

# Annexe 2

## Réglementation - Tarification

Intégrant l'Addendum n°8

**Mise à jour 2025**



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

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

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

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

## Sommaire

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>Présentation de l'annexe 2.....</b>   | <b>5</b>  |
| 1.1      | Présentation générale .....  | 5         |
| 1.2      | Présentation de la partie réglementation .....   | 5         |
| 1.3      | Présentation de la partie tarification .....   | 6         |
| 1.4      | Présentation de la partie tables.....  | 6         |
| <b>2</b> | <b>Tableau de synthèse : EF_A2_TS.....</b>   | <b>7</b>  |
| <b>3</b> | <b>1<sup>ère</sup> partie : Réglementation .....</b>                                   | <b>8</b>  |
| <b>4</b> | <b>2<sup>ème</sup> partie : Tarification .....</b>                                     | <b>11</b> |
| 4.1      | Chapitre 1 : Base de remboursement .....   | 11        |
| 4.1.1    | Section 1 : Base de remboursement des codes prestations : Synthèse des règles B .....  | 11        |
| 4.1.2    | Section 2 : Base de remboursement des frais de déplacement : Synthèse des règles F ... | 11        |
| 4.1.3    | Section 3 : Base de remboursement des frais pharmaceutiques : Synthèse des règles S .  | 12        |
| 4.2      | Chapitre 2 : Taux de remboursement : Synthèse des règles T .....                       | 13        |
| 4.3      | Chapitre 3 : Calcul du montant remboursable par l'A.M.O. : Synthèse des règles P ..... | 15        |
| <b>5</b> | <b>Annexe : Tables.....</b>  | <b>16</b> |



# 1 Présentation de l'annexe 2

## 1.1 Présentation générale

### Objet du document

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

Ces règles sont réparties principalement entre les fonctionnalités IP, CF et VF, et éventuellement MF de la partie SFG du présent CDC SESAM-VITALE.

### Contenu du document

Le présent document expose uniquement pour chaque règle son titre et sa correspondance dans la partie SFG du CDC SESAM-VITALE.

Ce document est fourni à titre transitoire dans le cadre de la Modernisation du CDC SESAM-Vitale.

Il est amené à être supprimé dans la prochaine version du Package.

### Tableau de synthèse

L'objet de ce tableau est de croiser les numéros des règles et les spécialités des Professionnels de Santé et de connaître ainsi la liste des règles applicables à une profession donnée.

Ce tableau est référencé EF\_A2\_TS.



[§ 2 Tableau de synthèse : EF\\_A2\\_TS](#)

### Tables utilisées

Les règles et tables mentionnées dans ce document pourront faire l'objet d'évolutions. Celles-ci seront répercutées dans le Cahier des Charges communiqué aux sociétés éditrices de progiciels par l'Assurance Maladie.

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'introduire dans la Feuille de Soins Electronique (par forçage) des données conformes à la nomenclature en vigueur malgré les messages d'erreurs restitués par le progiciel.

Ce principe permet au Professionnel de Santé d'appliquer sans délai les évolutions réglementaires, en attente de la mise à jour du progiciel.

La mise en œuvre de ce principe se traduit par la possibilité pour le PS de modifier la valorisation des données figurant dans les tables de l'annexe 2bis (DF\_A2), hormis les tables :

- 1.1, (EF\_A2\_T1.1)
- 8.x,
- 11.1, (EF\_A2\_T11.1)
- 50.x,
- 60, (EF\_A2\_T60)
- 61, (EF\_A2\_T61)
- et la colonne « Origine prestation » de la table 1 (EF\_A2\_T1).

## 1.2 Présentation de la partie réglementation

Sans objet

---

## **1.3      Présentation de la partie tarification**

Sans objet

---

## **1.4      Présentation de la partie tables**

Sans objet

---

## 2 **Tableau de synthèse : EF\_A2\_TS**

Ce tableau fait l'objet du fichier « EF\_A2\_TS.csv » du package documentaire.

### 3 1<sup>ère</sup> partie : Réglementation

|        |   |                             |
|--------|---|-----------------------------|
| R1     | Compatibilité du code prestation, du code indemnité forfaitaire de déplacement ou du type d'indemnité kilométrique avec la spécialité du Professionnel de Santé | RG_IP_R1 / RG_IP340         |
| R1bis  | Compatibilité entre le code prestation et le contexte conventionnel du PS   | RG_IP_R1bis                 |
| R2     | Compatibilité entre le code prestation ou le code indemnité forfaitaire de déplacement ou le type d'indemnité kilométrique avec la qualité du bénéficiaire      | RG_IP_R2                    |
| R2 bis | Compatibilité entre le code prestation ou le code indemnité forfaitaire de déplacement ou le type d'indemnité kilométrique avec l'âge du bénéficiaire           | RG_IP_R2bis                 |
| R3     | Compatibilité du code prestation, du code indemnité forfaitaire de déplacement ou du type d'indemnité kilométrique avec la nature d'assurance                   | RG_CF_R3                    |
| R4     | Compatibilité entre la nature d'assurance et la qualité du bénéficiaire   | RG_CF_R4                    |
| R5     | Contrôle de la nécessité d'une prescription pour un code prestation   | RG_IP_R5                    |
| R6     | Contrôle de la clé du numéro de prescripteur  | RG_IP_R6                    |
| R6 bis | Contrôle de la clé du numéro national d'immatriculation   | RG_BS_R6bis                 |
| R7     | Contrôle du coefficient des codes prestations effectués par un prescripteur, un auxiliaire médical ou un laboratoire d'analyses de biologie médicale            | RG_IP_R7                    |
| R8     | Nécessité d'une <b>e-entente accord</b> préalable pour un code prestation en fonction de la spécialité du Professionnel de Santé                                | RG_CF_R8                    |
| R8bis  | Contrôle de la nécessité d'une <b>e-entente accord</b> préalable pour les actes de biologie   | RG_CF_R8[CP1]               |
| R8ter  | Contrôle de la nécessité d'une <b>e-entente accord</b> pour les produits de la LPP  | RG_CF_R8[CP2]               |
| R10    | Vérification de la présence du numéro d'agrément de l'appareil pour les forfaits techniques   | RG_IP_R10                   |
| R11bis | Compatibilité des Soins Dentaires Forfaits CMU-C avec l'acte support  | RG_IP_R11bis[SP03]          |
| R11ter | Incompatibilité du code prestation avec une situation   | RG_IP_R11ter[ <b>SP18</b> ] |
| R12    | Compatibilité du code prestation effectué avec une indemnité de déplacement   | RG_IP_R12                   |
| R14    | Compatibilité du code prestation avec le complément de « nuit » ou « dimanche ou jour férié », ou « urgence »   | RG_IP_R14                   |
| R15    | Contrôle de la validité d'une majoration de dimanche ou de jour férié   | RG_IP_R15                   |



|         |   |   |
|---------|---|---|
| R16     | Compatibilité entre le montant des honoraires et le code qualificatif de la dépense                               | RG_CF_R16   |
| R17     | Compatibilité entre le code prestation et le code qualificatif de la dépense                                      | RG_CF_R17   |
| R17 bis | Association obligatoire de code prestation  | RG_IP_R17bis                                      |
| R17 ter | Contexte du parcours de soins pour des actes associés   | RG_CF333[CP1]                                     |
| R18     | Condition d'élaboration d'une Feuille de Soins Electronique en fonction de la situation du bénéficiaire           | RG_MF003[CP3-CP6]                                 |
| R19     | Contrôle de la présence d'actes incompatibles au regard des codes affinés de biologie                             | RG_IP_R19   |
| R20     | Contrôle du nombre maximum d'un même code affiné de biologie.   | RG_IP_R20   |
| R21     | Contrôle du respect des règles spécifiques en matière de codes affinés de biologie                                | RG_IP_R21   |
| R22     | Contrôle entre le coefficient facturé et le cumul des coefficients associés à chaque code affiné de biologie      | RG_IP_R22   |
| R23     | Contrôle de la justification du complément à la cotation minimale liée aux actes sanguins                         | RG_IP_R23   |
| R24     | Taux d'abattement des indemnités kilométriques  | RG_IP_R24   |
| R25.0   | Acquisition de l'organisme gestionnaire pour un accident du travail   | RG_CF_R25.0                                       |
| R25.1   | Contrôle de l'existence d'une couverture au risque AT   | RG_CF_R25.1                                       |
| R25.2   | Contrôle de l'acceptation d'une Feuille de Soins Electronique Accident du Travail pour un régime                  | RG_CF_R25.2                                       |
| R25.4   | Contrôle de l'élaboration d'une FSE AT en l'absence d'organisme sur le support AT                                 | RG_CF_R25.4                                       |
| R25.6   | Condition de sécurisation d'une FSE en fonction de l'organisme gestionnaire AT identifié                          | RG_MF003[CP7]                                     |
| R26     | Acquisition de la date d'accident du travail et du numéro d'« Accident du travail » pour la nature d'assurance AT | RG_CF_R26   |
| R27     | Contrôle de la clé du numéro accident du travail  | RG_CF_R27   |
| R28     | Contrôle de la date d'accident du travail pour la nature d'assurance « Accident du travail »                      | RG_CF_R28   |
| R29     | Détermination du contexte tiers payant lié à des dispositions réglementaires spécifiques                          | RG_CF_R29   |
| R30     | Nécessité d'une date maternité pour la nature d'assurance « Maternité »   | RG_CF_R30   |
| R31     | Contrôle de la date maternité pour la nature d'assurance « Maternité »  | RG_CF_R31   |
| R32     | Contrôle de la date de fin pour la prestation détaillée LPP   | RG_IP_R32   |
| R33     | Contrôle du mode de sécurisation SESAM sans Vitale  | RG_MF003[CP1] à RG_MF003[CP4] / RG_MF003[CP2SP10] |

|           |   |                                 |
|-----------|---|---------------------------------|
| R33 bis   | Utilisation des modes de sécurisation SESAM sans Vitale ou dégradé  | RG_VF_T2quint / RG_MF003 [SP09] |
| R35       | Condition d'élaboration d'une FSE relative à un accident de la vie privée pour le régime agricole   | RG_CF_R35                       |
| R36       | Contrôle de la date de l'accident   | RG_CF_R36                       |
| R37       | Détermination des cas d'exclusion du parcours de soins  | RG_CF_R37 / RG_CF333 / RG_CF334 |
| R37bis    | Détermination du contexte d'Urgence en fonction de la prestation  | RG_CF_R37bis                    |
| R37ter    | Contextes particuliers au regard du parcours de soins   | RG_CF_R37ter                    |
| R37quater | Détermination de la position de la facture au regard du parcours de soins   | RG_CF315                        |
| R38       | Compatibilité de la spécialité du Professionnel de Santé avec les situations de parcours de soins « Accès Direct Spécifique » et « Hors Accès Direct Spécifique » | RG_CF_R38                       |
| R39       | Compatibilité des majorations de coordination dans le parcours coordonné de soins   | RG_CF_R39                       |
| R40       | Déterminer la nécessité de supplément(s) dérogatoire(s) SMG dans la facture   | RG_VF_R40                       |
| R41       | Déterminer le contexte tarifaire Professionnel de Santé (PS) de la prestation   | RG_IP_R41                       |
| R42       | Déterminer le contexte tarifaire bénéficiaire (BS) de la prestation   | RG_IP_R42                       |
| R43       | Contrôler le non panachage des paniers de soins dentaires sur une même dent   | RG_IP_R43                       |
| R44       | Contrôler le non panachage des paniers de soins optiques entre verres   | RG_IP_R44                       |
| R51       | Déterminer la nécessité d'un complément AT dentaire   | RG_VF_R51                       |
| R55       | Déterminer le code prestation du dépassement à générer  | RG_VF_R55                       |
| R60       | Déterminer l'honoraire de dispensation simple à générer   | RG_CF_R60                       |
| R61       | Déterminer la nécessité de générer un honoraire complexe  | RG_CF_R61                       |
| R62       | Déterminer la nécessité de générer un honoraire pour médicament remboursable  | RG_CF_R62                       |
| R63       | Déterminer la nécessité de générer un honoraire lié à l'âge   | RG_CF_R63                       |
| R64       | Déterminer la nécessité de générer un honoraire pour médicament spécifique  | RG_CF_R64                       |
| R65       | Contrôler la validité du mode de prescription à la date de prescription   | RG_IP_R65                       |
| R66       | Contrôler la compatibilité entre le mode de prescription et l'indicateur de substitution pour délivrance du princeps  | RG_IP_R66                       |
| R70       | Détermination du code prestation en cas de consultation obligatoire enfant  | RG_IP339[CP16]                  |

## 4 2<sup>ème</sup> partie : Tarification

### 4.1 Chapitre 1 : Base de remboursement

#### 4.1.1 Section 1 : Base de remboursement des codes prestations : Synthèse des règles B

|        |   |                             |
|--------|---|-----------------------------|
| B1     | Déterminer la date à retenir pour la base de remboursement d'un code prestation effectué par un prescripteur (hors soins dentaires) ou un auxiliaire médical, ou un laboratoire d'analyses de biologie médicale | RG_VF_B1                    |
| B1 bis | Déterminer la date à retenir pour la base de remboursement des soins RG_VF_B1dentaires  | RG_VF_B1[CP1]               |
| B2     | Déterminer le tarif de la lettre-clé à retenir pour le calcul de la base de remboursement   | RG_VF_B2                    |
| B3     | Montant de la majoration d'urgence  | RG_VF_B3                    |
| B4     | Déterminer la base de remboursement du forfait technique d'un acte de scanographie  | RG_VF_B13[CP6 CP7]          |
| B5     | Déterminer la base de remboursement du forfait technique d'un acte d'I.R.M.   | RG_VF_B13[CP7 CP8]          |
| B6     | Déterminer la nature du montant de la majoration pour les codes prestation effectués par des prescripteurs  | RG_VF_B6                    |
| B6bis  | Déterminer la nature du montant de la majoration pour les codes prestation effectués par un auxiliaire médical  | RG_VF_B6bis                 |
| B7     | Montant de la majoration de nuit au pourcentage   | RG_VF_B7                    |
| B8     | Montant de la majoration de nuit forfaitaire  | RG_VF_B8                    |
| B9     | Déterminer le montant de la majoration de nuit  | RG_VF_B9                    |
| B10    | Montant de la majoration en pourcentage de dimanche ou jour férié   | RG_VF_B10                   |
| B11    | Montant de la majoration de dimanche ou jour férié forfaitaire  | RG_VF_B11                   |
| B12    | Déterminer le montant de la majoration de dimanche ou jour férié  | RG_VF_B12                   |
| B13    | Déterminer la base de remboursement d'un code prestation NGAP, NABM et actes secondaires  | RG_VF_B13 / RG_VF_B13[CP12] |

#### 4.1.2 Section 2 : Base de remboursement des frais de déplacement : Synthèse des règles F

|    |  |                |
|----|--|----------------|
| F1 | Base de remboursement pour des frais de déplacement de type ID | RG_VF_B13[CP1] |
| F2 | Base de remboursement pour des frais de déplacement IF         | RG_VF_B13[CP2] |

|           |  |  |
|-----------|--|--|
| <b>F3</b> | <b>Base de remboursement pour des frais de déplacement<br/>lfx</b> | <b>RG_VF_B13[CP3]</b>                  |
| <b>F4</b> | <b>Base de remboursement des indemnités<br/>kilométriques</b>      | <b>RG_VF_B13[CP4] / RG_VF_B2[CP10]</b> |
| <b>F5</b> | <b>Montant de l'indemnité kilométrique</b>                         | <b>RG_VF412</b>                        |

---

#### **4.1.3**      **Section 3 : Base de remboursement des frais pharmaceutiques : Synthèse des règles S**

|             |   |  |
|-------------|---|--|
| <b>S1</b>   | <b>Prix unitaire et Base de remboursement des frais pharmaceutiques<br/>(hors actes secondaires) et de la LPP</b> | <b>RG_VF_B13[CP5]</b>                  |
| <b>S2</b>   | <b>Prix unitaire et Base de remboursement de prestations sanitaires non<br/>identifiées par l'AMO</b>             | <b>RG_VF_B2[CP4] / RG_VF_B13[CP10]</b> |
| <b>S3</b>   | <b>Prix unitaire d'une prestation d'honoraire de dispensation générée</b>   | <b>RG_VF_B2[CP5]</b>                   |
| <b>S403</b> | <b>Détermination du montant restant à ventiler sur une prestation non<br/>identifiée par l'AMO</b>                | <b>RG_VF403</b>                        |

## 4.2 Chapitre 2 : Taux de remboursement : Synthèse des règles T

|           |   |   |
|-----------|---|---|
| T1        | Date de référence pour déterminer le taux de remboursement pour un code prestation effectué par un prescripteur (hors soins dentaires prothétiques et d'ODF) ou un auxiliaire médical                 | RG_CF301 / RG_VF_T1 / RG_VF_T1[CP1]                 |
| T3.1      | Date à prendre en compte afin de déterminer le taux de remboursement pour un code prestation effectué par un prescripteur (hors soins dentaires prothétiques et d'ODF) ou un auxiliaire médical (RSI) | RG_CF301[CP1] / RG_VF_T1                            |
| T1 bis    | Date de référence pour déterminer le taux de remboursement des soins dentaires prothétiques et d'ODF.   | RG_CF301[CP2] / RG_VF_T1[CP3]                       |
| T1 ter    | Date de référence pour déterminer le taux de remboursement des frais pharmaceutiques, de la LPP et d'analyse de biologie médicale   | RG_CF302 / RG_CF302[CP2] / RG_VF_T1 / RG_VF_T1[CP1] |
| T3.1 ter  | Date à prendre en compte pour déterminer le taux de remboursement des frais pharmaceutiques, de la LPP et d'analyses de biologie médicale (RSI)   | RG_CF302[CP2] / RG_VF_T1                            |
| T2        | Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour un code prestation effectué par un prescripteur   | RG_VF_T2 / RG_CF305 / RG_CF305[CP1]                 |
| T2 bis    | Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour un code prestation effectué par un auxiliaire médical   | RG_VF_T2bis / RG_CF305 / RG_CF305[CP1]              |
| T2 ter    | Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour un code prestation exécuté par un pharmacien ou un fournisseur  | RG_VF_T2ter / RG_CF305 / RG_CF305[CP1]              |
| T2 quater | Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour un code prestation exécuté par un laboratoire d'analyses de biologie médicale   | RG_VF_T2quater / RG_CF305 / RG_CF305[CP1]           |
| T2-quint  | Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour une FSE en l'absence de code couverture   | RG_VF_T2quint                                       |
| T3        | Détermination du taux de remboursement lié à la nature d'assurance  | RG_VF_T3  |
| T4        | Détermination du taux de remboursement des codes prestation à coefficient exonérant   | RG_VF_T4  |
| T5        | Détermination du taux de remboursement des actes exonérés   | RG_VF_T5  |
| T6        | Détermination du taux de remboursement lié aux soins exonérés pour les nouveau-nés  | RG_VF_T6  |
| T7        | Détermination du taux de remboursement de base  | RG_VF_T7 / RG_VF_T13[CP4]                           |
| T8        | Détermination du taux de remboursement à prendre en compte  | RG_V306 / RG_VF_T8                                  |

|            |  |  |
|------------|--|--|
| <b>T12</b> | <b>Détermination du taux de remboursement pour les actes de prévention</b>                       | <b>RG_VF_T12</b>                             |
| <b>T13</b> | <b>Détermination du taux de remboursement à prendre en compte pour chaque acte de la facture</b> | <b>RG_VF_T13 / RG_VF_T13[CP2) / CG_VF001</b> |
| <b>Tc8</b> | <b>Détermination du taux de remboursement à prendre en compte pour un acte CCAM</b>              | <b>RG_VF_T8</b>                              |

## 4.3 Chapitre 3 : Calcul du montant remboursable par l'A.M.O. : Synthèse des règles P

|       |   |  |
|-------|---|--|
| P0    | Détermination du contexte de calcul du montant remboursable par l'A.M.O.                                  | RG_VF_P0 VF03.01-Préambule                                 |
| P0bis | Détermination de la diminution de taux à prendre en compte hors parcours de soins                         | RG_VF_P0bis  |
| P1    | Calcul du montant remboursable par l'A.M.O. pour les situations différentes de « hors parcours de soins » | RG_VF_P1   |
| P1bis | Calcul du montant remboursable par l'A.M.O. hors parcours de soins  | RG_VF_P1bis  |
| P2    | Calcul du dépassement   | RG_VF_P2 / RG_VF_P2[SP03.1]                                |
| P3    | Contrôle du respect des tarifs opposables pour des prestations support                                    | RG_VF_P3 / RG_VF_P3[CP1]                                   |
| P4    | Contrôle du respect des tarifs opposables pour des prestations secondaires                                | RG_VF_P4 / RG_VF_P4[CP1]                                   |
| P5    | Contrôle du respect des plafonds des actes prothétiques   | RG_VF_P5[SP03.1]   |
| P6    | Contrôle du respect des tarifs opposables des soins dentaires (hors prothèses)                            | RG_VF_P6   |
| P7    | Contrôle du respect des prix limite de vente des produits de la LPP                                       | RG_VF_P7 / RG_VF_P7[SP03] / RG_VF_P7[SP04] / RG_VF_P7[CP1] |

---

## 5 Annexe : Tables

Cf. Document Annexe 2bis