b>	<b>B11</b>
<b>ETAPE 3 :</b> <i>calcul final</i>	Forfaitaire ou Pourcentage	<b>B3</b>	<b>B9</b>	<b>B12</b>

## 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 :

Coefficient x 10 % x Prix Unitaire
------------------------------------

Avec :

- **Coefficient** = EF\_IP04\_03
- **Prix Unitaire** = EF\_VF05\_01

**Références réglementaires :**

- NGAP

**[RG\_VF\_B8] Déterminer le montant de la majoration de nuit forfaitaire (EF\_VF99\_03)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

➤ **Cas d'un Professionnel de Santé conventionné (EF\_PS03\_13 différent de 0)**

Le montant de la majoration de nuit forfaitaire est fonction de la spécialité du Professionnel de Santé et, pour les sages-femmes, de la nature des soins dispensés.

➤ **Cas d'un Professionnel de Santé non conventionné (EF\_PS03\_13 = 0)**

Le montant de la majoration de nuit forfaitaire est fonction de la spécialité du Professionnel de Santé et de sa zone tarifaire.

**Références réglementaires :**

- NGAP : Dispositions générales : Valeurs des lettres-clés
- NABM : Dispositions générales.
- Conventions Nationales des Professionnels de Santé



**Remarque :** cette règle ne concerne pas les Pédicures Podologues (spécialité 27) ni les Orthophonistes (spécialité 28).

**[RG\_VF\_B9] Déterminer le montant de la majoration de nuit (EF\_VF99\_03)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

➤ **La nature du complément de prestation (EF\_VF99\_02) est forfaitaire**

Le montant de la majoration correspondra au montant de la majoration de nuit forfaitaire (EF\_VF99\_03).

➤ **La nature du complément de prestation (EF\_VF99\_02) est en pourcentage**

Si le montant de la majoration en pourcentage (calculé en RG\_VF\_B7) est inférieur ou égal au montant de la majoration forfaitaire (calculé en en RG\_VF\_B8), le montant de la majoration correspond au montant de la majoration forfaitaire.

Si le montant de la majoration en pourcentage (calculé en RG\_VF\_B7) est supérieur au montant de la majoration forfaitaire (calculé en RG\_VF\_B8), il est nécessaire d'effectuer une comparaison afin de retenir comme montant de la majoration le montant le moins important entre :

- le montant de la majoration en pourcentage (calculé en RG\_VF\_B7),
- 15 fois le prix unitaire

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

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 prestations 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**

**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.

<b>Entrées</b>	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
<b>Sorties</b>	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
<b>Situations spécifiques</b>	Bénéficiaire C2S	SP03
	Bénéficiaire de l'AME	SP06
	Forçage	SP11

## Schéma

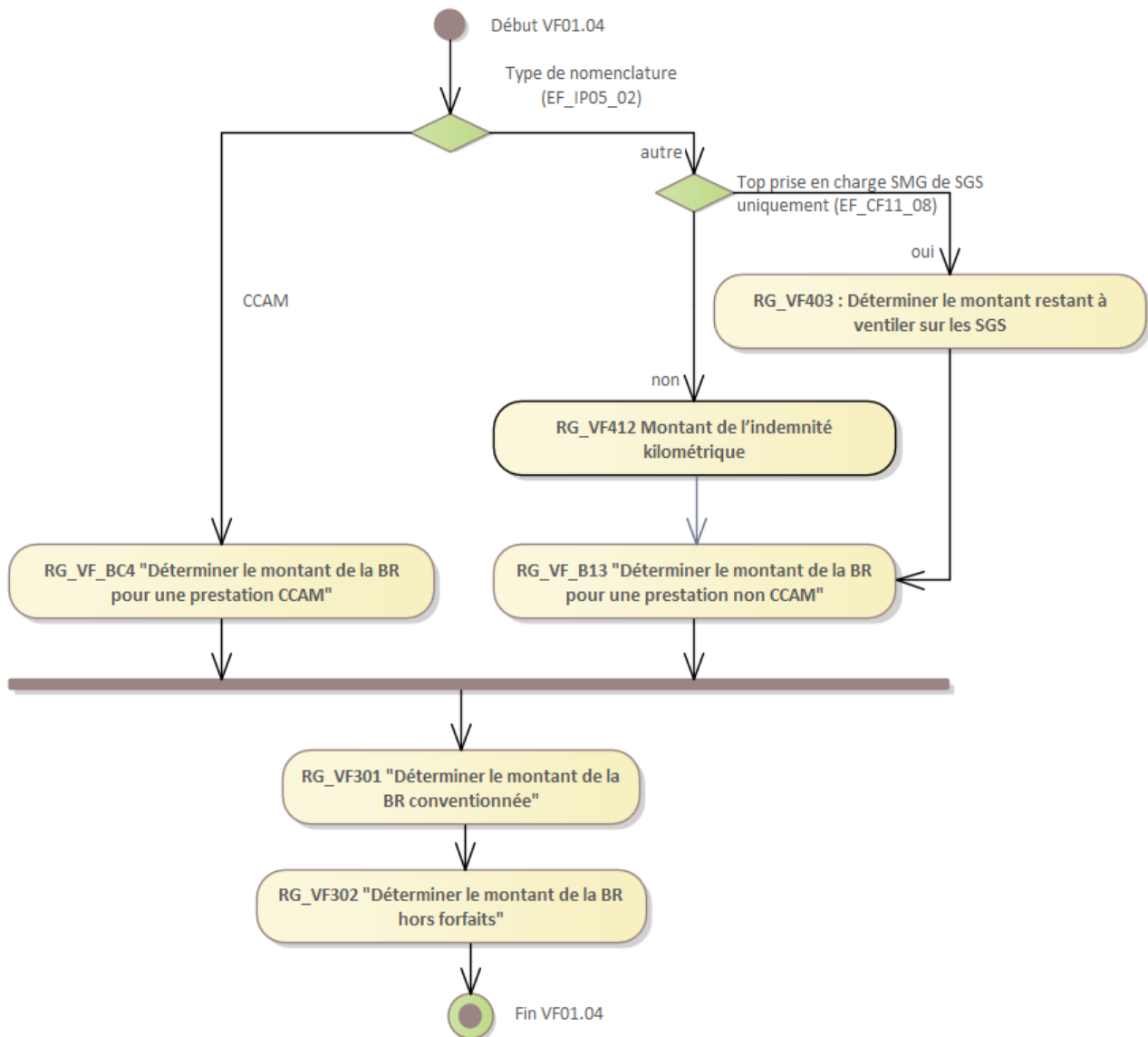


Figure 9 : [SC\_VF01.04] Enchaînement des opérations de VF01.04 « Déterminer le montant de la BR »

## Règles de gestion

Les règles de gestion concernant cette opération sont regroupées ci-après par thème.

## Règles Prestation non CCAM

**[RG\_VF403] Déterminer le montant restant à ventiler sur les prestations SGS (EF\_VF05\_11)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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	GB	PH	FR	TR
PL	GG	ST					

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					

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 les bénéficiaires de code régime 04 :

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 pour les bénéficiaires de code régime 04 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					

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 les bénéficiaires de code régime 04 :**

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 pour les bénéficiaires de code régime 04 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 les bénéficiaires de code régime 04 :**

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 pour les bénéficiaires de code régime 04 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)



#### 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 les bénéficiaires de code régime 04 :

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 pour les bénéficiaires de code régime 04 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

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 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> 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.

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) :

$$EF\_VF05\_02 = \text{MIN} (EF\_VF05\_11, EF\_IP04\_06)$$

**[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

#### [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)**

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,
- sans le montant du complément de prestation (EF\_VF99\_03) (quelle que soit sa nature) pour une prestation non CCAM.

### 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).

<b>Entrées</b>	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
<b>Sorties</b>	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
<b>Situations spécifiques</b>	Bénéficiaire C2S	SP03
	Bénéficiaire de l'AME	SP06
	Forçage	SP11

## Schéma

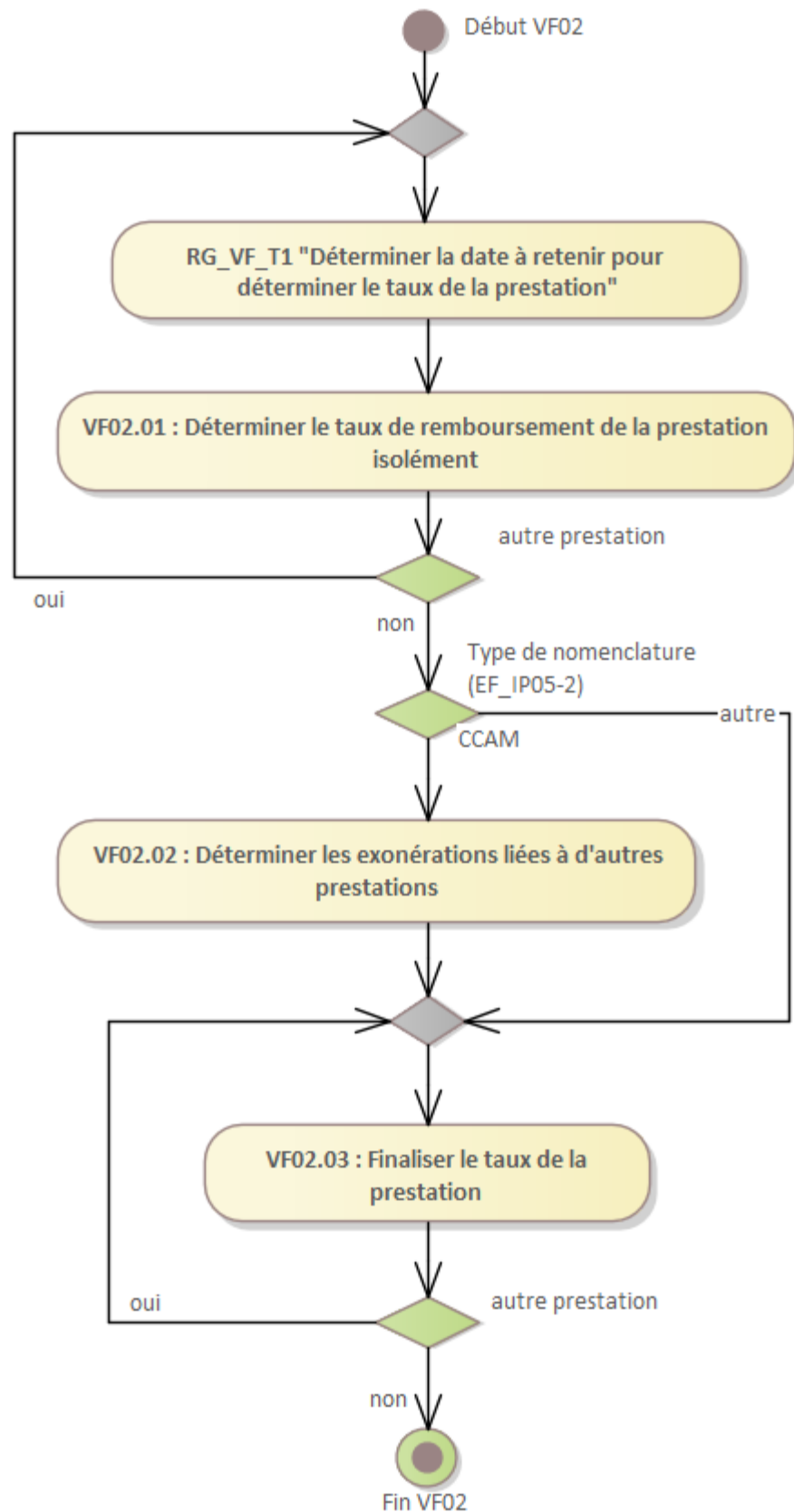


Figure 10 : [SC\_VF02] Enchaînement des opérations de VF02 « Déterminer le taux de remboursement de chaque prestation »

## 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 de code régime 04**.

#### [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					

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 pédicures 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

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
<b>Sorties</b> Données intermédiaires pour le taux de remboursement	EF_VF98
<b>Situations</b> Forçage	<b>SP11</b>
<b>spécifiques</b>	

---

**Schéma**

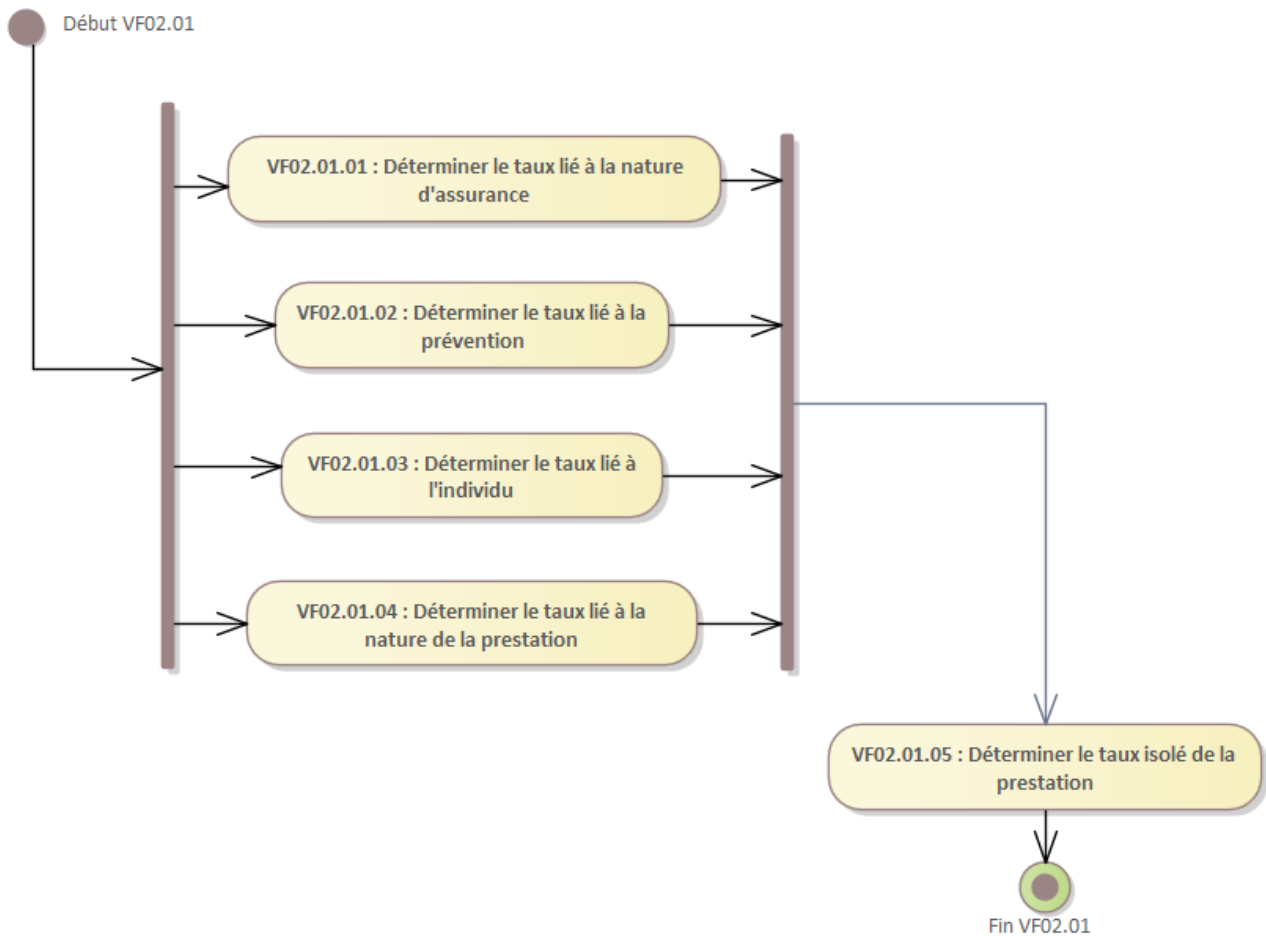


Figure 11 : [SC\_VF02.01] Enchaînement des opérations de VF02.01 « le taux de remboursement de la prestation isolément »

### 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

## 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	IR
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	IR
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.

**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.

<b>Entrées</b>	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

<b>Sorties</b>	Taux de remboursement lié à l'individu	EF_VF98_06
	Code couverture pour le taux de remboursement	EF_VF98_08

**Situations spécifiques** Forçage **SP11**

## Schéma

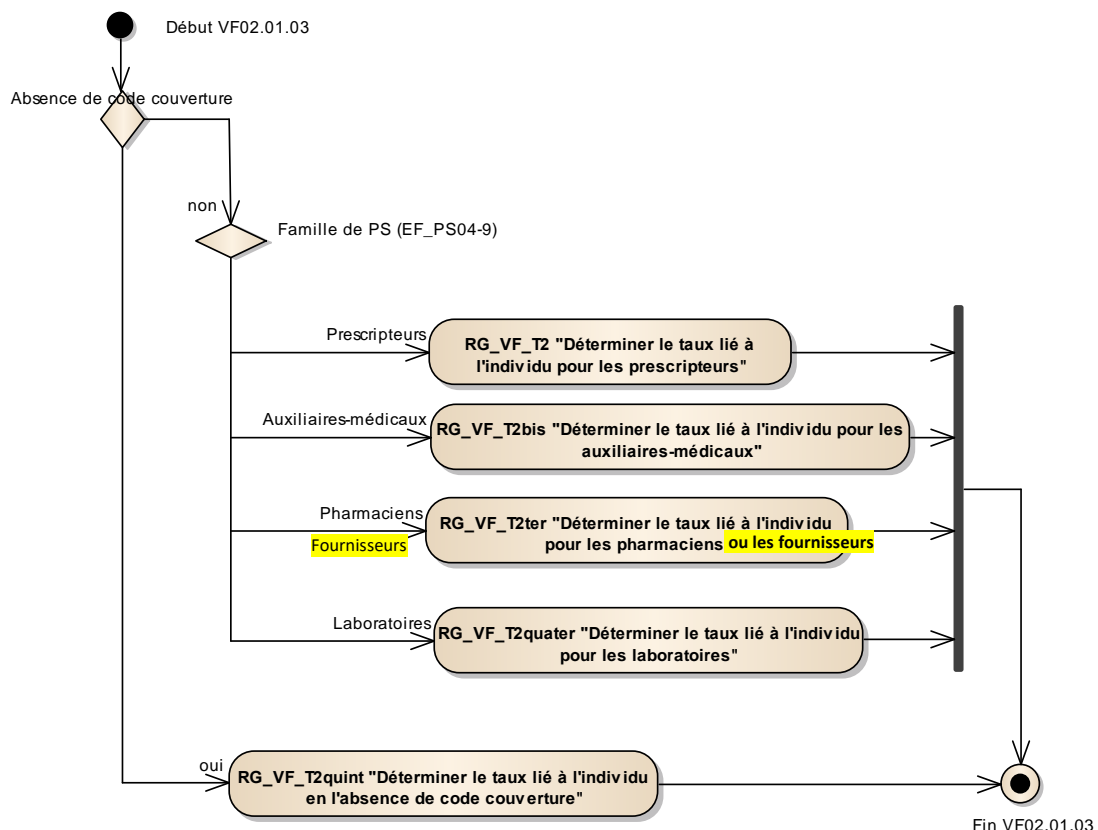


Figure 12 : [SC\_VF02.01.03] Enchaînement des opérations de VF02.01.03  
« Déterminer le taux de remboursement lié à l'individu »

## 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	IR
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 04xx » (EF\_VF98\_16)**

PR			AM	LB	PH	FR	IR
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.



Dans ce cas, il y aura lieu de faire abstraction des règles spécifiques au **code régime 04 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.

**[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					

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	IR
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

## Schéma

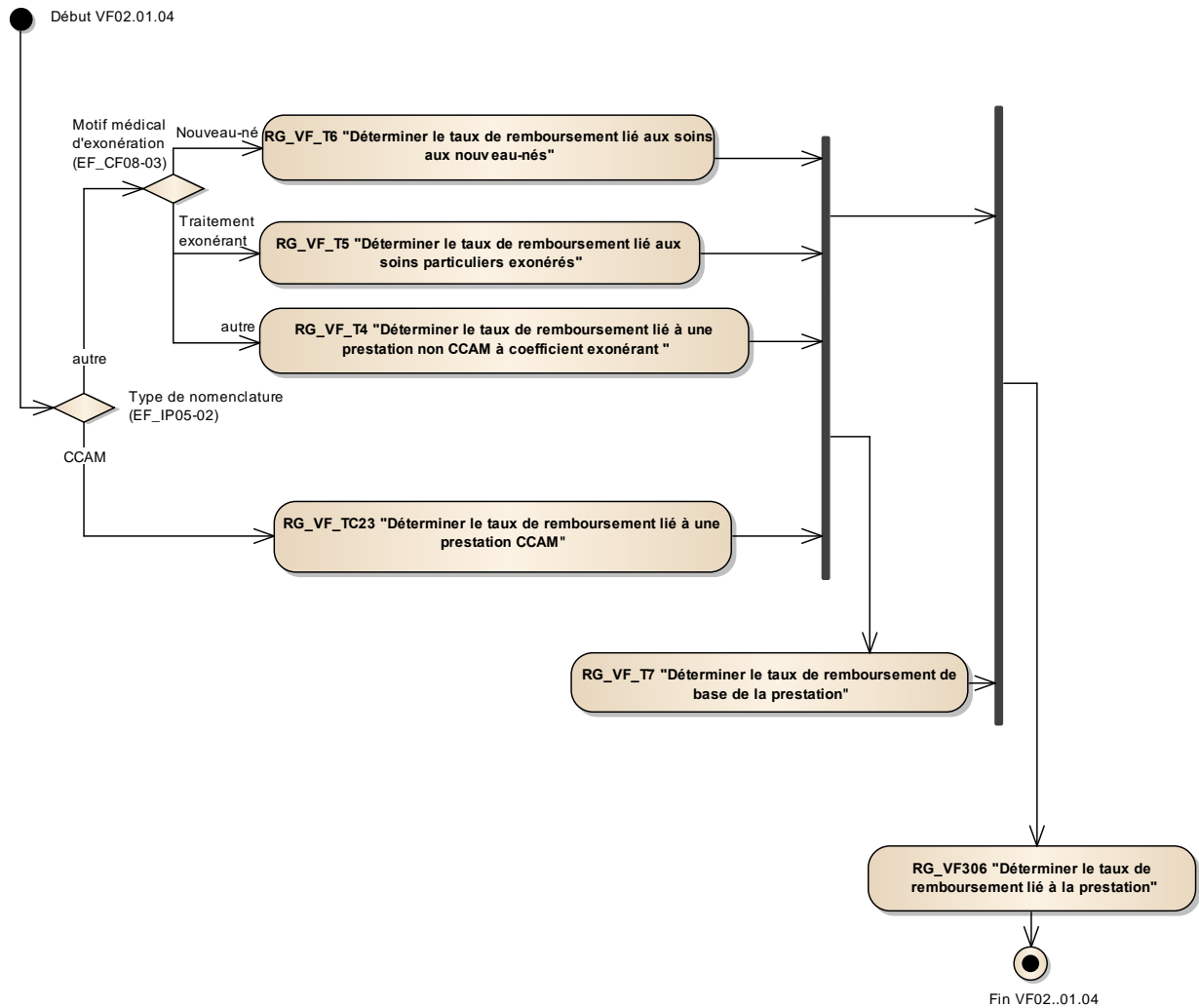


Figure 13 : [SC\_VF02.01.04] Enchaînement des opérations de VF02.01.04 « Déterminer le taux de remboursement lié à la nature de la prestation »

## 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.



#### Cas particuliers

#### [CP1] Code couverture SNCF 04xx n'appliquant pas les taux du Régime Général

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour un bénéficiaire du régime SNCF de code régime 04 pour lequel les taux du Régime Général ne s'appliquent pas (top « taux du Régime Général pour un code couverture SNCF 04xx » (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.



#### Cas particuliers

#### [CP1] Code couverture SNCF 04xx n'appliquant pas les taux du Régime Général

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour un bénéficiaire du régime SNCF de code régime 04 pour lequel les taux du Régime Général ne s'appliquent pas (top « taux du Régime Général pour un code couverture SNCF 04xx » (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 %.

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	IR
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 ASPA** » ; 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 04xx** n'appliquant pas les taux du Régime Général**

PR			AM	LB	PH	FR	IR
M	CD	SF					

Si le code couverture à appliquer est un code couverture **du régime SNCF de code régime 04** pour lequel les taux du Régime Général ne s'appliquent pas (top « taux du Régime Général pour un code couverture **SNCF 04xx** » (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	IR
M	CD	SF					

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.

<b>Entrées</b>	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

<b>Sorties</b>	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	IR
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)



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	IR
M	CD	SF					

S'il existe dans la facture un ou plusieurs médicaments de groupe fonctionnel détail « ouvrant à HD » exonérés dont le (taux de remboursement est de 100% et code justificatif d'exo différent de 0), alors il y a lieu d'exonérer les honoraires globaux également (taux = 100%).

- Si la facture comporte des médicaments de groupe fonctionnel détail « ouvrant à HD » avec un seul et même justificatif d'exo, le code justificatif d'exo de l'HD (HDA, HDE, HDR) est le même que le code justificatif d'exo présent dans la facture (y compris justificatif d'exo = 0 dans le cas où tous les médicaments sont des PH1).
- En cas de facturation de plusieurs médicaments de groupe fonctionnel détail « ouvrant à HD » pour lesquels des codes justificatif d'exo différents ont été positionnés, le code justificatif d'exo à renseigner sur le HD (HDA, HDE, HDR) doit correspondre à un des codes justificatif d'exo déjà présent dans la facture.

#### [CP2] PH1 et honoraires globaux (sauf honoraire complexe).

PR			AM	LB	PH	FR	IR
M	CD	SF					

Si dans la facture, tous les médicaments de groupe fonctionnel détail « ouvrant à HD » sont des PH1 avec code justificatif d'exo = 0 ou 9, alors le taux de remboursement des honoraires globaux est de 100% avec un code justificatif d'exo = 0 ou 9.

## 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

## 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

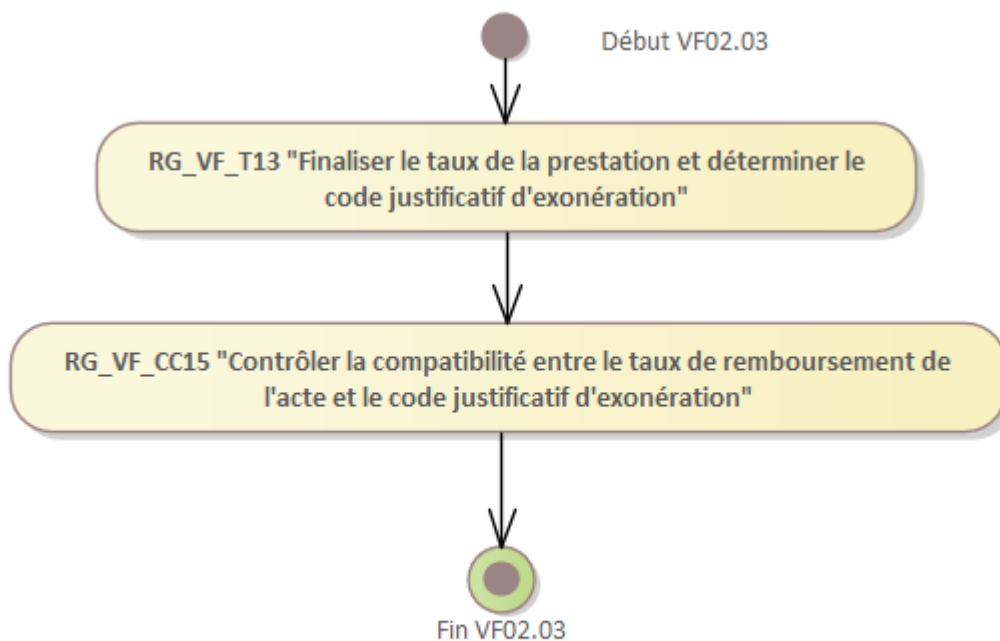
### Vue générale

#### 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.

<b>Entrées</b>	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
<b>Sorties</b>	Taux de remboursement de la prestation	EF_VF05_04
	Code justificatif d'exonération de la prestation	EF_VF05_05
<b>Situations spécifiques</b>	Bénéficiaire C2S	SP03
	Bénéficiaire de l'AME	SP06
	Forçage	SP11

---

**Schéma**

**Figure 14 : [SC\_VF02.03] Enchaînement des opérations de VF02.03 « Finaliser le taux de remboursement de la prestation »**

## 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	IR
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	IR
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.

**[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) ASPA  
(Allocation de Solidarité aux Personnes Agées)**

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 à l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (FSV ASPA) 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 ASPA ».

**[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).

**[CP6] Prestations PAV**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les prestations de code PAV, le taux de remboursement et le code justificatif d'exonération (EF\_VF05\_05) sont valorisés à zéro.

**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	FR
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).

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 ASPA 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 ASPA 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.

## 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 :

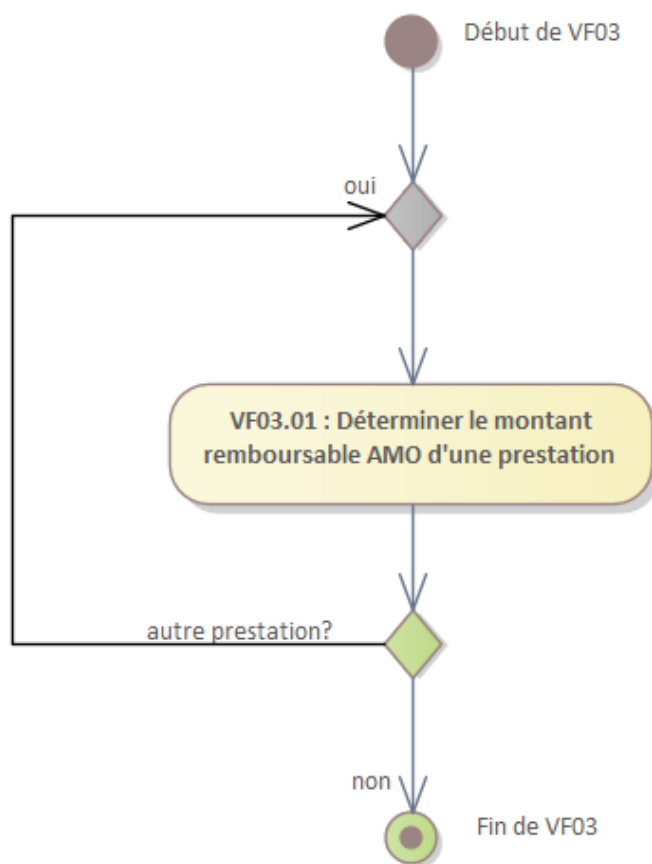
- les prestations de suppléments dérogatoires SMG, (cf. VF05)
- les prestations de supplément en nature d'assurance AT, (cf. VF07)
- et les prestations de dépassement pour Victime d'Attentat automatiquement générées par le système de facturation (cf. VF08),

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).

<b>Entrées</b>	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
<b>Sorties</b>	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
<b>Situations spécifiques</b>	Forfaits dentaires CMU-C	SP03.1
	Forçage	SP11

---

**Schéma**

**Figure 15 : [SC\_VF03] Enchaînement des opérations de VF03 « Déterminer le montant remboursable AMO de chaque prestation »**

### 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)

<b>Entrées</b>	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
<b>Sorties</b>	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
<b>Situations spécifiques</b>	Forfaits dentaires CMU-C	SP03.1
	Forçage	SP11

## Schéma

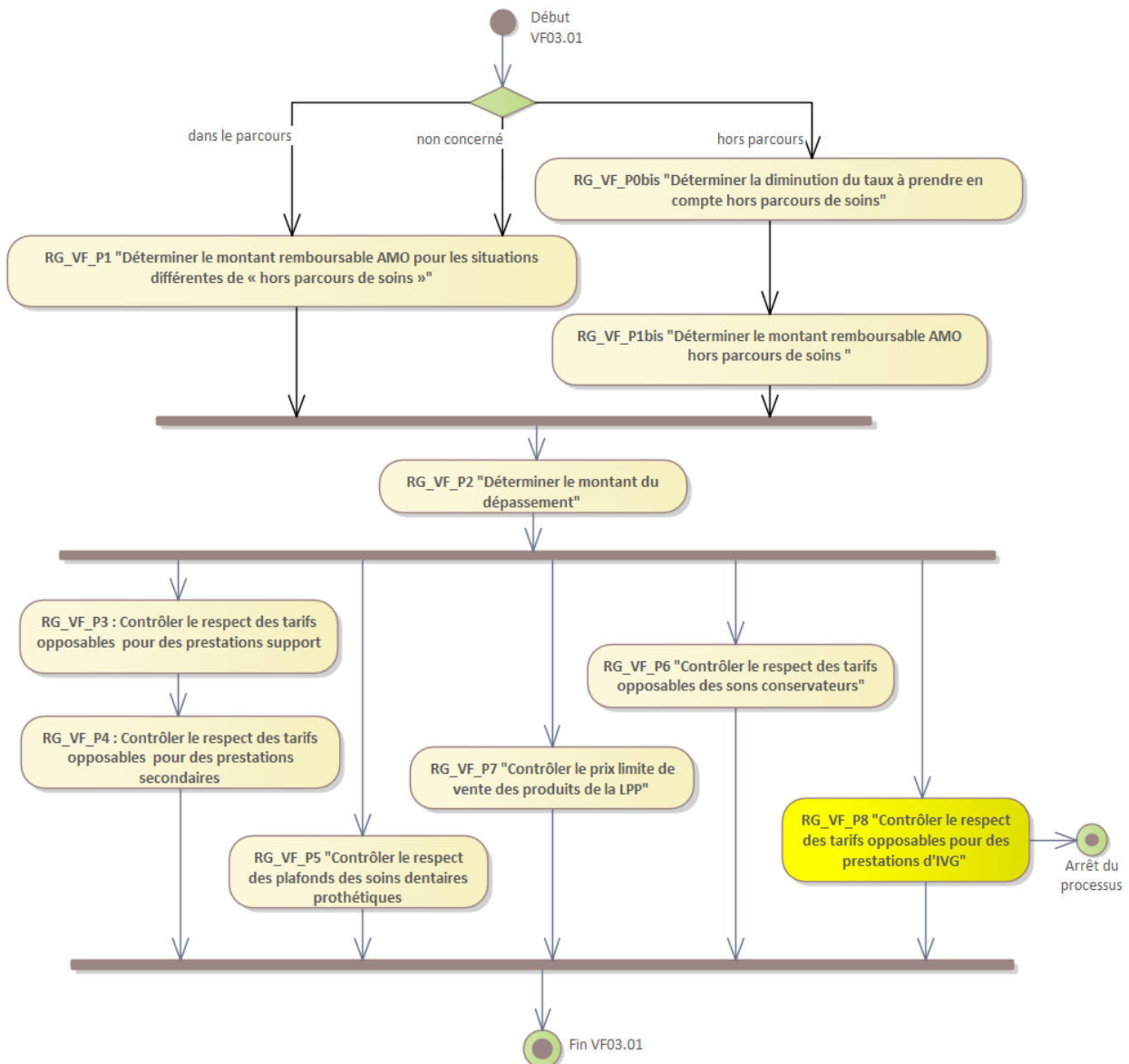
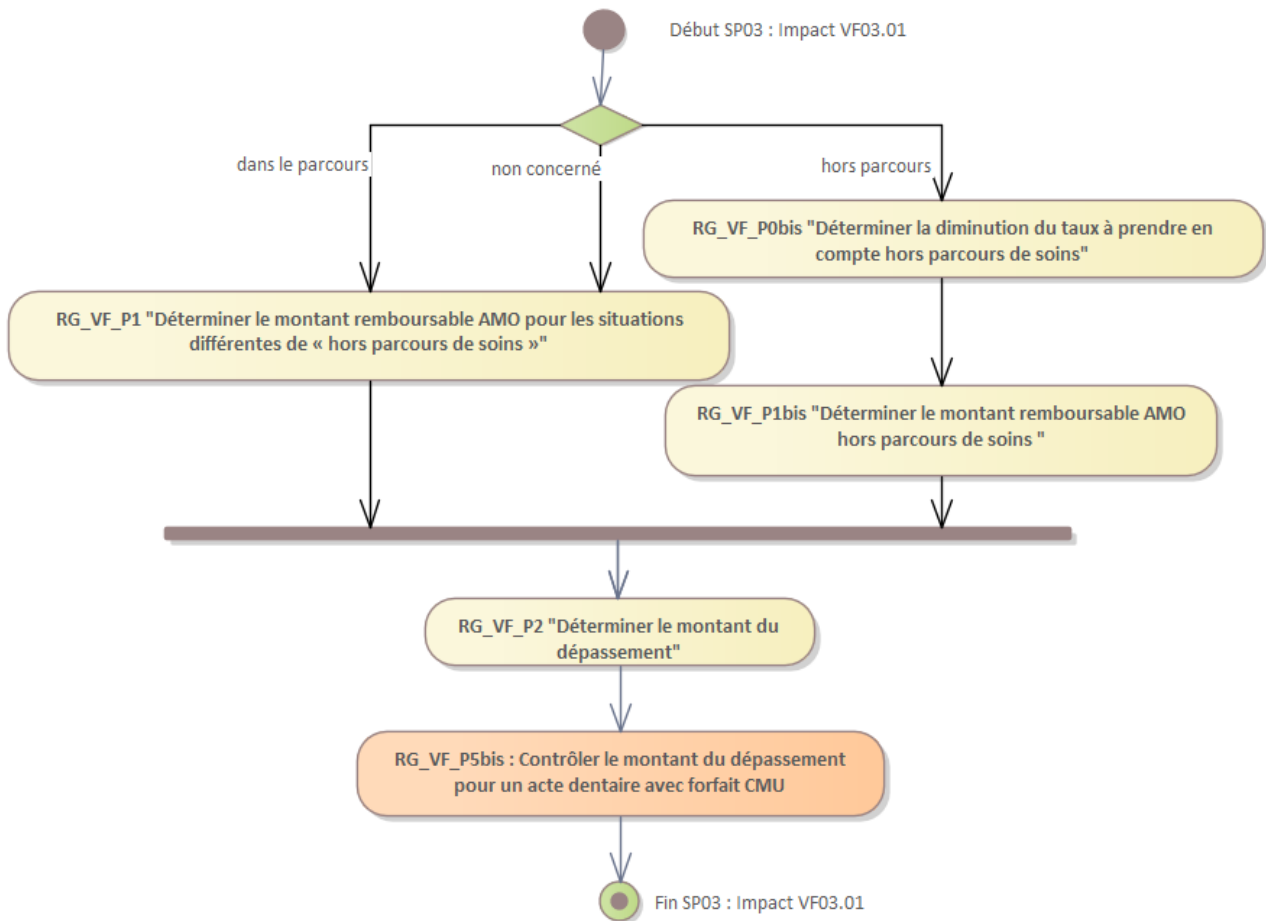


Figure 16 : [SC\_VF03.01]

**Enchaînement des opérations de VF03.01 « Déterminer le montant remboursable AMO d'une prestation »**

**[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.

## 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.

**[RG\_VF\_P1bis] Déterminer le montant remboursable AMO hors parcours de soins (EF\_VF05\_07) et la MTM restant à charge de l'assuré (EF\_VF05\_06)**

PR			AM	LB	PH	FR	IR
M	CD	SF					

- **Le montant remboursable hors parcours de soins est le résultat du calcul suivant :**

$$\text{Montant Remboursable} = \frac{\text{BR} \times \text{TAUX}}{100} - \text{Montant MTM restant à charge de l'assuré}$$

- **La pénalité hors parcours de soins est le résultat du calcul suivant :**

$$\text{Montant MTM restant à charge de l'assuré} = \text{MIN} [(\text{BR} \times \text{Diminution TAUX}), \text{Plafond}]$$

- **Avec le seuil égal au calcul suivant :**

$$\text{Plafond} = \text{Tarif conventionnel de l'acte de référence} \times \text{Diminution TAUX}$$

Le montant du remboursement ne peut excéder le montant facturé.



Remarque : Il convient de prendre en compte le tarif conventionnel en vigueur à la date des soins.



**Remarque :** cette règle s'applique uniquement si le TAUX est non nul.



**Tables utilisées :**

- Table 19 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T19)



**Remarque :**

Ces deux informations :

- montant remboursable AMO hors parcours de soins (EF\_VF05\_07)
- et MTM restant à charge de l'assuré (EF\_VF05\_06)

sont renseignées uniquement hors parcours de soins.



**[SP11]** Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

**[RG\_VF\_P2] Déterminer le montant du dépassement (EF\_VF05\_08)**

PR			AM	LB	PH	FR	IR
M	CD	SF					

Le montant du dépassement est le résultat du calcul suivant :

Montant facturé - base de remboursement

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.

**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. 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					

- 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, le logiciel doit également alerter le PS en cas de non-respect du plafond C2S 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. 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					

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	IR
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	IR
M	CD	SF					

Dans le cas d'une facturation de prestations d'audioprothèse (groupe fonctionnel général « audiology » et groupe fonctionnel détaillé = « Prothèse auditive ») au titre de la C2S, le montant des honoraires ne doit pas dépasser le montant maximum fixé par la réglementation. Dans le cas contraire, le logiciel doit alerter le PS du non-respect des plafonds et lui demander d'en informer son patient.



Le montant maximum des prestations d'audioprothèses incluses dans le panier de soins de la protection complémentaire en matière de santé (C2S) font l'objet d'un arrêté publié au Journal Officiel.

##### **[SP04] Sortant de C2S**

PR			AM	LB	PH	FR	IR
M	CD	SF					

Dans le cas d'une facturation de prestations d'audioprothèse (groupe fonctionnel général « audiology » et groupe fonctionnel détaillé = « Prothèse auditive ») au titre de Sortant de C2S, le montant des honoraires ne doit pas dépasser le montant maximum fixé par la réglementation. Dans le cas contraire, le logiciel doit alerter le PS du non-respect des plafonds et lui demander d'en informer son patient.

**[RG\_VF\_P8] Contrôler le respect des tarifs opposables des prestations d'IVG**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	GD	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.

## 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	FR
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	FR
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	FR
M	CD	SF					

Ce total correspond au nombre de prestations de la facture qu'elles aient été saisies par le PS ou générées par le système.

**[RG\_VF315] Déterminer le montant total de la facture (EF\_VF01\_03)**

PR			AM	LB	PH	FR	IR
M	CD	SF					

Le montant total de la facture est la Somme des "montants des honoraires" pour chaque ligne de prestation de la facture (EF\_VF05\_07), que cette prestation ait été saisie par le PS ou générée par le système.

**[RG\_VF410] Contrôler la cohérence entre le total des parts AMO et la prise en charge SMG**

PR			AM	LB	PH	FR	IR
M	CD	SF					

En cas de prise en charge SMG (EF\_CF11\_06 renseigné), il convient de vérifier que le cumul des montants remboursables AMO (EF\_VF02\_01) est inférieur ou égal au montant de la prise en charge au titre des SMG saisi par le Professionnel de Santé (EF\_CF11\_06).

## 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 effectuée :

- 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,

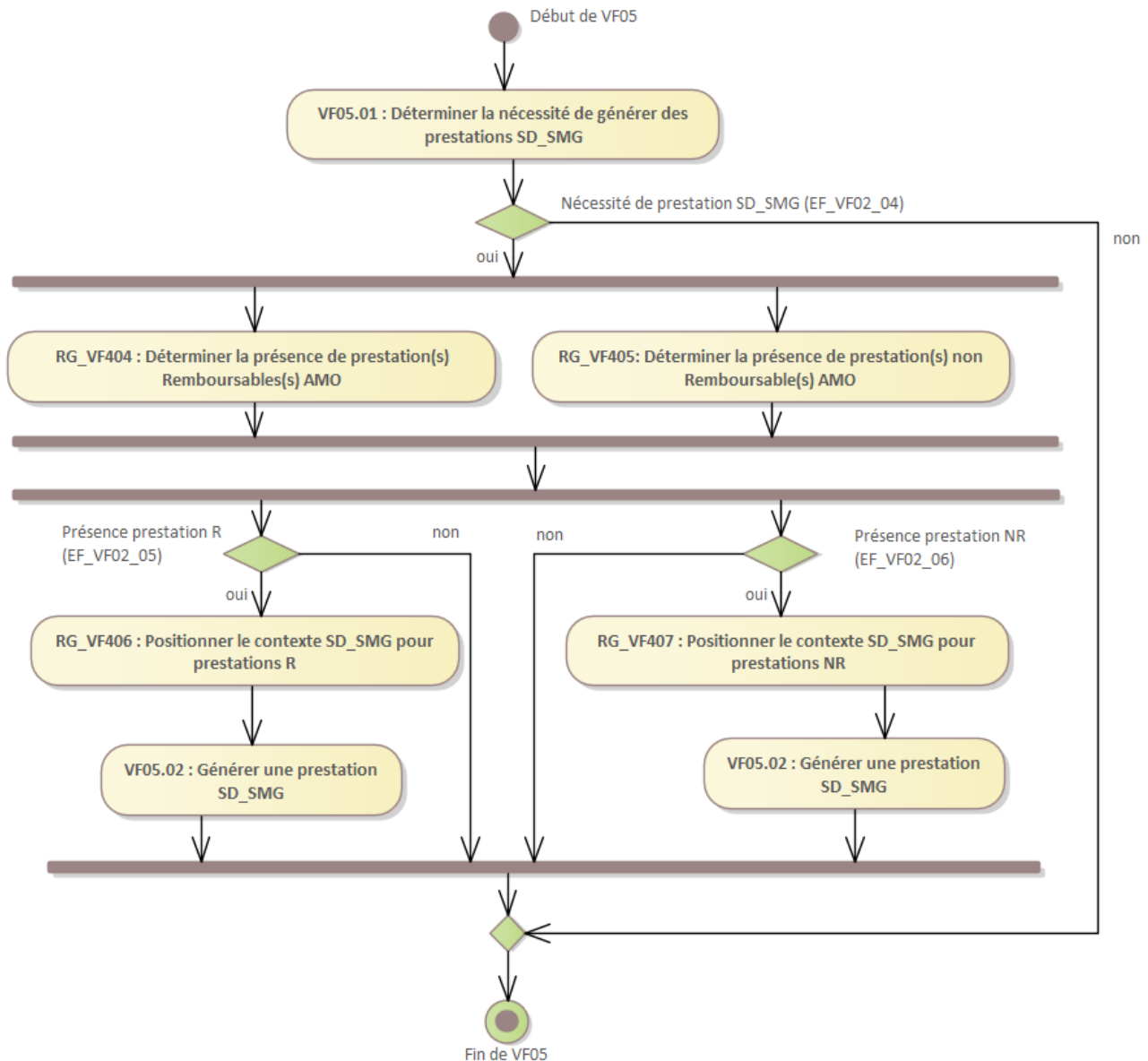
Pour chaque appel de l'opération VF05.02, VF05 positionne au préalable une donnée de contexte qui permettra de considérer chaque règle de IP, CF et VF utilisées dans le cas particulier correspondant :

- 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

<b>Entrées</b>	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
<b>Sorties</b>	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
<b>Situations spécifiques</b>	Forçage	<b>SP11</b>

**Schéma**

**Figure 18 : SC\_VF05] Enchaînement des opérations de VF05 « Générer les suppléments dérogatoires SMG »**

## 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

Montant PS des honoraires de la prestation

EF\_IP04\_06

Table 30 de l'annexe 2bis

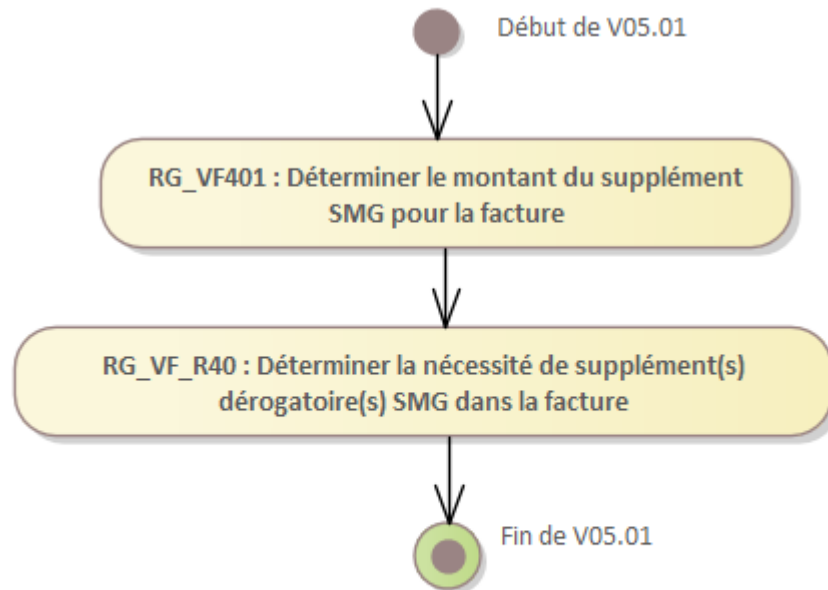
EF\_A2\_T30

**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	IR
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 :

$$\text{Supplément SMG} = \text{Prise en charge SMG effective} - \sum [\text{MIN}(\text{Part AMO}, \text{Montant PS des honoraires})]_{(\text{actes saisis PS})}$$

Avec :

- Supplément SMG : EF\_VF02\_03
- Prise en charge effective : EF\_CF11\_07

- 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

**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

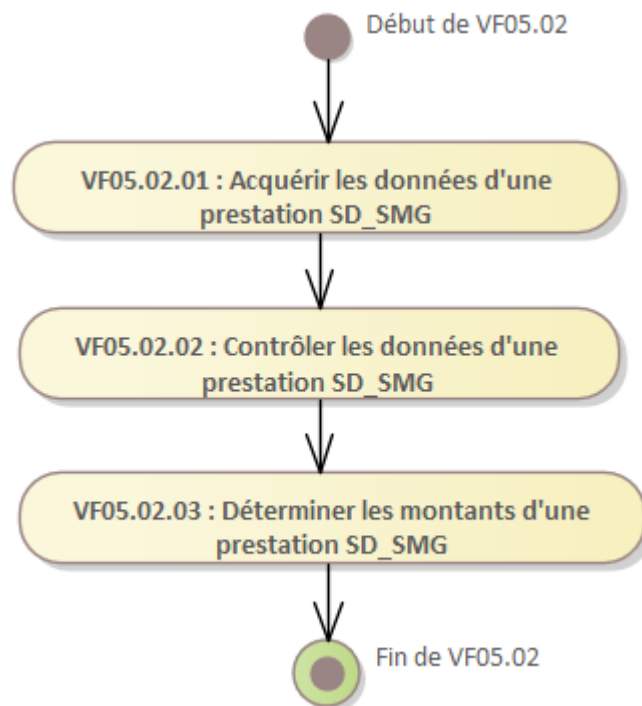
EF\_CF08

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 »**

---

### 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

## Schéma

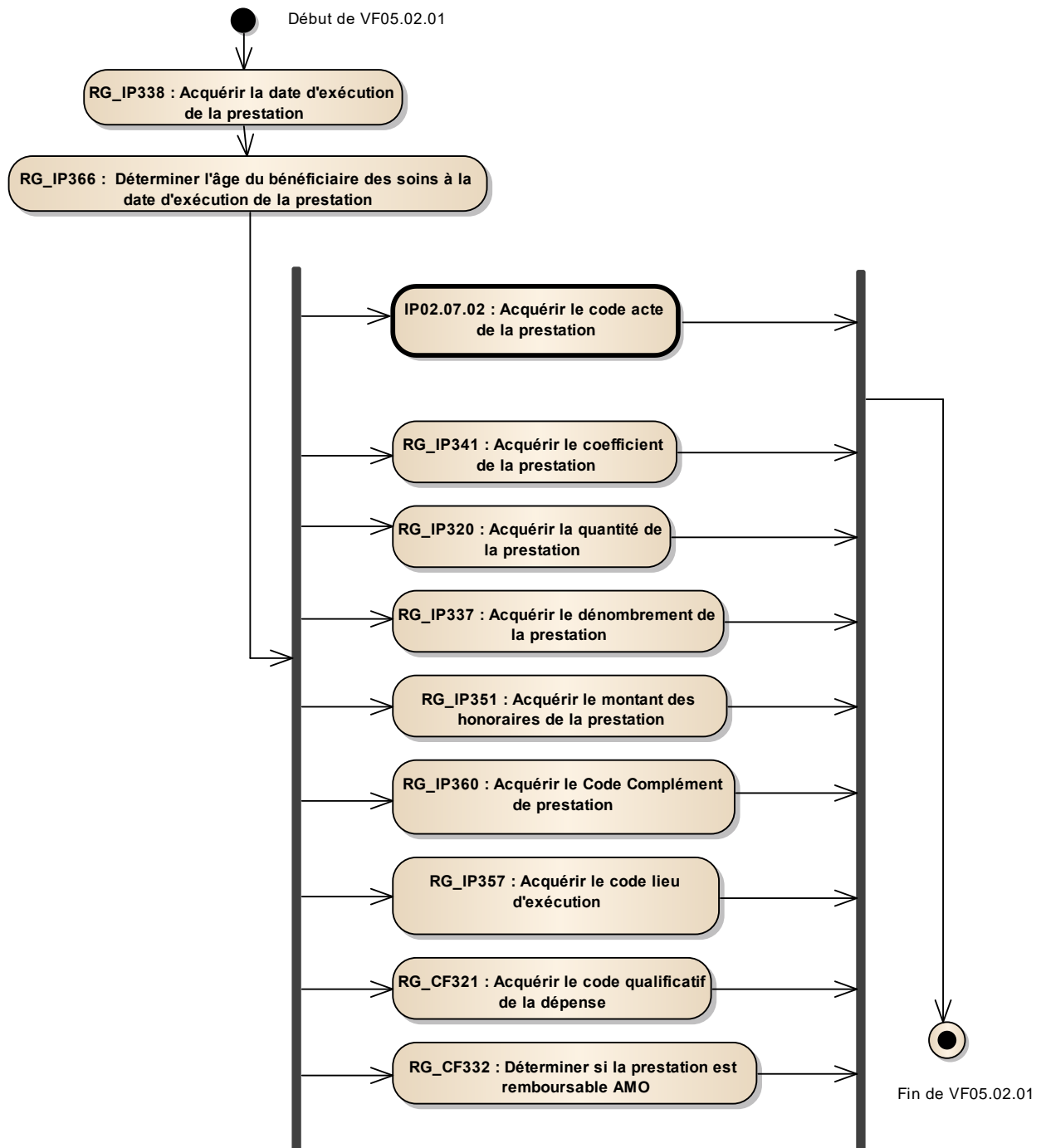


Figure 21 : [SC\_VF05.02.01] Enchaînement des opérations de VF05.02.01 « Acquérir les données d'une prestation de type SD\_SMG »

### 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

**Description** L'objet de cette opération est de contrôler les données d'une prestation de supplément dérogatoire SMG générée par le système.

<b>Entrées</b>	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

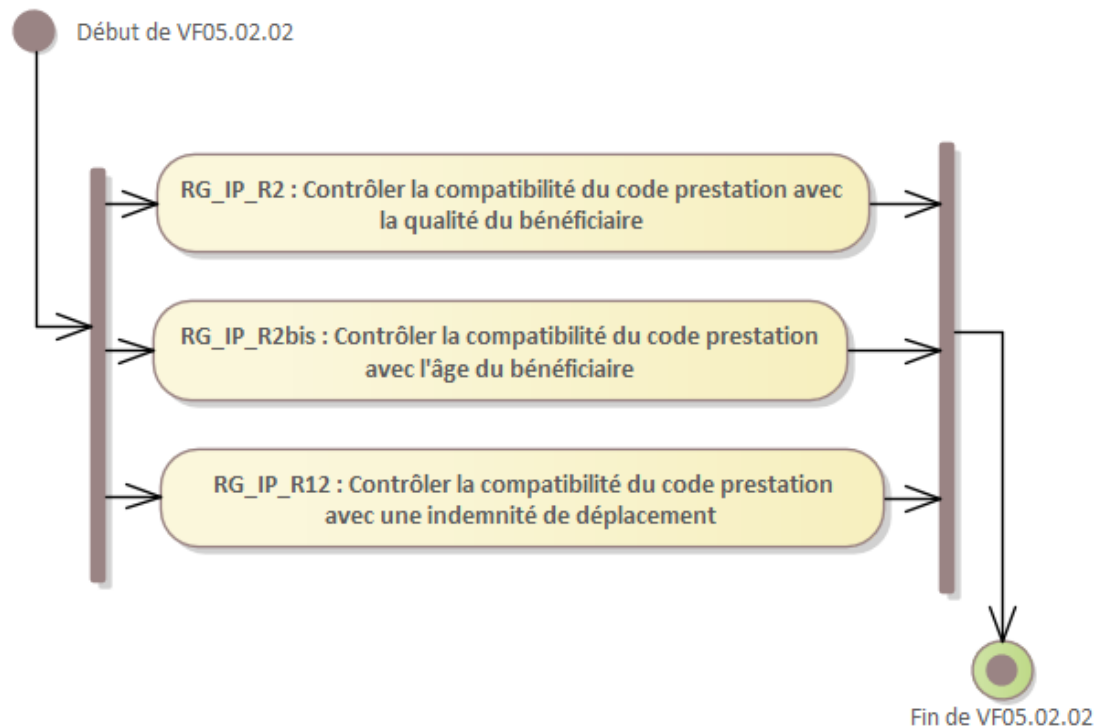


Figure 22 : [SC\_VF05.02.02] Enchaînement des opérations de VF05.02.02  
« Contrôler les données d'une prestation de type SD\_SMG »

### 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

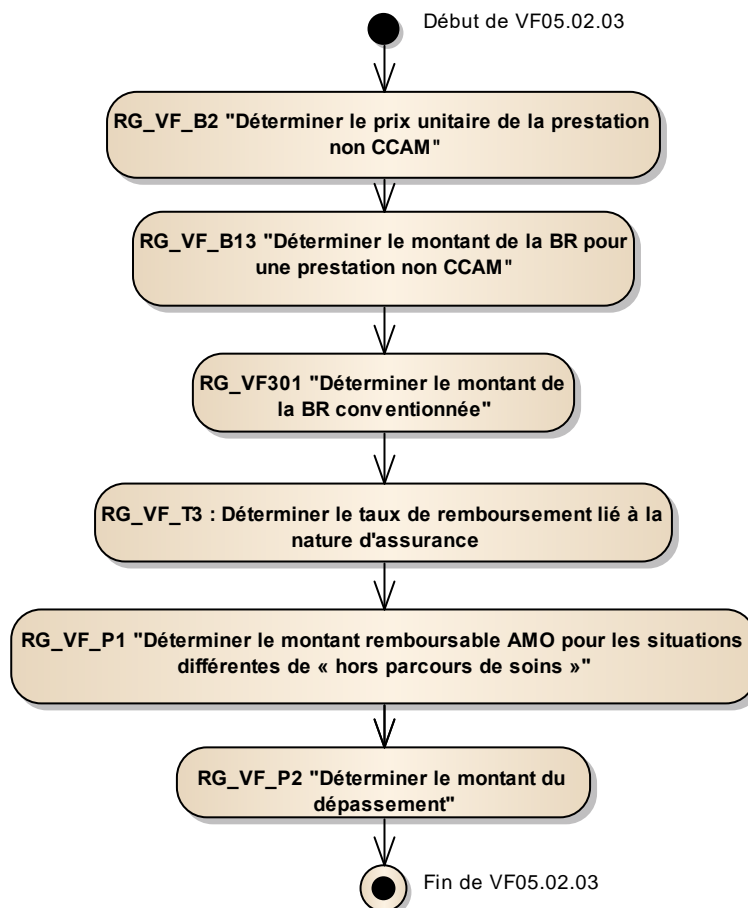
**Description** L'objet de cette opération est de déterminer les montants pour une prestation de supplément dérogatoire SMG générée par le système.

<b>Entrées</b>	Contexte de génération de la prestation SD_SMG	EF_VF02_07
----------------	--	------------

<b>Sorties</b>	Part AMO prestation	EF_VF05
----------------	---------------------	---------

**Situations** Aucune  
**spécifiques**

## Schéma



**Figure 23 : [SC\_VF05.02.03] Enchaînement des opérations de VF05.02.03  
« Déterminer les montants d'une prestation de type SD\_SMG »**

## 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.

<b>Entrées</b>	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
<b>Sorties</b>	Montant calculé des honoraires de la prestation	EF_VF05_09
<b>Situations spécifiques</b>	Victime d'Attentat	SP18

## Schéma

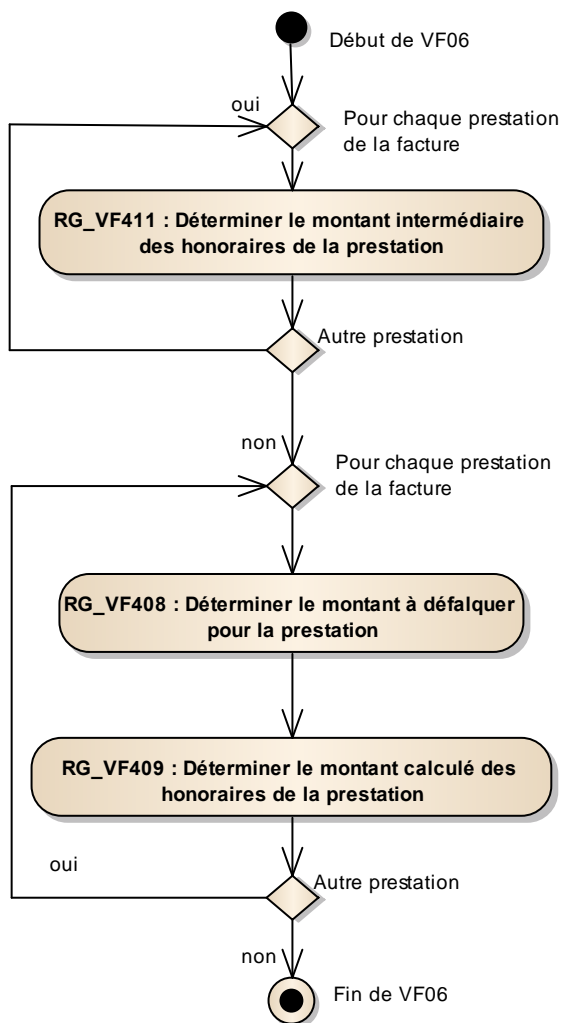


Figure 24 : [SC\_VF06] Enchaînement des opérations de VF06 « Recalculer le montant des honoraires de chaque prestation »

## Règles de gestion

### **[RG\_VF411] Déterminer le montant intermédiaire des honoraires de la prestation (EF\_VF05\_14)**

PR			AM	LB	PH	FR	IR
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	IR
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	IR
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 »)

- 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	IR
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<sub>(1)</sub> = Supplément SMG=EF\_VF02\_03

- Soit au montant du supplément APIAS, (cas 2)

Montant à défalquer<sub>(1)</sub> = 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<sub>(i)</sub> = Montant à défalquer<sub>(i-1)</sub> – [Montant des honoraires saisi par le PS<sub>(i-1)</sub> - Montant calculé des honoraires<sub>(i-1)</sub>]

Avec

- Montant calculé des honoraires = EF\_VF05\_09
- Montant des honoraires saisi par le PS = EF\_IP04\_06
- Montant à défalquer = EF\_VF05\_10

## 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

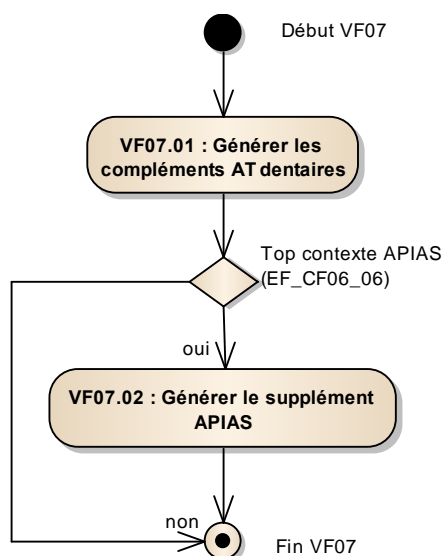


Figure 25 : [SC\_VF07] Enchaînement des opérations de VF07 « Générer les suppléments en nature d'assurance AT »

### 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 créée 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

## Schéma

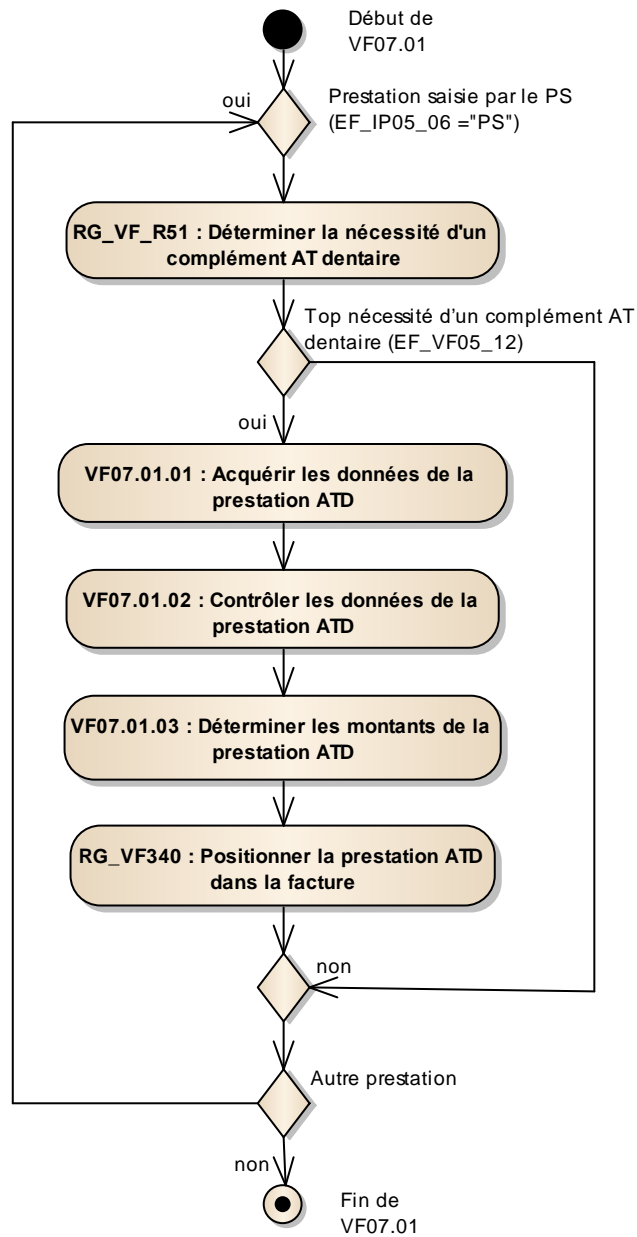


Figure 26 : [SC\_VF07.01] Enchaînement des opérations de VF07.01 « Générer les compléments AT dentaires »

## 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 apparaître 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

Prestation

EF\_IP04

Type prestation

EF\_IP05

Lieu d'exécution

EF\_IP06

Supplément de prestation

EF\_IP08

Contexte Prestation AMO

EF\_CF08

**Situations** Aucune  
**spécifiques**

## Schéma

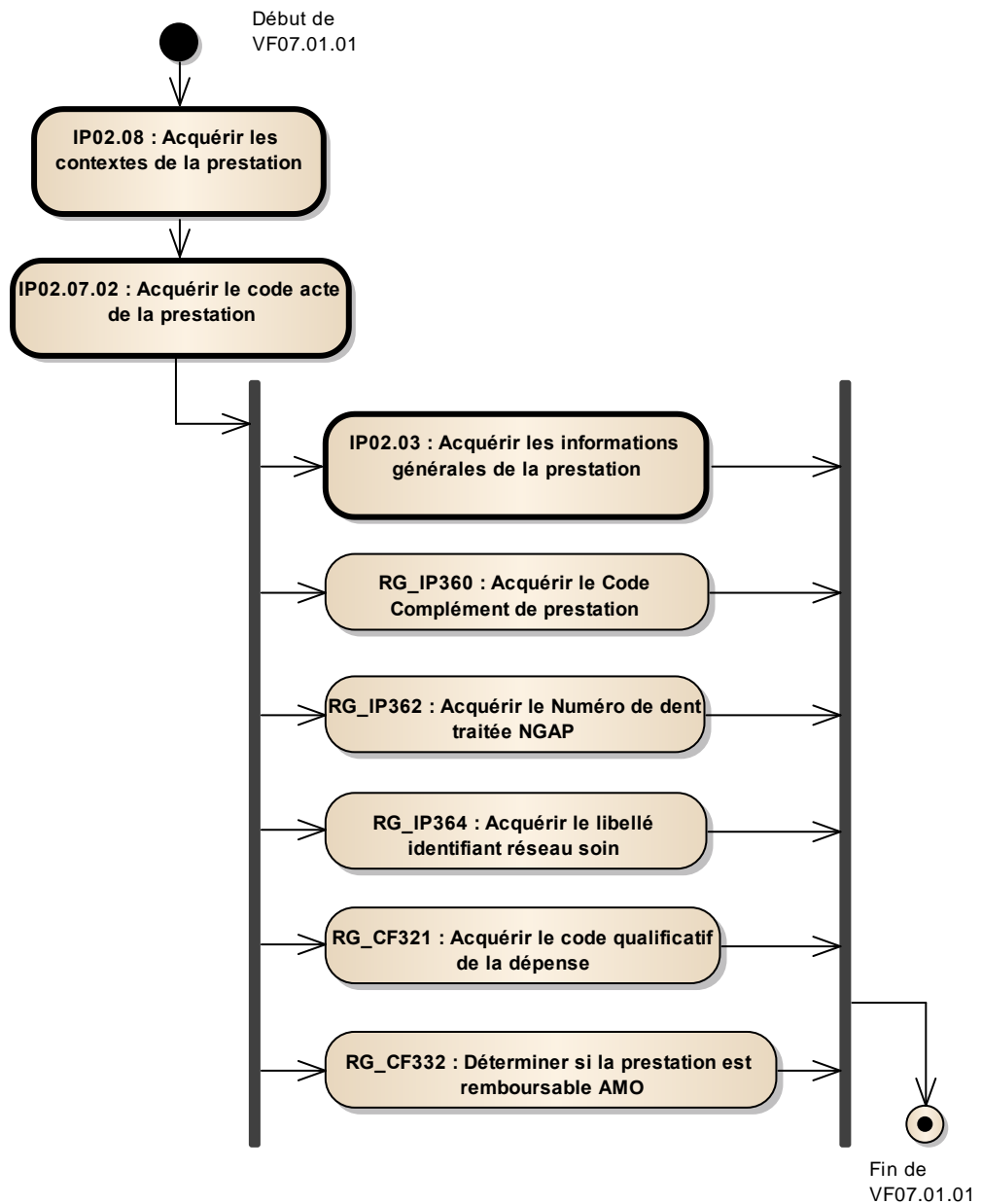


Figure 27 : [SC\_VF07.01.01] Enchaînement des opérations de VF07.01.01  
 « Acquérir les données de la prestation ATD »

### 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

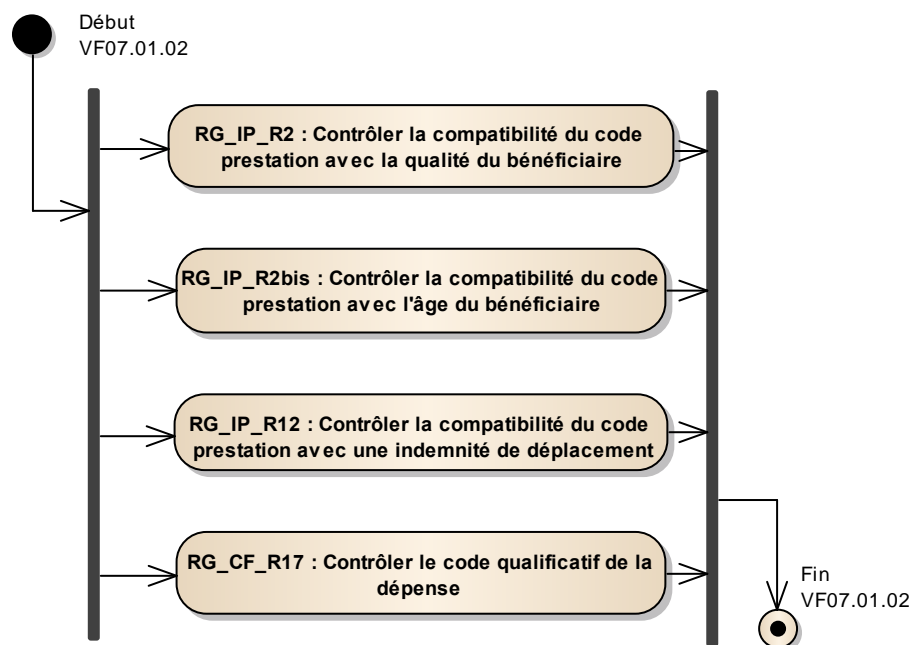


Figure 28 : [SC\_VF07.01.02] Enchaînement des opérations de VF07.01.02  
« Contrôler les données de la prestation ATD »

### 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

*Données de la prestation générée*

Type prestation

EF\_IP05

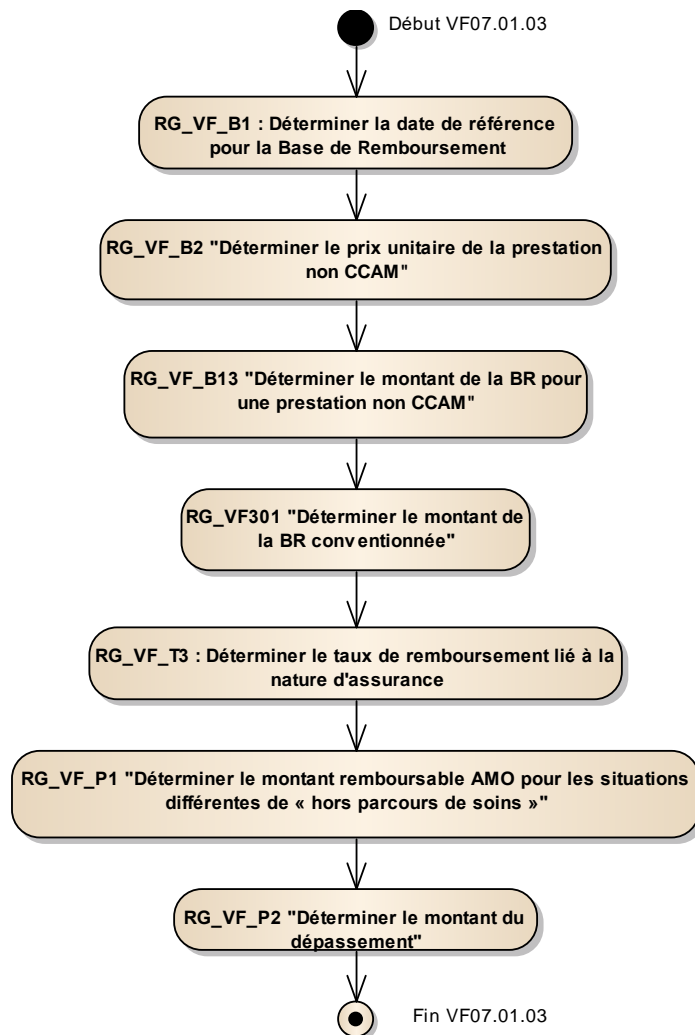
**Sorties** *Données de la prestation générée*

Part AMO prestation

EF\_VF05

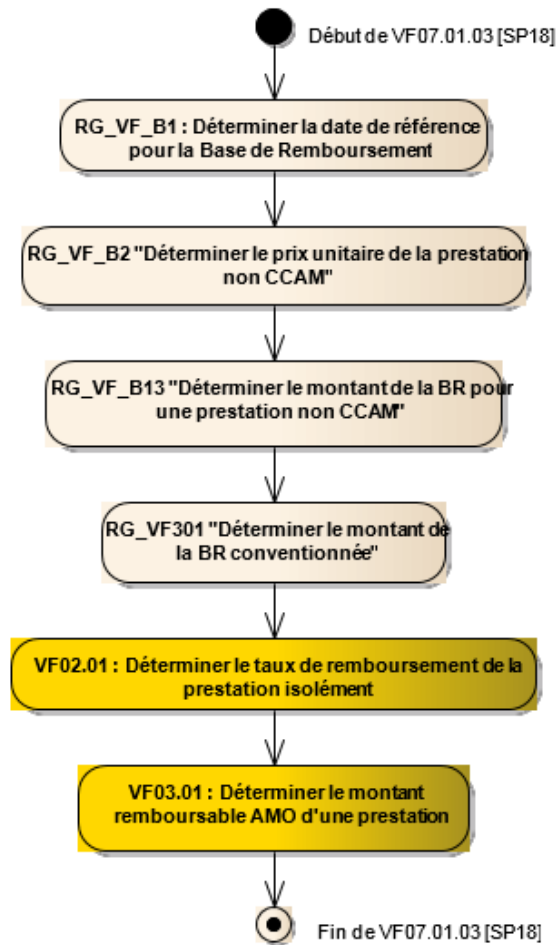
**Situations  
spécifiques** Victime d'Attentat

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.**



**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

**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.

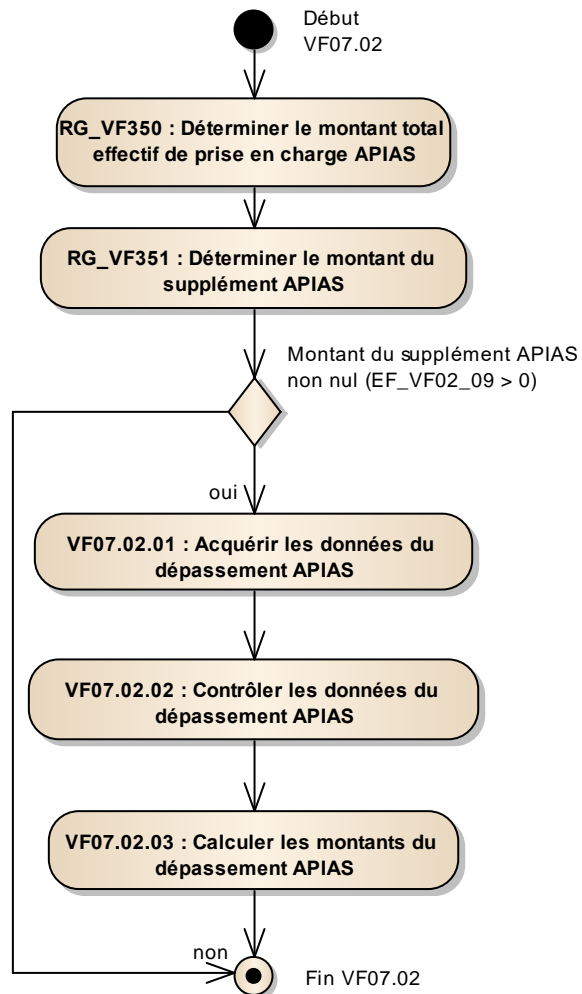
L'opération VF07.02 est découpée en 3 sous-opérations:

- 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.

<b>Entrées</b>	Date de la facture	EF_IP01_01
	<i>Données de la première prestation de la facture</i>	
	Lieu d'exécution	EF_IP06_01
	<i>Prestations de la facture hors DAT</i>	
	Base de remboursement de la prestation	EF_VF05_07
<b>Sorties</b>	Montant effectif de la prise en charge APIAS	EF_VF02_08
	Montant du supplément APIAS	EF_VF02_09
	<i>Prestation DAT générée par le système</i>	
	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** Aucune  
**spécifiques**

**Schéma**

**Figure 31 : [SC\_VF07.02] Enchaînement des opérations de VF07.02 « Générer le supplément APIAS »**

## Règles de gestion

### [RG\_VF350] Déterminer le montant total effectif pris en charge au titre des APIAS (EF\_VF02\_08)

PR			AM	LB	PH	FR	IR
M	CD	SF					

La prise en charge de la facture au titre des APIAS peut être inférieure au montant total de prise en charge renseigné par le PS (EF\_CF06\_07). En effet, cette prise en charge effective doit être limitée à la dépense réelle, i.e. le total du montant des honoraires perçus par le Professionnel de Santé :

le Montant total effectif pris en charge au titre des APIAS (EF\_VF02\_08) est égal au **MINIMUM** entre le Montant total pris en Charge au titre des APIAS (EF\_CF06\_07) et le Montant total de la facture déterminé en cumulant :

- le montant total des prestations saisies par le PS (EF\_IP01\_03)
- la base de remboursement (EF\_VF05\_02) de chaque prestation générée par le système au préalable.  
Il s'agit des prestations d'honoraires de dispensation générées (cf. opération CF06) et des prestations de complément AT dentaire (cf. opération VF07.01).

$$EF\_VF02\_08 = EF\_IP01\_03 + \sum_{\text{origine LPS}} EF\_VF05\_02$$



Hors contexte APIAS (EF\_CF06\_06=« FAUX »), ce montant est non renseigné.

### [RG\_VF351] Déterminer le montant du supplément APIAS (EF\_VF02\_09)

PR			AM	LB	PH	FR	IR
M	CD	SF					

Le montant du supplément APIAS correspond à l'écart entre le montant total effectif de la prise en charge au titre des APIAS et le cumul des bases de remboursement AMO (EF\_VF05\_02) de toutes les prestations de la facture, limitées à la dépense réelle pour les prestations saisies par le PS.<sup>(1)</sup>

$$EF\_VF02\_09 = EF\_VF02\_08 - \left[ \sum_{\text{origine PS}} \text{MIN}(EF\_VF05\_02, EF\_IP04\_06) + \sum_{\text{origine LPS}} EF\_VF05\_02 \right]$$

Avec :

EF\_VF02\_09 = Montant du supplément APIAS

EF\_VF02\_08 = Montant total effectif pris en charge au titre des APIAS

EF\_VF05\_02 = Base de remboursement

EF\_IP04\_06 = Montant PS des honoraires (i.e. dépense réelle)

Il est nécessaire de générer la prestation de supplément AT (DAT) si ce montant est positif. (cf. schéma VF07.02)



<sup>(1)</sup> 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.

---

### 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** Aucune  
**spécifiques**

## Schéma

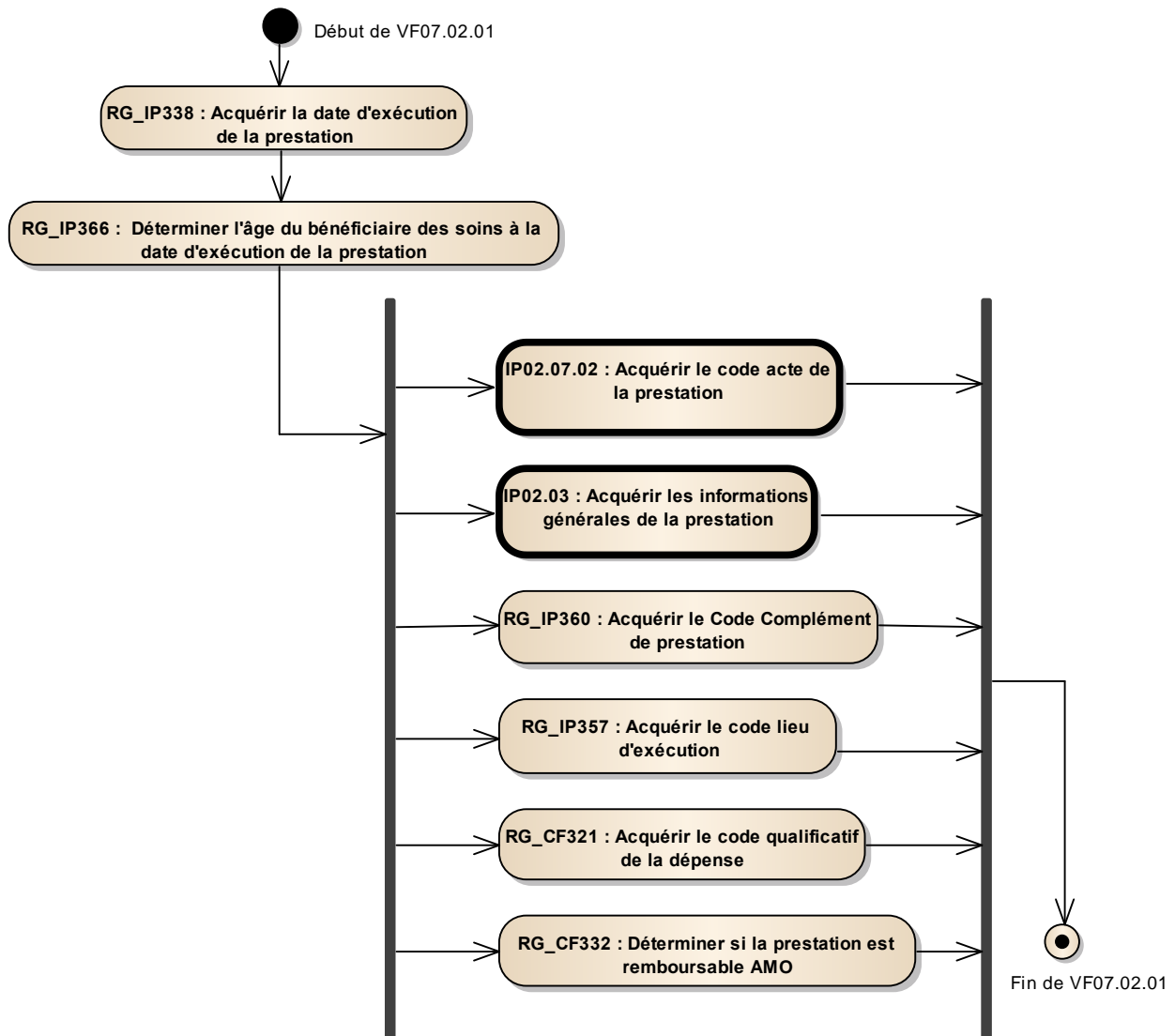


Figure 32 : SC\_VF07.02.01] Enchaînement des opérations de VF07.02.01  
« Acquérir les données du supplément APIAS »

### 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

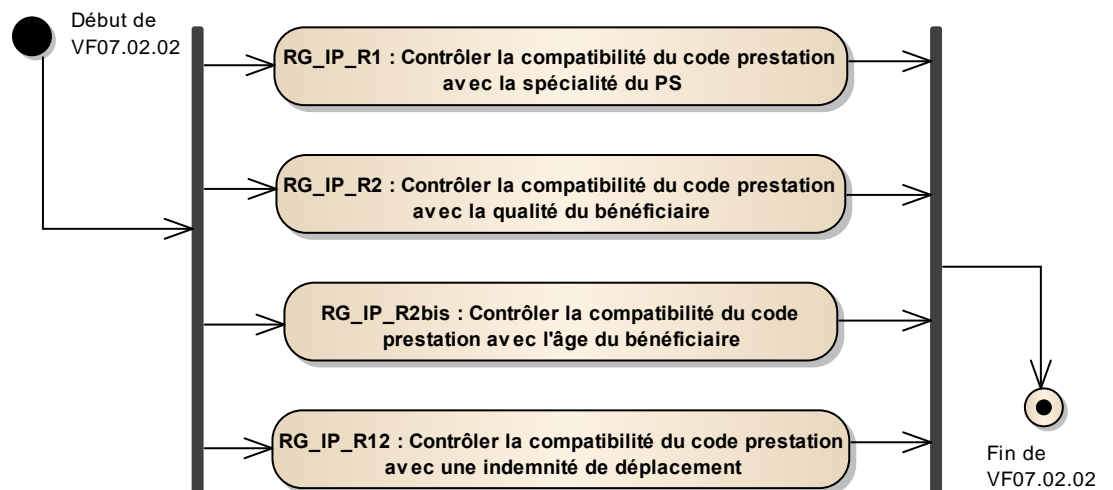


Figure 33 : [SC\_VF07.02.02] Enchaînement des opérations de VF07.02.02 « Contrôler les données du supplément APIAS »

### 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

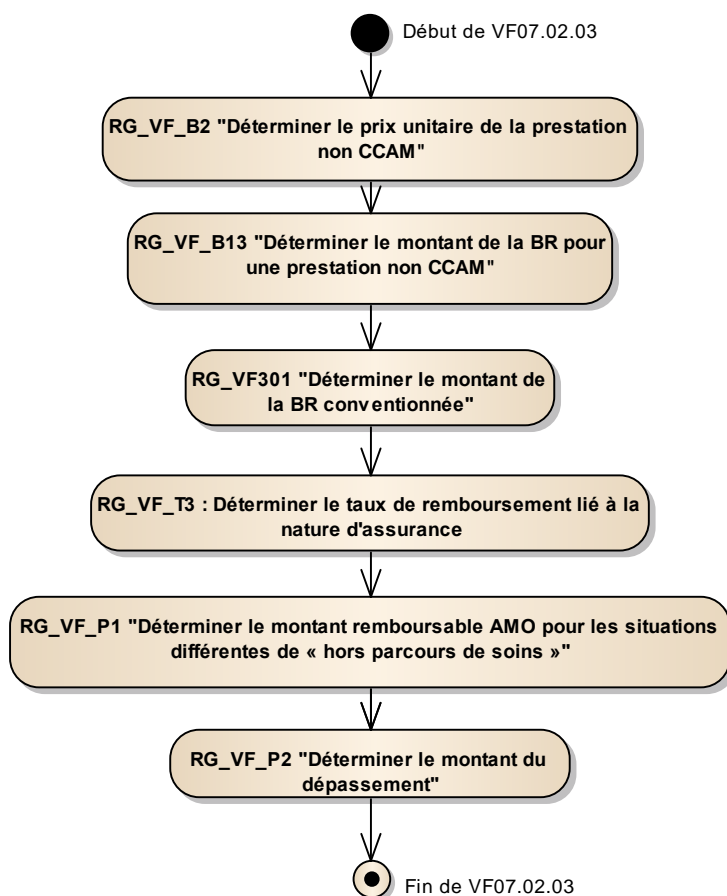


Figure 34 : [SC\_VF07.02.03] Enchaînement des opérations de VF07.02.03 « Déterminer les montants du supplément APIAS »

## 3.9 VF08 : Générer les dépassements pour Victime d'Attentat

#### Vue générale

**Nom** VF08 **Générer les dépassements pour Victime d'Attentat**

**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*

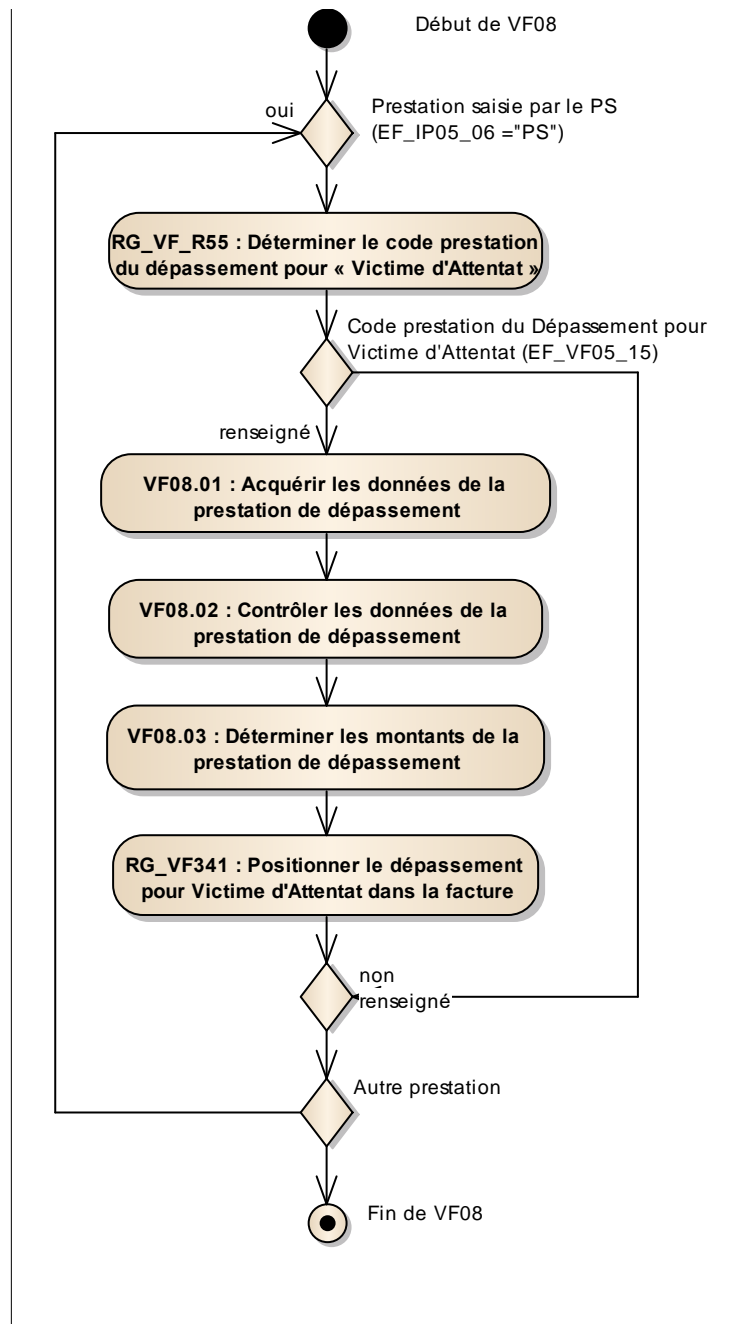
*Prestations ATD générées par le système*

*Prestations HD générées par le système*

**Sorties** *Prestations de dépassement générées par le système*

**Situations  
spécifiques** Victime d'Attentat

SP18

**Schéma**

**Figure 35 : [SC\_VF08] Enchaînement des opérations de VF08 « Générer les dépassements pour Victime d'Attentat »**

## Règles de gestion

### [RG\_VF\_R55] Déterminer le code prestation du dépassement pour « Victime d'Attentat » (EF\_VF05\_15)

PR			AM	LB	PH	FR	IR
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	IR
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 apparaît donc après la prestation de dépassement).



#### Cas particuliers

##### [CP1] Prestation support suivie d'un complément AT

PR			AM	LB	PH	FR	IR
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

Lieu d'exécution	EF_IP06
PS Exécutant salarié	EF_IP07
Supplément de prestation	EF_IP08
Code qualificatif de la dépense	EF_CF08_01
<b>Sorties</b> 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
<b>Situations</b> Victime d'Attentat	<b>SP18</b>
<b>spécifiques</b>	

## Schéma

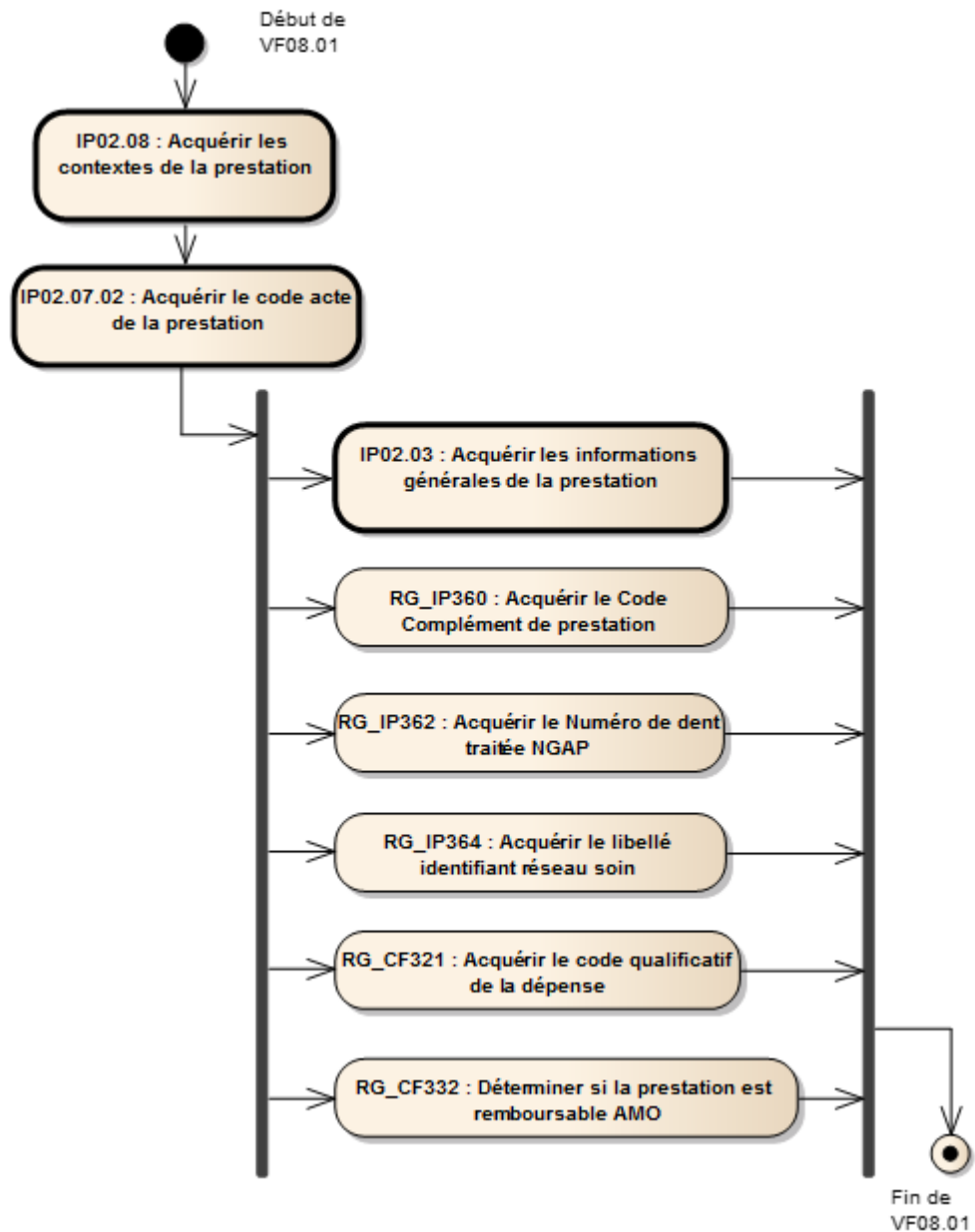


Figure 36 : [SC\_VF08.01] Enchaînement des opérations de VF08.01 « VF08.01 : Acquérir les données de la prestation de dépassement pour Victime d'attentat »

## 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.

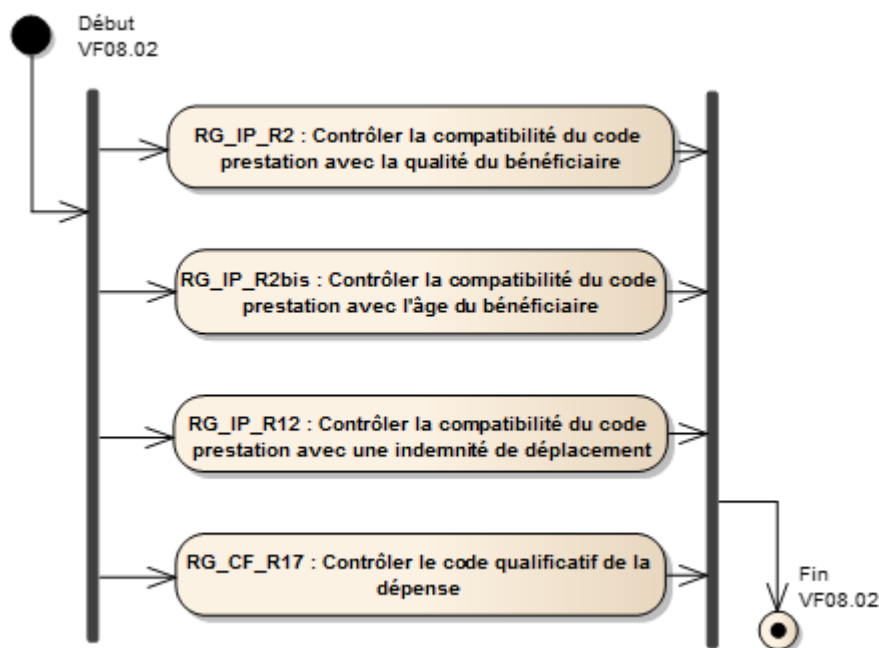
**Entrées** Données de la prestation générée

Prestation

EF\_IP04

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 »**

---

### 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

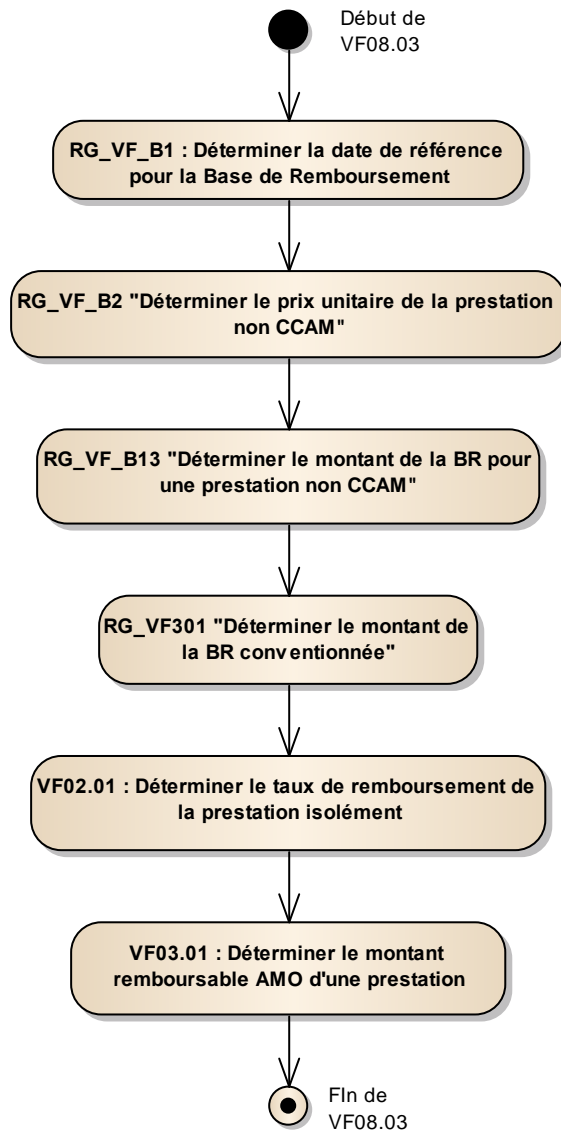
Part AMO prestation

EF\_VF05

**Situations  
spécifiques** Victime d'Attentat

**SP18**

## Schéma



**Figure 38 : [SC\_VF08.03] Enchaînement des opérations de VF08.03 « Déterminer les montants de la prestation de dépassement pour Victime d'Attentat »**

## 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 tarifier 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.

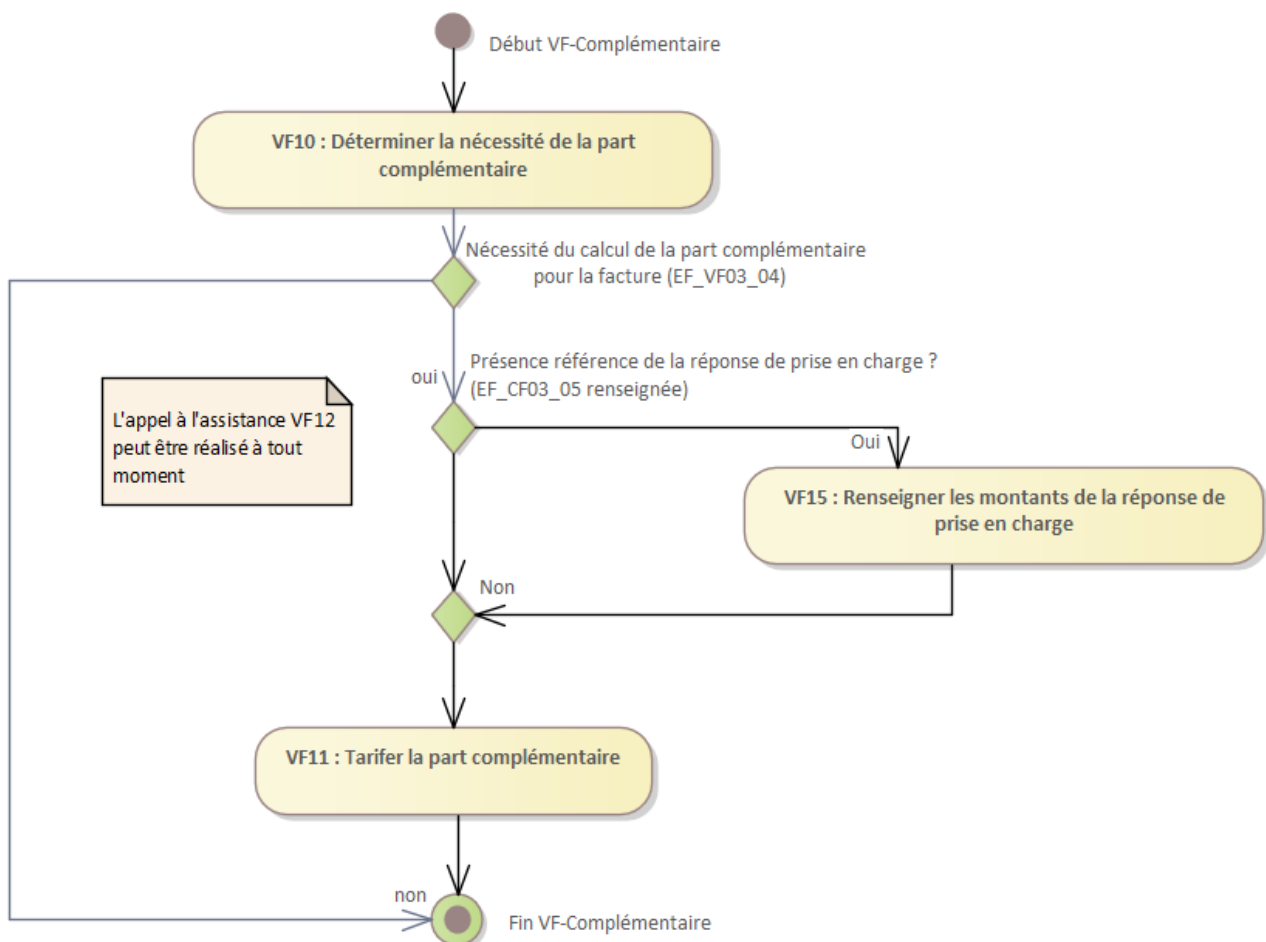
Remarque : Dans le cas d'une réponse de prise en charge l'appel au service de tarification de la part complémentaire (STS) doit être réalisé **après** VF15 : Renseigner les montants de la réponse de la prise en charge.

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.

<b>Entrées</b>	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
<b>Sorties</b>	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

**Situations  
spécifiques**

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
Bénéficiaire de la C2S	SP03
Bénéficiaire de l'AME	SP06
Forçage	SP11

**Schéma**

**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.

## 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	IR
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	IR
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 ».

## 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,

- 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.



<b>Entrées</b>	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
<b>Sorties</b>	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
<b>Situations spécifiques</b>	Bénéficiaire de la C2S	SP03
	Bénéficiaire de l'AME	SP06

## Schéma

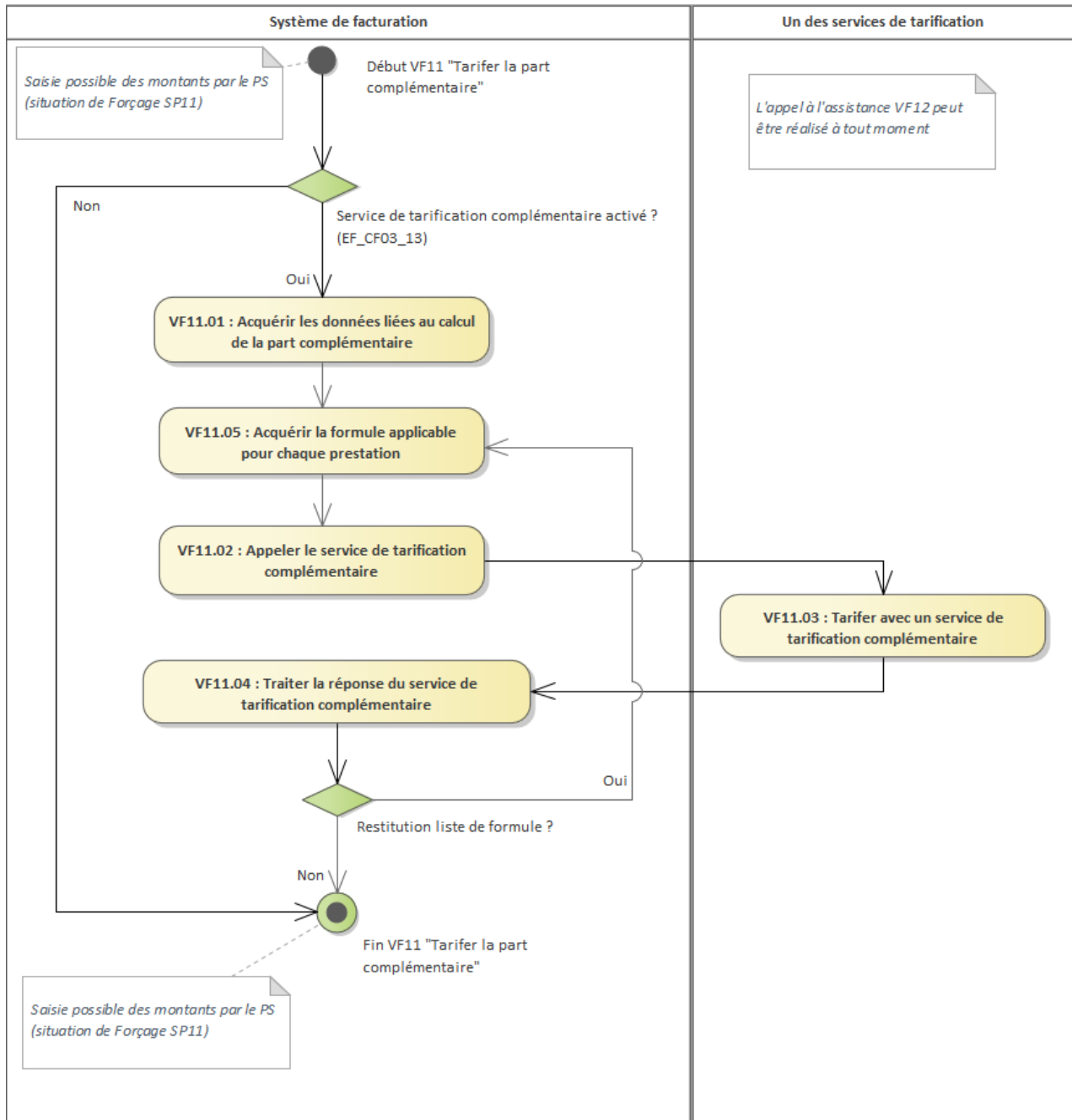


Figure 40 : [SC\_VF11] Enchaînement des tâches de VF11 "Tarifier la part complémentaire"

#### 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

**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 :

- 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<sup>1</sup> (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	IR
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~~ EF\_VF97\_09). Cette donnée n'est obligatoire que pour les spécialités concernées.

#### [CP2] Changement de valeur dans une facture

PR			AM	LB	PH	FR	IR
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

<sup>1</sup> Le taux conventionnel du dépassement maîtrisé n'est pas utilisé pour le calcul du DNR.

**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.

<b>Entrées</b>	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
<b>Sorties</b>	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.

<b>Entrées</b>	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\_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...).



## Règles de gestion

**[RG\_VF364] Renseigner l'interface d'appel du service de tarification complémentaire**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les données renseignées dans l'interface pour la tarification sont :

- les données issues de l'acquisition des informations du professionnel de santé,
- les données issues de l'acquisition des informations du bénéficiaire de soins,
- et les données de la facture (informations liées à la prestation, le contexte de facturation au regard de l'AMO et de la complémentaire, la part AMO valorisée),
- le code du service de tarification complémentaire à appeler,
- dans l'hypothèse où le professionnel de santé a préalablement sélectionné une formule et a renseigné les paramètres (fonctionnement semi-manuel), ou a renseigné des paramètres attendus par le service de tarification (paramètre manquants ou correction), les informations concernant la formule applicable au niveau prestation sont transmises au service de tarification complémentaire,
- certaines données de références nécessaires à la tarification complémentaire (par exemple, le PMSS) (EF\_VF06\_01, EF\_VF06\_02, EF\_VF97).

Le renseignement de l'interface d'appel est décrit dans l'annexe 1-A2.

**Cas particuliers****[CP1] Acquérir les montants remboursables par l'organisme complémentaire avant appel (EF\_VF06\_01) et déterminer le code indicateur de forçage du montant théorique remboursable par la complémentaire (EF\_VF06\_02)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas d'absence de prise en charge, le Professionnel de Santé peut renseigner le montant remboursable d'un acte avant déclenchement des services de tarification complémentaire (EF\_VF06\_01).

Dans ce cas, le système de facturation valorise un indicateur de forçage de niveau acte (EF\_VF06\_02).

De plus le professionnel de santé peut renseigner le montant de la part complémentaire au niveau facture (EF\_VF03\_01) et (EF\_VF03\_02), dans ce le système de facturation renseigne également l'indicateur de forçage (EF\_VF06\_02) pour toutes les lignes d'acte.

Cette règle s'applique également si le montant complémentaire est calculé par le logiciel métier sans utilisation d'un service de tarification complémentaire (STS).

**[RG\_VF365] Filtrer les données médico-administratives contenues dans l'interface d'appel**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Certaines données médico-administratives contenues dans la facture ne sont pas accessibles aux services de tarification complémentaires. Ces données sont :

- Pour les données du bénéficiaire de soins, les codes couvertures (codes ALD et codes situation) (issues de EF\_BS07) ;
- Pour les données liées à la facture :
  - les codes CIP d'une prestation détaillée pharmacien (issus de EF\_IP13 et EF\_IP14),
  - les codes LPP d'une prestation détaillée LPP (issus de EF\_IP15),

- 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	IR
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 tarifiée AMO, code aiguillage STS...).

Les règles d'appel sont décrites dans l'annexe 1-A2.

#### 4.3.3 VF11.03 : Tarifier avec un service de tarification complémentaire

##### Vue générale

**Nom** VF11.03 **Tarifier 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

**Sorties** Interface d'appel du service de tarification complémentaire – sortie tarification

Cf. A1-A2

### Situations spécifiques

#### Règles de gestion

**[RG\_VF369] Restituer le résultat du calcul du service de tarification complémentaire**

PR			AM	LB	PH	FR	FR
M	CD	SF					

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

## Règles de gestion

### [RG\_VF367] Traiter la réponse du service de tarification complémentaire

PR			AM	LB	PH	FR	CR
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	Montant théorique remboursable par l'organisme complémentaire	EF_VF06_01	Montant théorique remboursable organisme complémentaire
1620			
1630			
3710	Formule AMC appliquée au niveau acte	EF_VF07	Formule appliquée
et/ou		EF_VF08	Paramètre de la formule appliquée
3715	Libellé de la formule au niveau acte (avec ses paramètres valorisés)		
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	Formule AMC appliquée au niveau facture	EF_VF07	Formule appliquée
et/ou		EF_VF08	Paramètre de la formule appliquée
3725	Libellé de la formule au niveau facture (avec ses paramètres valorisés)		

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		
<b>Autres</b>			
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	FR
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	FR
M	CD	SF					

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.

**[CP5] Délivrance d'un médicament en cas de refus de substitution par l'assuré**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	GD	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')

En cas de refus de substitution par le bénéficiaire des soins, i.e. si l'indicateur de substitution (EF\_IP13\_07) prend la valeur « N » (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 »

<b>Entrées</b>	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
<b>Sorties</b>	Formule appliquée (prestation)	EF_VF07
	Paramètre de la formule appliquée (prestation)	EF_VF08
<b>Situation spécifiques</b>	Bénéficiaire de la C2S	SP03
	Forfaits dentaires CMU-C	SP03.1

## 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 crée 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					

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 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<sub>C2S</sub>) diminué du montant de la part AMO :

**[ MIN (MAX<sub>C2S</sub>, 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	SE					

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).

**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	

---

## 4.4

### VF12 « Assister la tarification complémentaire »

Sans objet

Descriptif, voir A1–A2 § Appel à la fonction “Assistance à la tarification”



## 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

<b>Sorties</b>	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

## Schéma

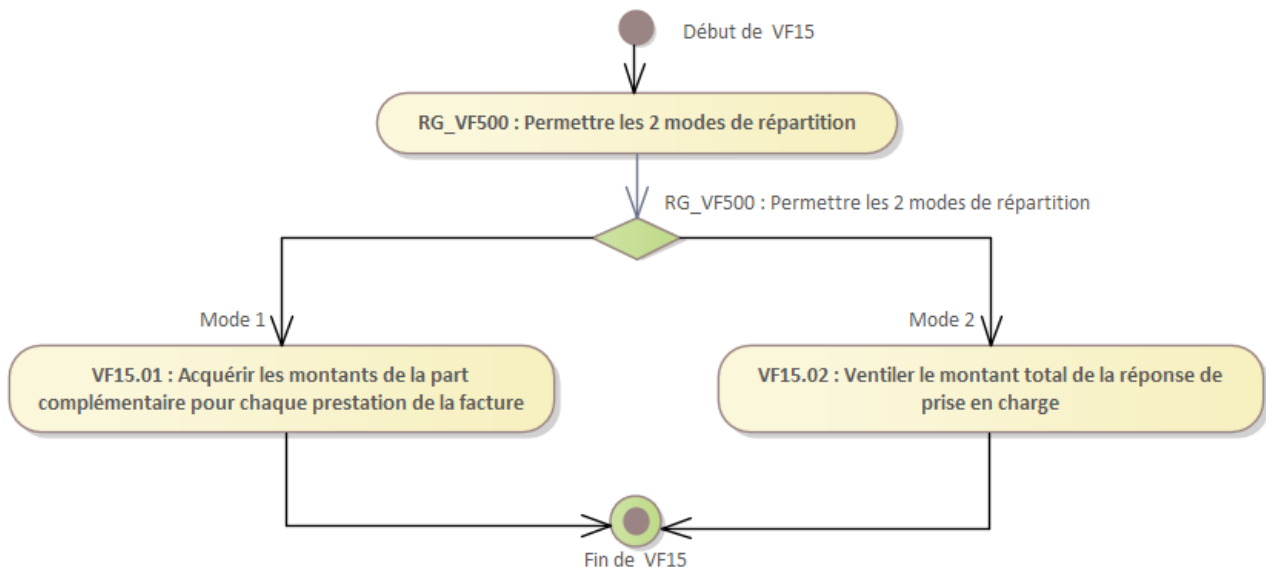


Figure 41 : [SC\_VF15] Enchaînement des tâches de VF15 : "Renseigner les montants de la réponse de la prise en charge complémentaire "

## 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

**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.

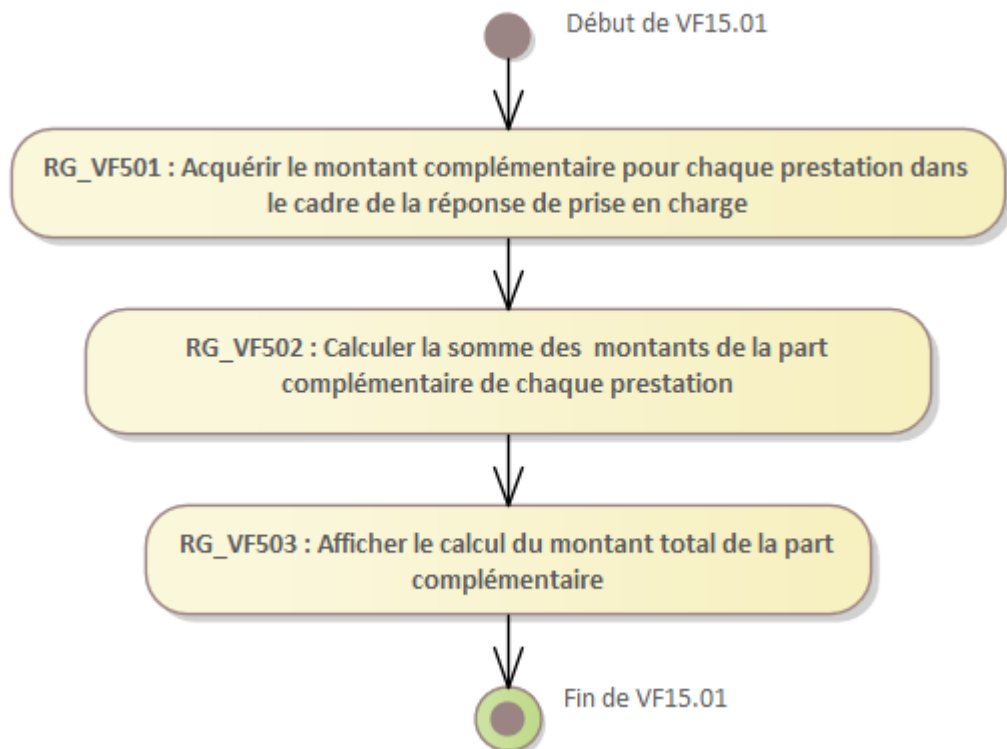
Les étapes de cette tâche sont :

- 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.



<b>Entrées</b>	Prestation	EF_IP04
<b>Sorties</b>	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
<b>Situations spécifiques</b>	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"**

**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).

## 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 :

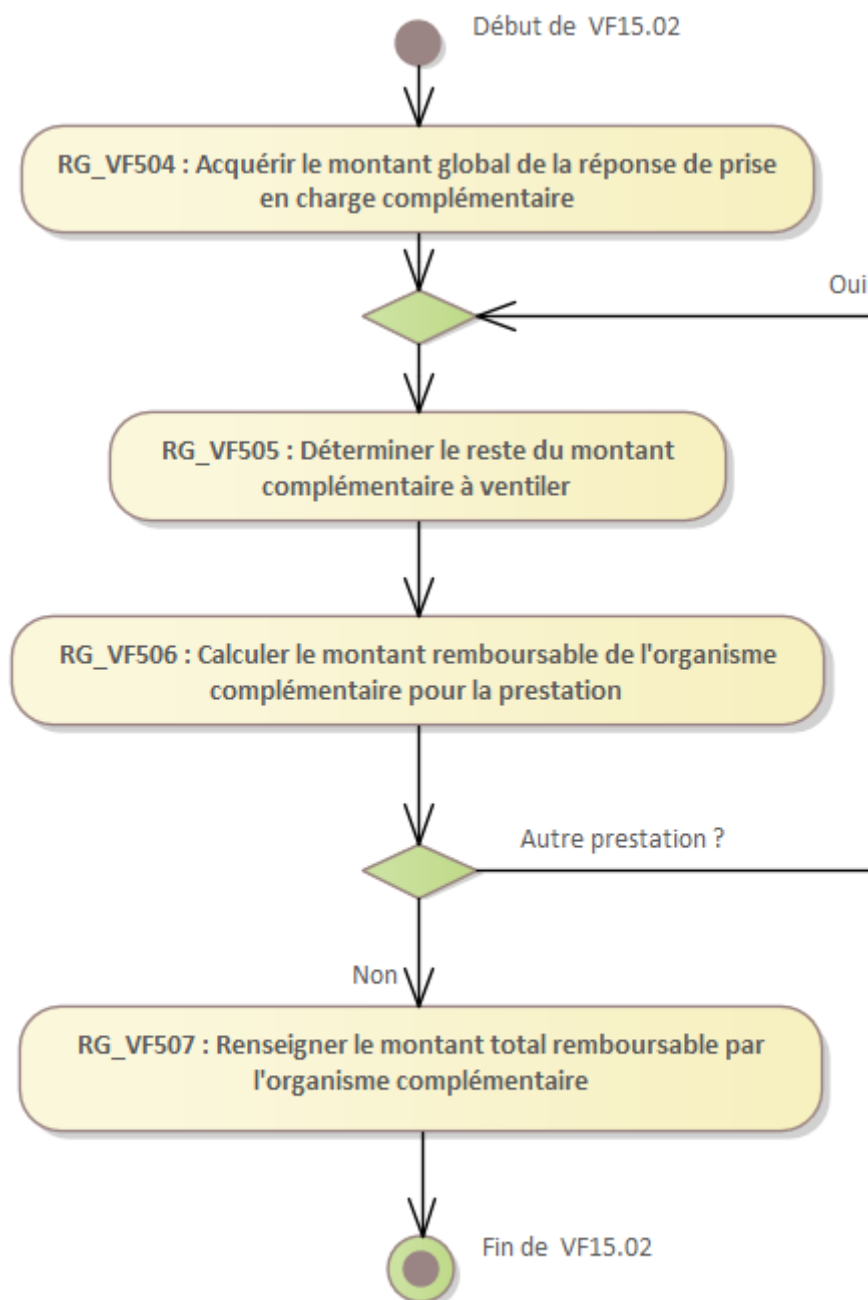
- Acquérir le montant total de la réponse de prise en charge,
- déduire le reste du montant total complémentaire à ventiler,
- Appliquer la formule « MIN [Montant total dépense de la prestation – montant AMO de la prestation ; montant de la prise en charge de l'organisme d'assurance maladie complémentaire] » 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.



<b>Entrées</b>	Montant global de la réponse de prise en charge complémentaire	EF_VF03_03
	Montant restant à ventiler	EF_VF06_94

<b>Sorties</b>	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

<b>Situations spécifiques</b>	Forçage	SP11
-----------------------------------	---------	------

**Schéma**

**Figure 43 : [SC\_VF15.02] Enchaînement des règles de VF15.02 : " Ventiler le montant total de la réponse de prise en charge "**

## 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) <sup>(i)</sup> = Montant restant à ventiler (EF\_VF06\_94) <sup>(i-1)</sup> – montant théorique remboursable par l'organisme complémentaire de la prestation (EF\_VF06\_01) <sup>(i-1)</sup>

**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) <sup>(1)</sup> = 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) <sup>(i)</sup> = MIN [le montant des honoraires de la prestation (EF\_IP04\_06) <sup>(i)</sup> – montant remboursable AMO (EF\_VF05\_08) <sup>(i)</sup> ; Montant restant à ventiler (EF\_VF06\_94) <sup>(i)</sup>]

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					

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).



## 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.

<b>Entrées</b>	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
<b>Sorties</b>	Reste à charge assuré	EF_VF01_01
	Montant payé par l'assuré	EF_VF01_04

### Situations spécifiques

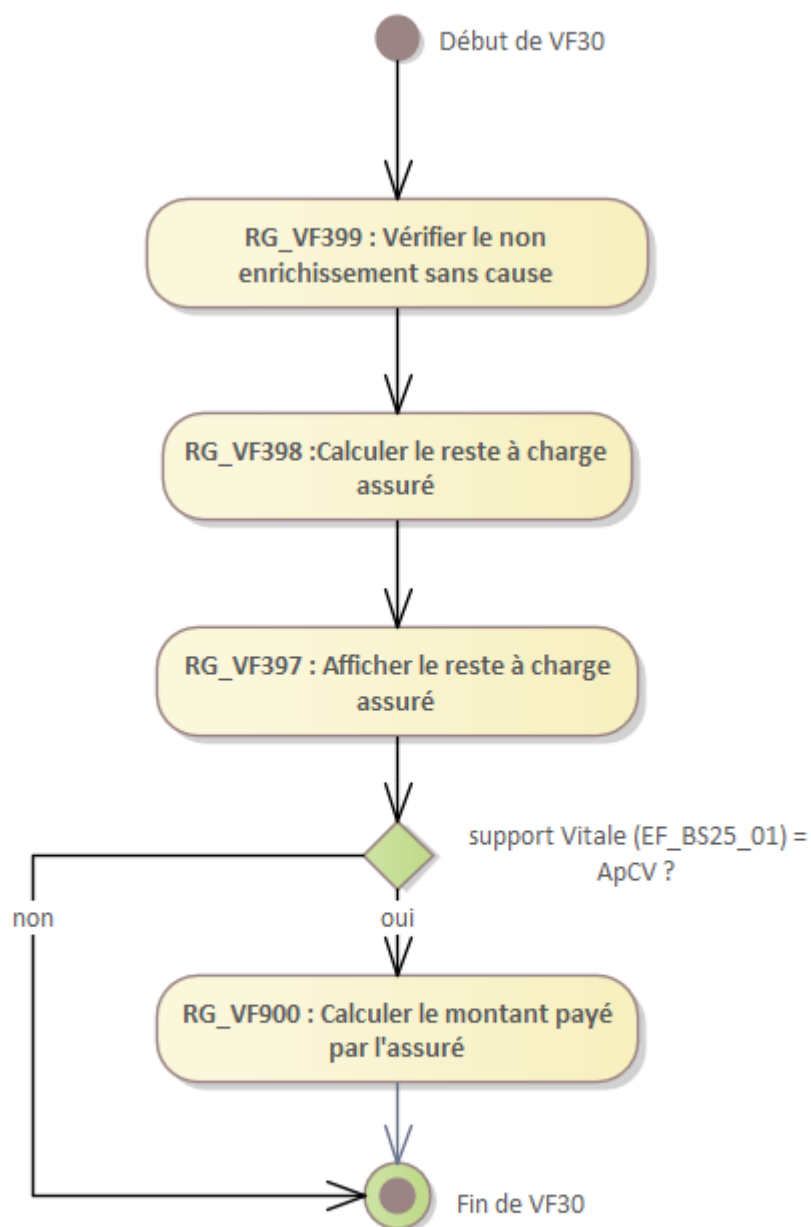
**Schéma**

Figure 44 : [SC\_VF30] Enchaînement de l'opération VF-30 « Terminer de facturer »

## Règles de gestion

### [RG\_VF399] Vérifier le non enrichissement sans cause

PR			AM	LB	PH	FR	IR
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	IR
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	IR
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	IR
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).

## 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 :

- 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 général**



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.

## 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	Déterminer le taux de remboursement de base de la prestation	Taux de remboursement de base de la prestation	EF_VF98_13	EF_VF05_94
	EF_A2_T4ter				
VF02.03	RG_VF_T13 [CP1]			EF_VF05_04	EF_VF05_95

	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		
--	----------	---	--	--	--

<b>VF02.03</b>	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
<b>VF02.03</b>	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
<b>VF02.01.04</b>	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
<b>VF02.01.03</b>	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
<b>VF03</b>	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

	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	Contrôler le respect des plafonds des actes prothétiques	Montant des Honoraires	EF_VF05_09	EF_VF05_85
	DF_PFD				
	RG_VF_P6	Contrôler le respect des tarifs opposables des soins dentaires (hors prothèses)	Montant des Honoraires	EF_VF05_09	EF_VF05_85
	EF_A2_T2ter				
	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
<b>VF05.01</b>	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		
<b>VF01.04</b>	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				
<b>VF01.04</b>				
RG_VF301				
RG_VF302				
Opérations à débrayer				
	<b>VF02</b>			

	VF02.01			
	VF02.02			
	VF02.03			

## 6.1 Impact VF01.01

### Règles de gestion

#### PRESTATIONS CCAM

**[RG\_VF\_BC1] [SP11] Déterminer le prix unitaire de la prestation CCAM (EF\_VF05\_01)**

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 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

**[RG\_VF\_BC4] [SP11] Déterminer le montant de la BR pour une prestation CCAM (EF\_VF05\_02)**

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 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

<b>VF01.04</b>	<b>Déterminer le montant de la base de remboursement</b>
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 montant 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.
<b>VF02</b>	<b>Déterminer le taux de remboursement de chaque prestation</b>
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

	→ le Professionnel de Santé doit indiquer directement le taux lié à la prestation.
--	--



VF02.02	RG_VF_TC5 : Déterminer le taux de remboursement de la prestation en fonction de la règle du seuil  En cas de forçage de la base de remboursement d'une prestation CCAM, le PS doit indiquer le taux de remboursement de tous les actes associés à l'acte forcé
VF02.03	RG_VF_T13 : Finaliser le taux de la prestation et déterminer le code justificatif d'exonération  Le Professionnel de Santé doit indiquer directement le taux de remboursement et le code justificatif d'exonération associé de la prestation forcée et de toutes les prestations associées.

## 6.3 Impact VF02.01.03

### Règles de gestion

### TOUTES PRESTATIONS

**[RG\_VF\_T2] [SP11] Déterminer le taux de remboursement lié à l'individu (EF\_VF98\_06) pour les prescripteurs**

**[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**

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					

Le Professionnel de Santé a la possibilité de modifier les tables 20.x « tables des codes spécialités de PS utilisées dans les tables 8.x » (EF\_A2\_T20.x) utilisées par les différentes règles de détermination du taux de remboursement lié à l'individu.

Si le système de facturation utilise les valeurs modifiées en table, il positionne l'indicateur de forçage du taux de remboursement lié à l'individu (EF\_VF05\_92) à VRAI.

De même, le professionnel de Santé a la possibilité de modifier les tables 21.x « tables des codes prestation utilisées dans les tables 8.x » (EF\_A2\_T8.x) utilisées par les différentes règles de détermination du taux de remboursement lié à l'individu.

Si le système de facturation utilise les valeurs modifiées en table, il positionne l'indicateur de forçage du taux de remboursement lié à l'individu (EF\_VF05\_92) à VRAI.

## 6.4 Impact VF02.01.04

**[RG\_VF\_T7] [SP11] Déterminer le taux de remboursement de base de la prestation (EF\_VF98\_13)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

### PRESTATIONS CCAM

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

**[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)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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					

**[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-le bénéficiaire des soins**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de refus de substitution par le bénéficiaire des soins, i.e. si l'indicateur de substitution (EF\_IP13\_07) prend la valeur « N », 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.

**[RG\_VF\_P4] [SP11] Contrôler le respect des tarifs opposables pour des prestations secondaires**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le code prestation.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation (EF\_VF05\_86) à VRAI.

**[RG\_VF\_P5] [SP11] Contrôler le respect des plafonds des actes prothétiques**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le montant des honoraires.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage du plafond des honoraires (EF\_VF05\_85) à VRAI

**[RG\_VF\_P6] [SP11] Contrôler le respect des tarifs opposables des soins dentaires (hors prothèses)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le montant des honoraires.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage du plafond des honoraires (EF\_VF05\_85) à VRAI

**[RG\_VF\_P7] [SP11] Contrôler le respect des Prix Limite de Vente des produits de la LPP**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le montant du tarif LPP du code détaillé LPP.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage du plafond des honoraires (EF\_VF05\_85) à VRAI

## 6.7 Impact VF04 : Déterminer les totaux AMO de la facture

**[RG\_VF312] [SP11] Déterminer le montant total remboursable AMO (EF\_VF02\_01)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de forçage du « **montant remboursable par l'AMO** » d'une ou plusieurs prestations de la facture, le système de facturation est tenu de garantir l'exactitude du montant « total remboursable par l'AMO »

## 6.8 Impact VF05.01 : Déterminer la nécessité de générer des prestations SD\_SMG

**[RG\_VF\_R40] [SP11] Déterminer la nécessité de supplément(s) dérogatoire(s) SMG dans la facture (EF\_VF02\_04)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé a la possibilité de modifier la table 30 (EF\_A2\_T30) utilisée pour la détermination de la nécessité de générer des prestations SD\_SMG dans la facture (EF\_VF02\_04).

Le système de facturation utilise alors la table modifiée et positionne l'indicateur de forçage de SD\_SMG dans la facture (EF\_VF02\_99) à VRAI.

## 6.9 Impact VF-complémentaire « Valoriser la part complémentaire »

### Vue générale

**Nom** VF-Complémentaire : « Valoriser la facture pour la part complémentaire »

**Description** La situation spécifique de forçage des montants de la part complémentaire modifie le cas nominal et permet le renseignement par le Professionnel de Santé des montants de la part complémentaire.

Rappel, la valorisation de la part complémentaire est réalisée par les services de tarification complémentaire si ceux-ci sont activés.

- Les services de tarification complémentaire offrent deux services :
  - un service permettant de tarifier 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.

<b>Entrées</b>	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
<b>Sorties</b>	« 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
	« 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.

<b>Entrées</b>	« montant théorique remboursable organisme complémentaire de la prestation »	EF_VF06_01
<b>Sorties</b>	« 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**

## 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) =  $\sum$  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.

## 7 DF\_VF : Domaine d'Information « Valoriser la facture »

### 7.1 Modèle de données

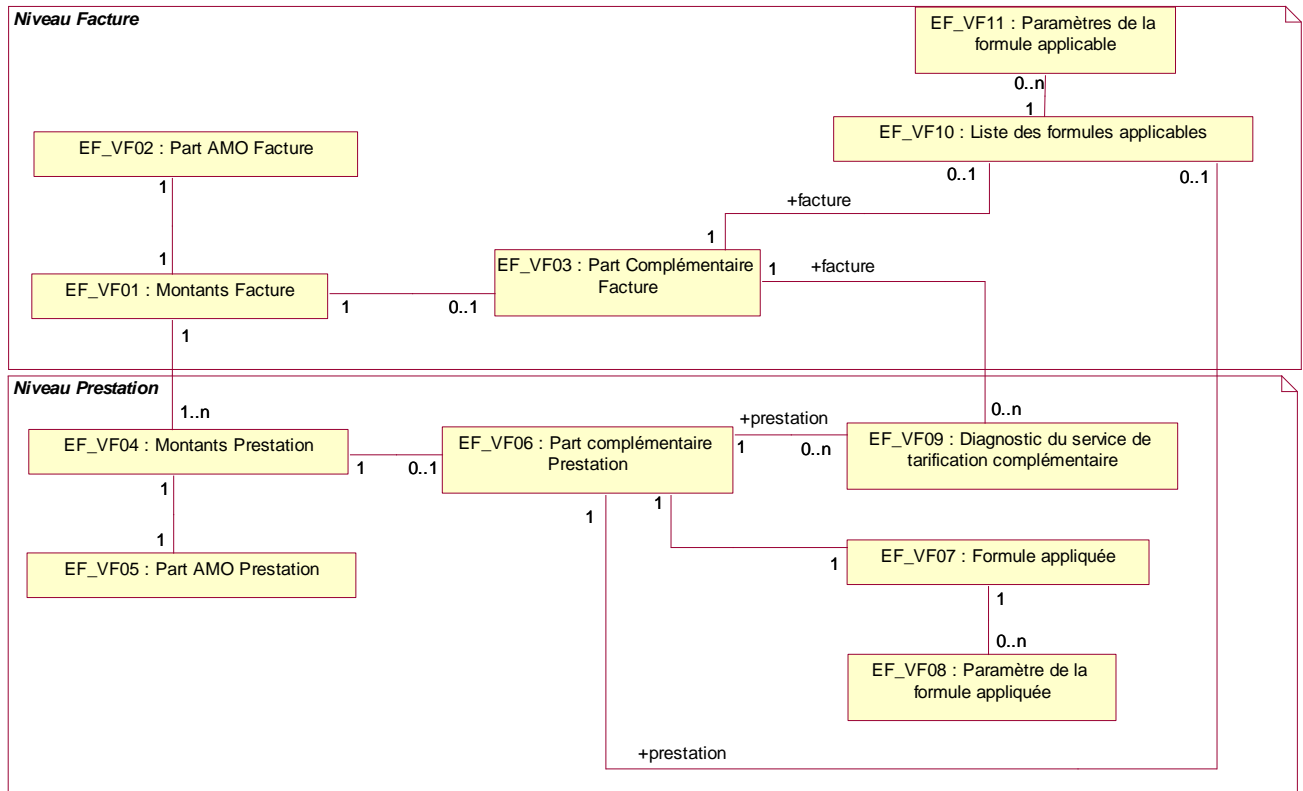



Figure 45 : [DF\_VF] Modèle de données de la fonctionnalité VF : Valoriser la facture : DF\_VF

## 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

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

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

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

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



## 8 Liste des règles de gestion

<b>VF</b>	<b>Valoriser la facture .....</b>	<b>9</b>
[RG_VF300]	Arrondir un calcul.....	10
<b>VF-AMO</b>	<b>Valoriser la facture pour la part Obligatoire .....</b>	<b>11</b>
<b>VF01</b>	<b>Déterminer la base de remboursement de chaque prestation saisie par le Professionnel de Santé .....</b>	<b>13</b>
[RG_VF_B1]	Déterminer la date de référence pour la Base de Remboursement (EF_VF99_01) .....	15
[CP1]	soins dentaires .....	15
<b>VF01.01</b>	<b>Déterminer le Prix unitaire de la prestation .....</b>	<b>15</b>
[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
<b>VF01.02</b>	<b>Déterminer les montants de majoration de la BR .....</b>	<b>20</b>
<b>VF01.02.01</b>	<b>Déterminer les montants de majoration de la BR pour une prestation non CCAM .....</b>	<b>21</b>
[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
<b>VF01.04</b>	<b>Déterminer le montant de la base de remboursement.....</b>	<b>27</b>
[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 .....	34

	[CP6]	Prestations LPP .....	34
	[CP7]	forfaits techniques d'un acte de scanographie .....	34
	[CP8]	forfaits techniques d'un acte d'I.R.M. ....	35
	[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) .....	37

## **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 04xx » (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

[CP1]	Forçage d'une situation d'ALD.....	49
<b>VF02.01.04</b>	<b>Déterminer le taux de remboursement lié à la nature de la prestation.....</b>	<b>49</b>
[RG_VF_T5]	Déterminer le taux de remboursement lié aux soins particuliers exonérés (EF_VF98_10) .....	51
[CP1]	Code couverture <b>SNCF 04xx</b> 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 <b>SNCF 04xx</b> n'appliquant pas les taux du Régime Général .....	51
[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 <b>SNCF 04xx</b> n'appliquant pas les taux du Régime Général .....	53
[RG_VF306]	Déterminer le taux de remboursement lié à la prestation (EF_VF98_07) .....	53
<b>VF02.01.05</b>	<b>Déterminer le taux de remboursement de la prestation isolément .....</b>	<b>54</b>
[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
<b>VF02.02</b>	<b>Déterminer l'exonération liée à d'autres prestations .....</b>	<b>55</b>
[RG_VF_TC45]	Déterminer le taux de remboursement de la prestation (EF_VF98_15) en fonction de la règle du seuil .....	56
<b>VF02.03</b>	<b>Finaliser le taux de remboursement de la prestation .....</b>	<b>56</b>
[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]	<b>FSV (Fond de solidarité Vieillesse) ASPA (Allocation de Solidarité aux Personnes Agées)</b> .....	59
[CP5]	Prestation de déplacement .....	59
[CP6]	<b>Prestations PAV</b> .....	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) .....	60
<b>VF03</b>	<b>Déterminer le montant remboursable AMO de chaque prestation saisie par le Professionnel de Santé.....</b>	<b>61</b>
<b>VF03.01</b>	<b>Déterminer le montant remboursable AMO d'une prestation ....</b>	<b>63</b>
[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
[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
<b>VF04</b>	<b>Déterminer et contrôler les totaux AMO de la facture .....73</b>
[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
<b>VF05</b>	<b>Générer les suppléments dérogatoires SMG .....75</b>
[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
<b>VF05.01</b>	<b>Déterminer la nécessité de générer des prestations SD_SMG ..78</b>
[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
<b>VF05.02</b>	<b>Générer une prestation SD_SMG.....80</b>
<b>VF06</b>	<b>Recalculer le montant des honoraires de chaque prestation ....86</b>
[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
<b>VF07</b>	<b>Générer les suppléments en nature d'assurance AT .....90</b>
<b>VF07.01</b>	<b>Générer les compléments AT Dentaires .....91</b>

[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
<b>VF07.01.01</b>	<b>Acquérir les données de la prestation ATD .....</b>	<b>93</b>
<b>VF07.01.02</b>	<b>Contrôler les données de la prestation ATD .....</b>	<b>95</b>
<b>VF07.01.03</b>	<b>Déterminer les montants la prestation ATD .....</b>	<b>95</b>
<b>VF07.02</b>	<b>Générer le supplément APIAS .....</b>	<b>97</b>
[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
<b>VF07.02.01</b>	<b>Acquérir les données du supplément APIAS .....</b>	<b>101</b>
<b>VF07.02.02</b>	<b>Contrôler les données du supplément APIAS .....</b>	<b>103</b>
<b>VF07.02.03</b>	<b>Déterminer les montants du supplément APIAS.....</b>	<b>104</b>
<b>VF08</b>	<b>Générer les dépassements pour Victime d'Attentat .....</b>	<b>104</b>
[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
<b>VF08.01</b>	<b>Acquérir les données de la prestation de dépassement pour Victime d'attentat .....</b>	<b>107</b>
<b>VF08.02</b>	<b>Contrôler les données de la prestation de dépassement pour Victime d'attentat .....</b>	<b>109</b>
<b>VF08.03</b>	<b>Déterminer les montants de la prestation de dépassement pour Victime d'attentat .....</b>	<b>111</b>
<b>VF-Complémentaire</b>	<b>« Valoriser la facture pour la part complémentaire » .....</b>	<b>113</b>
<b>VF10</b>	<b>Déterminer la nécessité de la part complémentaire.....</b>	<b>116</b>
[RG_VF360]	Déterminer la nécessité du calcul de la part complémentaire pour la facture (EF_VF03_04) .....	116
[SP18]	Bénéficiaire victime d'attentat .....	116
<b>VF11</b>	<b>Tarifer la part complémentaire.....</b>	<b>117</b>
<b>VF11.01</b>	<b>Acquérir les données liées au calcul de la part complémentaire.....</b>	<b>119</b>

[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
[CP1]	Professionnel de santé hors métropole (selon la caisse de rattachement du professionnel de santé) .....	121
[CP2]	Changement de valeur dans une facture .....	121
<b>VF11.02</b>	<b>Appeler le service de tarification complémentaire.....</b>	<b>121</b>
<b>VF11.02.01</b>	<b>Préparer les informations nécessaires au service de tarification complémentaire .....</b>	<b>122</b>
[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
<b>VF11.02.02</b>	<b>Appeler le service de tarification complémentaire spécifique .</b>	<b>125</b>
[RG_VF366]	Appeler le service de tarification complémentaire spécifique .....	125
<b>VF11.03</b>	<b>Tarifier avec un service de tarification complémentaire .....</b>	<b>125</b>
[RG_VF369]	Restituer le résultat du calcul du service de tarification complémentaire.....	126
<b>VF11.04</b>	<b>Traiter la réponse du service de tarification complémentaire .</b>	<b>126</b>
[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
<b>VF11.05</b>	<b>Acquérir la formule applicable pour chaque prestation .....</b>	<b>130</b>
[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
<b>VF15</b>	<b>Renseigner les montants de la réponse de la prise en charge</b>	<b>135</b>
[RG_VF500]	Permettre les deux modes de répartition .....	136
<b>VF15.01</b>	<b>Acquérir les montants de la part complémentaire pour chaque prestation de la facture.....</b>	<b>136</b>
[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
<b>VF15.02</b>	<b>Ventiler le montant total de la réponse de prise en charge.....</b>	<b>139</b>
[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
[RG_VF506]	[CP1] Pour la première ligne d'acte .....	141
[RG_VF507]	Calculer le montant remboursable de l'organisme complémentaire pour la prestation .....	141
	Renseigner le montant total remboursable par l'organisme complémentaire .....	141
<b>VF30</b>	<b>Terminer de facturer .....</b>	<b>143</b>
[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
<b>SP11</b>	<b>Forçage .....</b>	<b>146</b>
[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 le bénéficiaire des soins .....	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 .....	157
[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

